

Экспериментально-психологическая оценка критичности больных параноидной шизофренией на основе изучения когнитивных функций

Пеккер М.В.

*СПб ГБУЗ «Больница им. П.П. Кащенко», г. Санкт-Петербург, Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5014-9178>, e-mail: masha_pekker@mail.ru*

Гвоздецкий А.Н.

*Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова
(ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова МЗ РФ), г. Санкт-Петербург, Российская
Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8045-1220>, e-mail: comisora@yandex.ru*

Щелкова О.Ю.

*Санкт-Петербургский государственный университет (ФГБОУ ВО СПбГУ),
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9444-4742>, e-mail: olga.psy.pu@mail.ru*

В исследовании предпринята попытка рассмотреть критичность больных параноидной шизофренией как метакогнитивную функцию, нарушения которой могут быть обнаружены при оценке когнитивных показателей. Пациенты с диагнозом параноидной шизофрении (N=100, возраст 33,2±8,1 года), установленным в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10, были разделены на две группы — с относительно высокой (n=61) и низкой (n=39) критичностью — на основании клинико-психологических данных об отношении пациента к ошибочным суждениям, собственной личности и болезненной симптоматике. Было сделано допущение о наличии факторов критичности, которые были получены в ходе конфирматорного факторного анализа. В итоговую модель вошло 9 качественных параметров критичности, которые удалось объединить в два фактора. В первый фактор вошли параметры: Старательность, Интерес к результатам, Корректное понимание целей обследования, Реакция на комментарий, Реакция на подсказку. Во второй — Внешний контроль, Реакция на ошибки, Усвоение инструкции, Критичность к симптоматике. Когнитивные показатели оценивались с помощью: отдельных субтестов стандартизированного набора нейропсихологических проб («Циферблаты», «Портреты», серия сюжетных картин «Яблоня», «Непроизвольное запоминание», «Фигуры Поппелрейтера», «Незаконченные изображения», таблицы Шульте, цифровая корректурная проба Амадуни–Вассермана); субтестов Шкалы для оценки интеллекта взрослых Д. Векслера («Повторение цифр», «Шифровка», «Сходство»); патопсихологической методики «Исключение предметов»; Теста последовательных соединений; субтестов нейрокогнитивной батареи «Краткая оценка психических функций при шизофрении» (BACS); методики «Комплексная

фигура Рея»; теста вербального научения Хопкинса (HVLT). При сравнении когнитивных показателей установлены достоверные различия между пациентами выделенных групп. Бóльшая выраженность нарушений критичности была связана с относительно низкими результатами пациентов по ряду показателей: слухоречевого и зрительно-моторного запоминания; переключения внимания и темпа психических процессов; уровня абстрагирования; по числу ошибок, связанных с искажениями восприятия зрительных стимулов; по ряду характеристик и выраженности нарушений мышления, а также регуляторных функций. Установленные различия могут быть использованы при разработке инструментария для экспериментально-психологической оценки нарушений критичности и лечебных интервенций, направленных на метакогнитивный дефицит больных параноидной шизофренией.

Ключевые слова: критичность, инсайт, метакогниции, распознавание ошибок, когнитивные корреляты критичности, параноидная шизофрения.

Благодарности. Авторы благодарят за конструктивные комментарии и замечания в процессе работы над исследованием А.Н. Алехина и Б.Б. Ершова.

Для цитаты: Пеккер М.В., Гвоздецкий А.Н., Щелкова О.Ю. Экспериментально-психологическая оценка критичности больных параноидной шизофренией на основе изучения когнитивных функций [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2022. Том 11. № 1. С. 164–191. DOI: 10.17759/cpse.2022110108

Experimental Psychological Evaluation of Lack of Insight in Paranoid Schizophrenia Patients: Cognitive Function Assessment

Mariya V. Pekker

*Mental Hospital № 1 named after P.P. Kashchenko, Saint-Petersburg, Russia,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5014-9178>, e-mail: masha_pekker@mail.ru.*

Anton N. Gvozdetskiy

*North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, Saint-Petersburg, Russia,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8045-1220>, e-mail: comisora@yandex.ru*

Olga Yu. Shchelkova

*Saint-Petersburg State University, Saint-Petersburg, Russia,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9444-4742>, e-mail: olga.psy.pu@mail.ru*

The study attempted to experimentally evaluate cognitive correlates of lack of insight (understood as a metacognitive function — ability to recognize and correct erroneous

decisions). The sample of patients with paranoid schizophrenia (N=100, mean age 33.2±8.1 years) was divided into two groups based on clinical indicators of insight: data about patients' attitude to their erroneous decisions, personality and symptoms. Group characteristic: high insight n=61; low insight n=39. The assumption about factor structure of insight was made and factors were constructed by confirmatory factor analysis. The final model included 9 quantitative parameters of insight. The first factor included: Diligence, Interest to the Results, Adequate Understanding of purpose of survey, Response to comment, Response to help. The second — External control, Response to errors, Perception of instruction, Awareness to symptoms. Cognitive functioning were assessed by: Standard battery of neuropsychological assessment (subtests "Clock faces", "Portraits", series of plot pictures "Apple tree", "Involuntary recall", Poppelreuter Overlapping figures test, "Incomplete images"); Schulte table; Amatuni-Vasserman Digit cancellation test; The Wechsler adult intelligence scale (WAIS) (subtests "Similarities", "Digit span", "Digit symbol coding"); Zeigarnik Exclusion of items; Trail making test (TMT); Brief assessment of cognition in schizophrenia battery (BACS) (subtests "Verbal memory", "Digit sequencing", "Verbal fluency", "Symbol coding"); Rey-Osterrieth Complex figure (ROCF); Hopkins verbal learning test (HVLТ). The low insight patients showed poorer performance in various cognitive domains. Such as verbal learning and visual-motor memory, attention shifting, processing speed, executive function. In addition, the severity of lack of insight was significant for differences in number of distortions in visual perception task and severity of formal thought disorder. This results could be used in process of experimental insight assessment tools development and therapeutic interventions targeted on metacognitive deficit of schizophrenia patients.

Keywords: lack of insight, metacognition, recognition of errors, cognitive correlates of insight, paranoid schizophrenia.

Acknowledgements. The authors are grateful for valuable comments in process of research Alyokhin A.N., Ershov B.B.

For citation: Pekker M.V., Gvozdetskiy A.N., Shchelkova O.Yu. Experimental Psychological Evaluation of Lack of Insight in Paranoid Schizophrenia Patients: Cognitive Function Assessment. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya=Clinical Psychology and Special Education*, 2022. Vol. 11, no. 1, pp. 164–191. DOI: 10.17759/cpse.2022110108 (In Russ., abstr. In Engl.)

Введение

Понятие критичности широко применяется специалистами в области психического здоровья, однако представления об этом феномене неоднозначны, а потому не существует и общепринятого способа оценки недостаточности критичности. Концептуальный аппарат отечественных авторов практически не сопоставим с понятиями, заимствованными из англоязычной литературы, где в зависимости от расстройства и теоретического подхода используются различные термины, чтобы описать недостаточность критичности [25]. При определении критичности способность оценивать и вносить корректирующие изменения

предполагается имплицитно, но зачастую сводится к констатации неспособности пациента распознать нарушения психической деятельности [1].

Среди составляющих критичности принято выделять способность осознать факт наличия психического расстройства, рассмотрение определенных необычных переживаний как патологических, понимание последствий болезни и приверженность лечению [1; 25; 27]. Недостаток критичности считается ядерной чертой шизофрении, многократно была продемонстрирована их ее негативная связь с приемом препаратов, исходом лечения и социальным функционированием [25; 37]. В последние годы приобретает широкое распространение подход, указывающий на то, что недостаточность критичности — это не только фундаментальная черта болезненной симптоматики. Наряду с клиническими компонентами критичности (clinical insight), отдельно рассматриваются когнитивные, которые описывают метакогнитивную способность, связанную с гибкостью субъекта по отношению к суждениям, оценкам, опыту. Согласно этим представлениям, низкая критичность рассматривается как один из аспектов нарушения саморефлексии как процесса, благодаря которому мы формируем и понимаем идеи о самих себе [11; 17; 20; 25; 30]. А. Беком были выделены два компонента когнитивного компонента критичности (cognitive insight): самоуверенность, в случае нарушений которой фиксируется чрезмерная убежденность в своей правоте, и саморефлексивность, нарушения которой связаны с неспособностью принимать внешнюю обратную связь и с дисфункциями целеполагания [17]. Сохранность этих функций предполагает возможность дистанцирования себя от выступающих на первый план ошибочных убеждений и способность корректно переводить поступающую извне информацию в самопонимание, обеспечивая возможность формирования целостных и непрерывных образов себя и других [13; 17; 20; 31].

Традиционно основанием для вывода о нарушении критичности у больного параноидной шизофренией становится клиническая оценка. В англоязычной литературе распространены подходы, позволяющие унифицировать оценку критичности за счет применения клинических шкал [8; 12; 13; 17; 34]. Клинико-психологическая или клиническая оценки этих нарушений представляются недостаточными. При сопоставлении данных клинико-психологической оценки и объективных результатов познавательной деятельности фиксируется отчетливое несоответствие между картиной видимых нарушений и собственной оценкой испытуемым своего состояния и продуктивности. Актуальным становится вопрос о возможности объективизировать такие наблюдения и, руководствуясь лишь количественными и качественными данными, полученными в рамках экспериментально-психологического обследования, судить о недостаточности критичности у испытуемого.

Широкое распространение в последние годы получают исследования, связанные с метакогнитивной концептуализацией критичности [11; 27; 30; 31]. На современном этапе метакогниции рассматриваются как интегративные процессы, когнитивные по механизмам и регуляторные — по своим функциям. Метакогнитивный подход позволяет рассмотреть эксплицитные проявления регуляторных функций и сделать акцент на рефлексивных навыках субъекта относительно своей когнитивной деятельности [24]. Если рассмотреть регуляторную функцию рабочей памяти

в терминах концепции метакогниций, речь будет идти о способности испытуемого отслеживать, насколько успешно ему удастся удерживать информацию в памяти [21–23; 25]. Возможно, общий дефицит метакогнитивных функций может быть представлен в ограниченных, домен-специфичных дисфункциях [25].

Метакогниции включают широкий спектр видов психической активности — от способности замечать единичные фрагменты опыта до объединения их в обобщенное чувство себя и других. Это преимущественно интегративные по природе процессы, которые обобщают предрефлективный и рефлективный, телесный и когнитивный опыт в ответ на актуальные средовые воздействия и выступают основанием для рефлексии. В связи с этим они оказываются необходимым звеном процесса адаптации, рассматриваемого как устойчивое поддержание способности реагировать на сложные и меняющиеся обстоятельства [31]. Предполагается, что дефицит метакогнитивной регуляции также может модерировать связь между выраженностью когнитивного дефицита и функциональным исходом заболевания [30]. При дефиците метакогниций опыт себя и других становится более фрагментированным, что может приводить к ухудшению способности распознавать изменения, замечать утрату объектом значения или функциональности [31]. Критичность может рассматриваться как метакогнитивный механизм, связанный с распознаванием собственных ошибочных суждений [16; 27; 30; 31]. Исходя из этого нарушения критичности могут быть обнаружены в рамках экспериментально-психологического обследования когнитивных функций при соотнесении результатов с данными клинико-психологической беседы, выявляющей отношение пациента к собственным ошибочным решениям.

Разработка дизайна исследования. Предположим, что ряд особенностей когнитивного дефицита больных шизофренией определяется некими латентными переменными. В этом случае действительными препятствиями для продуктивного функционирования пациентов могут оказываться метакогнитивные нарушения, которые сказываются в том числе на показателях, получаемых при оценке когнитивных показателей. Важно подчеркнуть, что в статье речь будет идти только о тех различиях, которые, по всей вероятности, зависят от критичности, помня при этом, что когнитивный дефицит в целом является ключевой характеристикой при шизофрении [19; 23]. На основании консенсуса (MATRICS initiative) были выделены семь когнитивных доменов, имеющих центральное значение при шизофрении. Это скорость обработки информации, внимание/бдительность, рабочая память, вербальное научение и память, зрительное научение и память, целеполагание и решение проблем и социальные когниции [37]. На этом основании ряд когнитивных доменов был включен в исследование, при этом акцент был сделан на нейрокогнициях, социальные когниции не рассматривались.

В рассмотрение были включены показатели мышления, поскольку как в отечественной, так и в зарубежной традициях широко подчеркивается их значимость в связи с нарушениями критичности [1; 7; 37]. Также оценивались показатели зрительного восприятия, поскольку изучение патологических феноменов при шизофрении на этой модели рассматривается как перспективное [6; 33].

Чтобы получить возможность проверить эти предположения на первом этапе нами был разработан вариант клинико-психологической оценки критичности. На основании практического опыта и анализа литературных источников был предложен ряд характеристик, большинство из которых традиционно являлись основанием для клинико-психологической оценки критичности больных параноидной шизофренией [1; 10; 12]. Характеристики были сгруппированы исходя из представлений И.И. Кожуховской о трехкомпонентной структуре феномена: критичность к суждениям, критичность к болезни, критичность к собственной личности [10]. Для оценки домена «Критичность к суждениям» нами были предложены следующие градуированные критерии: реакция на комментарий экспериментатора; реакция на похвалу и положительную оценку; реакция на подсказку; реакция на ошибки; усвоение инструкции; нарушение инструкции. Для оценки домена «Критичность к собственной личности» предложены критерии: удержание дистанции; негативизм; импульсивность; внешний контроль при выполнении заданий; активное предъявление жалоб, корректный эмоциональный отклик; старательность, интерес к результатам, корректное понимание целей обследования. «Критичность к симптоматике» представлена следующими градациями признака: на момент обследования пациент 1) осознает свою «измененность» относительно доболезненного состояния и наличие болезненной симптоматики и связывает их с психическим заболеванием; 2) отмечает некоторые изменения в своем состоянии, связывает их преимущественно с внешними обстоятельствами; 3) отрицает наличие болезненной симптоматики и необходимость лечения / понимает происхождение симптомов «по-своему» (в болезненной интерпретации).

На основании полученных клинико-психологических данных была создана исходная факторная модель, для которой приемлемых характеристик достичь не удалось. В процессе оптимизации факторной модели был разработан ее итоговый вариант, содержащий два фактора. Он был использован в дальнейшем при разделении выборки по уровню критичности с целью последующего изучения различий в когнитивном функционировании пациентов.

Цель исследования — выявление особенностей критичности у больных параноидной шизофренией и их взаимосвязи с когнитивными характеристиками данной категории больных.

Гипотеза — нарушение критичности больных параноидной шизофренией связано с нарушениями когнитивных функций, которые рассматриваются в числе ключевых в структуре когнитивного дефицита при данном заболевании: нарушениями памяти (рабочей, вербального запоминания и научения, зрительно-моторной), внимания (устойчивости, концентрации, переключения, распределения), регуляторных функций, темпом психических процессов, расстройствами мышления и зрительного восприятия.

Методы исследования

Социально-демографические и клинические характеристики выборки. В исследовании приняли участие 100 пациентов с диагнозом «параноидная шизофрения» (F 20.0 в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10),

получавших специализированную психиатрическую помощь в стационарных условиях СПб ГУЗ «Психиатрическая больница № 1 им. П.П. Кащенко». Возраст обследованных варьировал от 18 до 49 лет ($33,6 \pm 8,0$ года). Преобладали лица женского пола (57%), никогда в браке не состоявшие (65%), бездетные (72%), безработные (77%). Инвалидность была установлена у 55% пациентов. Структура уровня образования была следующей: среднее — 33% респондентов, средне-специальное — 35%, неоконченное высшее — 11%, высшее — 21%. Средняя длительность заболевания составляла $9,1 \pm 8,0$ лет. Три и более психотических эпизода зафиксировано у 72% пациентов. У исследованных пациентов преобладали непрерывное течение заболевания с нарастающим дефектом (61%) и хронический характер течения болезни (82%). Антипсихотики второго поколения получали 37% участников исследования.

Все пациенты проходили обследование в отсутствие острого психотического состояния. Психологическое исследование пациентов проводилось однократно в 2017–2020 гг. Обследование занимало 3-4 часа и было распределено на 2-3 дня. Подавляющее число обследованных (94%) были правшами.

Экспериментально-психологический метод. С целью комплексной оценки когнитивных функций исследовался широкий спектр показателей памяти (рабочая, зрительно-моторная память, слухоречевое (вербальное) научение и запоминание, произвольное запоминание), внимания (устойчивость, концентрация, переключение, распределение), мышления, регуляторных функций, оценивался темп психических процессов. С помощью отдельных субтестов стандартизированного набора нейропсихологических проб — «Циферблаты» (оценка пространственной ориентировки), «Портреты» (оценка лицевого гнозиса), серия сюжетных картин «Яблоня» (абстрактно-логическое мышление), «Произвольное запоминание», «Фигуры Поппельрейтера» (оценка зрительного восприятия), «Незаконченные изображения» [2] — проводился краткий нейропсихологический мониторинг для исключения пациентов с ведущей органической патологией. С помощью таблицы Шульце [2] оценивались устойчивость и концентрация внимания, темп психических процессов; с помощью цифровой корректурной пробы Аматуни-Вассермана [4] — концентрация и устойчивость внимания, темп психических процессов, психическое истощение. Субтесты Шкалы для оценки интеллекта взрослых теста Д. Векслера позволили оценить слухоречевое запоминание («Повторение цифр»); переключение внимания, темп психических процессов («Шифровка»); уровень абстрактно-логического мышления («Сходство») [5]. Для оценки нарушений мышления использовалась патопсихологическая методика «Исключение предметов» [14]. С помощью части А Теста последовательных соединений оценивался темп психических процессов, устойчивость и концентрация внимания, с помощью части В — регуляторные функции, переключение и распределение внимания [9]. Субтесты нейрокогнитивной батареи «Краткая оценка психических функций при шизофрении» (BACS) [15] были направлены на оценку слухоречевого (вербального) запоминания и научения («Вербальная память»); рабочей памяти («Последовательность чисел»); переключения внимания и темпа психических процессов («Шифровка»); речевой беглости («Речевая беглость»). С помощью методики «Комплексная фигура Рея» оценивались зрительно-моторная координация и зрительно-моторное запоминание, регуляторные функции [3]. Тест

вербального научения Хопкинса (HVLT) применялся для оценки слухоречевого (вербального) запоминания логически связанного материала [18].

Клинико-психологический метод использовался для получения социально-демографических и клинических характеристик больных, а также при клинико-психологической оценке критичности. В протоколе наблюдения фиксировалось наличие особенностей поведения, связанных с предложенными критериями оценки критичности. Аспект, связанный со способностью различать и при необходимости корректировать правильные и неправильные ответы в рамках экспериментально-психологического обследования, оценивался с помощью систематического использования комментариев, требующих пояснения пациентом своего решения, уточняющих вопросов или прямых вопросов о том, уверен ли испытуемый в ответе. Данные собирались одним экспертом, им же производился качественный анализ полученных данных и наблюдений за поведением пациента.

Статистическая обработка данных. Категориальные переменные описывались абсолютным значением и долей от целого (n (%)), а непрерывные переменные описывались средними значениями и стандартными отклонениями ($M \pm \sigma$). Кроме того, для большей наглядности в некоторых случаях использовались медиана и 1–3 квартили (Md [q_1 ; q_3]) для описания результатов. Анализ межгрупповых различий по непрерывным параметрам производился с помощью критерия Манна–Уитни. Хи-квадрат Пирсона использовался для оценки ассоциации частот. Сила ассоциации между переменными оценивалась коэффициентом корреляции Спирмена. Вероятность ошибки первого рода корректировалась по методу Беньямини–Хохберга для каждого вида статистической гипотезы отдельно (p -value).

Порядковой природой наблюдаемых параметров критичности был продиктован выбор многомерных методов анализа. Байесовский сетевой анализ выполнялся при помощи гибридного алгоритма `gsmx2` с использованием теста Джонкхиера–Терпстра (библиотека `bnlearn`) [36]. Так как в основе исследования лежит допущение, что наблюдаемые параметры критичности объясняются латентными факторами, выполнялся конфирматорный факторный анализ (библиотека `lavaan`) [32]. Для вычисления параметров модели использовался асимптотический метод вычисления (DWLS). В отличие от широко используемого метода максимального правдоподобия DWLS позволяет получать корректные оценки параметров модели на порядковых данных [29]. В качестве индексов соответствия использовались шкалированные (`scaled`) значения χ^2 (степень свободы)_s, среднеквадратичная ошибка аппроксимации (RMSEA_s), стандартизированный индекс сравнительного соответствия (CFI_s), индекс Такер–Льюиса (TLI_s). Эти характеристики являются наиболее популярными для моделей с порядковыми данными [38]. Модель считалась приемлемой в случае достижения величины индексов рекомендуемым значениям: RMSEA_s < 0,06, TLI_s ≥ 0,96, CFI_s ≥ 0,95 [35]. Полученные латентные факторы характеризовались коэффициентом α Кронбаха и извлеченной средней дисперсией (`ave`). С целью упрощения иллюстрации ассоциации полученных факторных переменных с когнитивными функциями полученные факторные оценки подверглись иерархической кластеризации для выделения двух относительно однородных кластеров (метод

Уорда в евклидовых координатах, библиотека cluster) [28]. Расчеты проводились на языке программирования R v4.0.0.

Результаты исследования

Первая модель факторного анализа. Исходная модель строилась в соответствии с теоретическими предположениями И.И. Кожуховской о трехкомпонентной структуре критичности [10]. Перед построением модели редко встречающиеся категории объединялись с ближайшей для упрощения расчетов. В Приложении представлена частотная характеристика исходных данных, лежащих в основе дальнейших расчетов. Так как в исходной теоретической конструкции одному фактору соответствует только один параметр (критичность пациента к симптоматике), то математическое моделирование применялось для обоснования только факторов «Критичность к суждениям» и «Критичность к собственной личности» (табл. 1). В ходе построения этой двухфакторной модели приемлемых характеристик достичь не удалось ($\chi^2_s=136,42$ (89), $p<0,001$; $RSMEA_s=0,073$; $CFI_s=0,781$; $TLI_s=0,741$).

Таблица 1

Исходная факторная модель критичности

Фактор	Параметр	Коэффициент модели (стандартная ошибка)	Стандартизированное значение нагрузок [95% ДИ]	p
Критичность к собственной личности	удержание дистанции	1,00 (0,00)	0,30 [0,02; 0,58]	0,033
	негативизм	0,98 (0,67)	0,29 [0,03; 0,56]	0,027
	импульсивность	0,59 (0,43)	0,18 [-0,09; 0,45]	0,201
	жалобы	0,70 (0,58)	0,21 [-0,03; 0,46]	0,092
	внешний контроль	2,57 (1,26)	0,77 [0,59; 0,95]	<0,001
	корректный эмоциональный отклик	1,63 (0,80)	0,49 [0,24; 0,74]	<0,001
	старательность	2,07 (1,05)	0,62 [0,40; 0,84]	<0,001
	интерес к результатам	1,73 (0,94)	0,52 [0,30; 0,74]	<0,001
	корректное понимание целей обследования	3,16 (1,53)	0,95 [0,77; 1,13]	<0,001
	Критичность к суждениям	реакция на комментарий	1,00 (0,00)	0,71 [0,49; 0,93]
реакция на похвалу		0,43 (0,21)	0,31 [0,04; 0,58]	0,026
реакция на подсказку		0,86 (0,19)	0,61 [0,45; 0,77]	<0,001
реакция на ошибки		0,72 (0,23)	0,51 [0,25; 0,78]	<0,001
усвоение инструкции		0,72 (0,20)	0,51 [0,27; 0,75]	<0,001
нарушение инструкции		0,65 (0,23)	0,46 [0,17; 0,75]	0,002

Сетевой анализ. Предпринятые попытки исключить отдельные параметры не приводили к существенному улучшению характеристик, поэтому было принято решение изменить подход к анализу. Перед тем как сформировать альтернативную модель, был выполнен сетевой анализ на всех наблюдаемых параметрах критичности. В ходе его выполнения было установлено, что стойкие прямые связи можно проследить для двух наборов переменных (рис. 1). Три показателя (негативизм, нарушение инструкции, реакция на похвалу) не соотносились с какими-либо другими показателями, поэтому они в дальнейший анализ не включались.

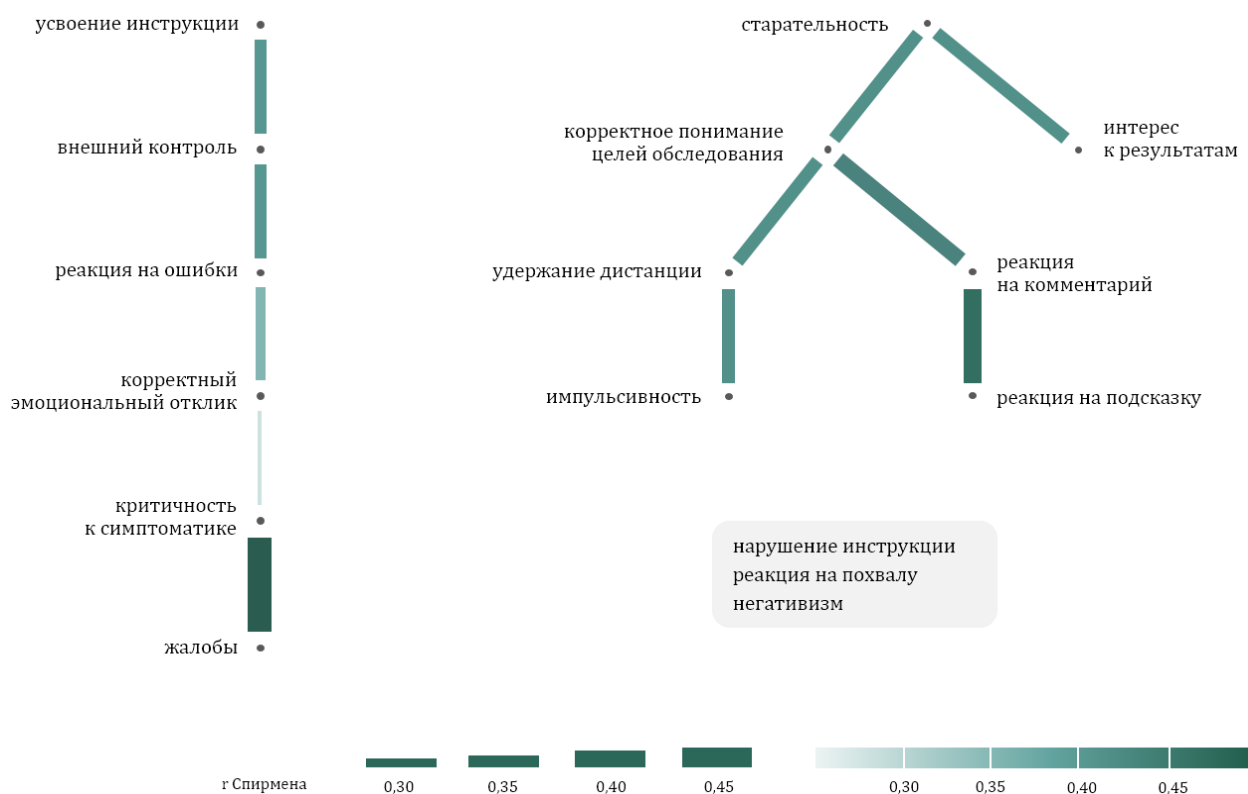


Рис. 1. Результат сетевого анализа исходных параметров критичности

Вторая модель факторного анализа. На основании сетевого анализа была сконфигурирована модель, которая состояла только из двух факторов. Первый фактор (F1, α — 0,72, AVE (средняя извлеченная дисперсия) — 38,24%) объединил в себе старательность, интерес к результатам, корректное понимание целей обследования, реакцию на комментарий, реакцию на подсказку, удержание дистанции, импульсивность. Второй фактор (F2, α — 0,71, AVE — 34,91%) объединял усвоение инструкции, внешний контроль, реакция на ошибки, корректный эмоциональный отклик, критичность к симптоматике, жалобы. В ходе построения модели параметры соответствия не достигли требуемых: $\chi^2_s=131,26$ (64), $p<0,001$; $RSMEA_s=0,103$; $CFI_s=0,728$; $TLI_s=0,669$. Исправить ситуацию позволило исключение из модели следующих переменных: удержание дистанции (F1), импульсивность (F1), жалобы (F2), корректный эмоциональный отклик (F2). После исключения данных параметров модель стала соответствовать целевым критериям ($\chi^2_s=29,60$ (26),

$p=0,285$; $RSMEA_s=0,037$; $CFI_s=0,981$; $TLI_s=0,974$). Показатели конструктивной надежности для итогового F1 были: α — 0,80, AVE — 50,34%; для F2: α — 0,62, AVE — 36,38%. В таблице 2 приведена структура итоговой модели.

Таблица 2

Итоговая факторная модель критичности

Фактор	Параметр	Коэффициент модели (стандартная ошибка)	Стандартизированное значение нагрузок [(95% ДИ)]	p
F1	старательность	1,00 (0,00)	0,68 [0,45; 0,91]	<0,001
F1	интерес к результатам	0,85 (0,21)	0,58 [0,36; 0,80]	<0,001
F1	корректное понимание целей обследования	1,37 (0,30)	0,93 [0,73; 1,13]	<0,001
F1	реакция на комментарий	1,03 (0,24)	0,70 [0,49; 0,91]	<0,001
F1	реакция на подсказку	0,89 (0,21)	0,61 [0,44; 0,77]	<0,001
F2	внешний контроль	1,00 (0,00)	0,90 [0,67; 1,13]	<0,001
F2	реакция на ошибки	0,54 (0,18)	0,49 [0,22; 0,76]	<0,001
F2	усвоение инструкции	0,61 (0,18)	0,55 [0,31; 0,79]	<0,001
F2	критичность к симптоматике	0,37 (0,17)	0,34 [0,04; 0,63]	0,024

Межгрупповой анализ. После получения численных характеристик для факторов F1 и F2 необходимо было определить, как они связаны с когнитивными характеристиками испытуемых. Для более наглядного описания результатов было принято решение выполнить межгрупповой анализ вместо корреляционного. Выделение двух подгрупп было выполнено при помощи кластерного анализа, основанного на факторных значениях. Кластер 1 характеризовался положительными значениями как по F1 ($0,27 \pm 0,43$), так и по F2 ($0,47 \pm 0,48$), тогда как для Кластера 2 средние значения были отрицательными (F1 — $-0,46 \pm 0,37$; F2 — $-0,69 \pm 0,23$). Так как в исходной матрице оценок эксперта больший балл соответствовал «положительной» оценке, а все коэффициенты модели являлись положительными, можно заключить, что положительные баллы по факторам критичности соответствуют большей («высокой») критичности, тогда как отрицательные — более «низкому» уровню критичности. Результаты межгруппового сравнения по непрерывным и дискретным переменным приведен в табл. 3.

Слухоречевая (вербальная) память. Были обнаружены различия между группами в общих показателях слухоречевого запоминания ($p=0,032$) и при втором ($p=0,012$) и пятом ($p=0,045$) предъявлении по субтесту ВАСС «Слухоречевая память». Пациенты с более низкой критичностью демонстрировали более низкие показатели запоминания при втором и пятом предъявлениях слов-стимулов и по общему показателю вербальной памяти.

Таблица 3

**Межгрупповые различия по количественным переменным
 в зависимости от уровня критичности**

Переменные	Высокая критичность (n=61)	Низкая критичность (n=39)	U	p
	M±σ	M±σ		
Субтест ВАСС «Вербальная память»				
Общий показатель (Т-баллы)	36,54±10,96	29,07±18,66	1516,0	0,032
Общий показатель (сырые баллы)	39,54±7,83	34,74±11,90	1537,0	0,045
Второе предъявление	7,44±1,85	6,15±2,25	1624,0	0,012
Пятое предъявление	9,95±2,12	8,51±3,28	1543,0	0,045
Корректурная проба Аматуни-Вассермана				
Первая половина (время в секундах)	155,57±56,54	182,00±83,54	835,5	0,035
Вторая половина (время в секундах)	142,25±48,03	159,05±45,45	853,5	0,035
Количество ошибок	6,36±6,20	7,28±6,50	1061,5	0,486
Субтесты теста Векслера				
Шифровка (стены)	6,66±2,07	5,28±1,89	1593,5	0,005
Сходство (стены)	12,52±2,39	10,95±1,88	1693,0	0,001
Субтест ВАСС «Шифровка»				
Общий показатель (Т-баллы)	22,53±13,31	12,99±14,71	1615,5	0,005
Тест последовательных соединений				
Часть А (время выполнения)	44,54±15,30	55,87±19,54	738,0	0,005
Исключение предметов (невербальный вариант)				
Общее число ошибок (из 19)	9,16±3,74	12,03±3,22	666,0	0,002
Разноплановость	0,00 [0,00; 1,00]	1,00 [0,00; 1,00]	871,0	0,046
Резонерство	0,00 [0,00; 1,00]	1,00 [0,00; 2,00]	825,5	0,005
Исключение предметов (вербальный вариант)				
Общее число ошибок (из 20)	9,49±3,42	12,44±3,33	629,0	0,001
Комплексные фигуры Рея – Остерриета				
Копирование	33,20±2,98	29,67±6,62	1641,5	0,001
Воспроизведение	17,54±6,58	12,23±6,16	1742,5	<0,001
Отложенное воспроизведение	16,56±5,99	11,51±5,18	1753,5	<0,001
Фигуры Поппельрейтера				
Количество ошибок	0,00 [0,00; 1,00]	1,00 [0,00; 2,00]	679,5	<0,001
Искажения восприятия	0,00 [0,00; 0,00]	0,00 [0,00; 1,00]	791,0	0,003

Примечание. Переменные Разноплановость, Резонерство, Количество ошибок и Искажения восприятия описаны значениями медиан и 1–3 квартили (Md [q1; q3]).

Внимание. Пациенты с более низким уровнем критичности демонстрировали более низкие результаты в задачах, направленных на оценку функций внимания (переключение) и темпа психических процессов. Статистические различия ($p=0,005$) обнаружены в отношении результатов по субтесту «Шифровка» теста Векслера. Аналогичные различия получены и в отношении данных субтеста «Шифровка» ВАС (р=0,005). Также обнаружены различия по времени выполнения части А Теста последовательных соединений ($p=0,005$). Получены данные о различиях между группами по времени выполнения «Цифровой корректурной пробы» (первая половина $p=0,002$, вторая половина $p=0,006$). Пациенты группы с более низкой критичностью выполняли задание существенно дольше, при этом значимых различий по числу ошибок не обнаружено. То есть пациенты группы с более низкой критичностью затрачивали существенно больше времени, демонстрируя при этом продуктивность, сходную с таковой в группе пациентов с высокой критичностью.

Мышление. Выявлены статистически значимые различия ($p=0,002$) по общему числу ошибок в патопсихологической пробе «Исключение предметов (невербальный вариант)», сходные результаты получены и для вербального варианта пробы ($p=0,001$). Пациенты с более низкой критичностью демонстрировали больше ошибочных суждений и в среднем чаще давали более половины ошибочных суждений по обоим вариантам методики «Исключение предметов». Обнаружены значимые различия по числу проявлений разноплановости ($p=0,046$) и резонерских рассуждений ($p=0,005$) в невербальном варианте пробы «Исключение предметов». Эти нарушения чаще демонстрировали пациенты с более низкой критичностью.

Пациенты с более низкой критичностью демонстрировали сравнительно более низкие показатели по субтесту «Сходство» теста Векслера ($p=0,001$). В среднем пациенты всей выборки обнаруживали относительно сохраненный уровень абстрагирования. Затруднения пациентов с более низкой критичностью касались обобщения относительно сложных или реже используемых категорий.

Зрительно-моторная память. Были обнаружены достоверные межгрупповые различия по показателям непосредственного ($p<0,001$) и отложенного воспроизведения ($p<0,001$) комплексной фигуры, что указывает на более значительную выраженность нарушений зрительно-моторного запоминания в группе пациентов с более низкой критичностью.

Зрительное восприятие. Пациенты из группы с более низкой критичностью демонстрировали большее число ошибок в пробе «Фигуры Поппельрейтера» ($p<0,001$). Кроме того, продемонстрировано значимое преобладание числа ошибок по типу «искажений восприятия» у таких пациентов ($p=0,003$). Под искажениями восприятия понимались трактовки стимульного материала с описанием изображений, отсутствующих в стимульном материале.

Регуляторные функции. Обнаружены достоверные различия между выделенными группами по показателю точности копирования комплексной фигуры ($p=0,001$). Пациентам группы с более низкой критичностью хуже удавалось координировать усилия для успешного выполнения задания, различать и корректировать ошибки, о чем свидетельствуют их более низкие показатели.

Результаты сравнения качественных показателей приведены в табл. 4.

Таблица 4

Межгрупповые различия по качественным переменным в зависимости от уровня критичности

Переменные		Высокая критичность (n=61)	Низкая критичность (n=39)	p
		Количество (%)	Количество (%)	
Таблица Шульте				
Нарушение инструкции	нет	46 (75,4%)	17 (43,6%)	0,001
	да	15 (24,6%)	22 (56,4%)	
Тест последовательных соединений				
Часть В (успешность выполнения)	нормативный показатель	9 (14,8%)	2 (5,1%)	0,014
	превысил нормативное время выполнения	23 (37,7%)	7 (17,9%)	
	не справился	29 (47,5%)	30 (76,9%)	
Исключение предметов (невербальный вариант)				
Нарушение критичности мышления	нет	33 (54,1%)	4 (10,3%)	<0,001
	есть	28 (45,9%)	35 (89,7%)	
Аморфность мышления	нет	17 (27,9%)	2 (5,1%)	0,005
	есть	44 (72,1%)	37 (94,9%)	
Нарушения саморегуляции мышления	нет	39 (63,9%)	7 (17,9%)	0,001
	есть	22 (36,1%)	32 (82,1%)	
Исключение предметов (вербальный вариант)				
Нарушение критичности мышления	нет	24 (39,3%)	2 (5,1%)	0,001
	есть	37 (60,7%)	37 (94,9%)	
Нарушения саморегуляции мышления	нет	28 (45,9%)	6 (15,4%)	0,002
	есть	33 (54,1%)	33 (84,6%)	
Серия сюжетных картин «Яблоня»				
Объяснение смысла сюжетных картин	искаженная трактовка	12 (19,7%)	14 (35,9%)	0,002
	частично корректное объяснение	16 (26,2%)	18 (46,2%)	
	корректное объяснение	33 (54,1%)	7 (17,9%)	

Внимание. В результате анализа качественных показателей обнаружены значимые различия по частоте нарушений инструкции при выполнении методики Шульте ($p=0,001$). Показатель был выделен в отдельную графу в силу наглядности этих нарушений для экспериментатора и относительной однозначности их оценки. Кроме того, в данной пробе стимульный материал постоянно доступен для пациента, за счет чего выявленные нарушения затруднительно объяснить сопутствующими когнитивными дисфункциями. Пациенты группы с более низкой критичностью значимо чаще принимали решение о готовности приступить к пробе при отсутствии корректного усвоения инструкции.

Мышление. Получены данные о различиях по показателю «нарушения критичности мышления» в обеих патопсихологических пробах (невербальный вариант — $p<0,001$; вербальный вариант — $p=0,001$). Группы также отличались по показателю «нарушения саморегуляции мышления» в обоих вариантах пробы (невербальный вариант — $p=0,001$, вербальный вариант — $p=0,002$) и по показателю «аморфность мышления» в невербальном варианте ($p=0,005$). По указанным показателям достоверно более выраженные нарушения демонстрировали пациенты группы с более низкой критичностью.

Согласно представлениям Б.В. Зейгарник, под нарушениями критичности в рамках проб на исключение предметов понимались случаи игнорирования испытуемым очевидных логических противоречий, в том числе при указании на них; неспособность исправить свои ошибки, в том числе после подсказки; настаивание на ошибочных решениях. Дефицит саморегуляции мышления отражал динамический аспект нарушений целенаправленного мышления: когда рассуждения пациента отклонялись от заявленной задачи, наблюдались затруднения в самоконтроле мыслительных действий. Под аморфностью мышления понимались нечеткость, размытость, неустойчивость определений и формулировок, которые дает пациент, а также чрезмерный абстрактный символизм значений с потерей надличного характера значений, что отражает еще один аспект нарушений целенаправленности мышления [7]. Пациенты группы с более низкой критичностью достоверно чаще давали искаженную трактовку некоторых действий или мотивов персонажа серии сюжетных картин ($p=0,002$), а также включали в рассуждения представления, о наличии или отсутствии которых невозможно судить по имеющейся в распоряжении информации.

Регуляторные функции. Обнаружены статистически значимые различия по качественному показателю «успешность выполнения» в части В Теста последовательных соединений ($p=0,014$). Данный показатель был введен в связи необходимостью различения оценки темповых и регуляторных аспектов в данной пробе. Пациенты с более низким уровнем критичности значимо чаще не прилагали усилий, чтобы завершить задание, прекращая выполнение при возникновении первых затруднений.

Обсуждение результатов

Согласно полученным данным выдвинутая гипотеза подтвердилась частично. Достоверные различия между исследованными группами были обнаружены

относительно нарушений вербальной (слухоречевой) и зрительно-моторной памяти, внимания (переключение), темпа психических процессов, регуляторных функций, нарушений мышления и зрительного восприятия. Между исследованными группами не было найдено значимых различий по показателям рабочей памяти, речевой беглости, вербального научения, устойчивости, концентрации и распределения внимания.

Различия в показателях слухоречевого запоминания могли указывать как на связь с нарушениями регуляции когнитивных функций и процессами научения, так и на бóльшую выраженность нарушений собственно слухоречевой памяти у исследованных пациентов [26]. Однако достоверно подтвердить предположение о связи нарушений научения и критичности на данном этапе не удалось.

Задачи, которые ставятся перед пациентом в рамках выполнения корректурной пробы, представляются подходящим способом исследования способности к длительному поддержанию целенаправленного усилия и распознаванию ошибок. Дизайн данной пробы предполагает необходимость отыскивать целевые стимулы и при необходимости корректировать совершенные ошибки, имея непрерывный доступ к стимульному материалу. Постоянная доступность стимульного материала в процессе выполнения пробы позволяет снизить влияние нарушений других когнитивных функций (например, памяти) на итоговый результат и оценить именно процессы, связанные с игнорированием релевантной информации. Поскольку исследованные группы не отличались по числу ошибок, можно предположить, что обнаруженная разница во времени выполнения определяется затруднениями, связанными с необходимостью распознавания целевых стимулов и отслеживания ошибок. Это указывает на значимость оценки темпа обработки информации в отношении различий по критичности.

Выявленные различия в выраженности нарушений мышления, полученные на содержательно нейтральном материале (вне связи с распознаванием болезненной симптоматики), подчеркивают важность рассмотрения феномена критичности как метакогнитивной способности, связанной с распознаванием ошибочности собственных суждений.

При интерпретации содержания сюжетных картин, помимо способности к абстрагированию, косвенно задействуется и способность, связанная с пониманием намерений персонажа, что предположительно также могло влиять на показатели пациентов с более низкой критичностью. Данные указывают на перспективность изучения «теории психического» в связи с проблемой критичности, что находит подтверждение и в ряде работ последних лет. Согласно этим данным, связи критичности со способностью к построению «теории психического» могут быть более сильны, чем связи с когнитивными функциями [31; 37].

Полученные данные также указывают на перспективность дальнейшего изучения критичности больных параноидной шизофренией на модели нарушений зрительного восприятия. Данная экспериментальная задача наглядно иллюстрирует феномен привнесения иррелевантной информации пациентами.

Значение регуляторных функций для критичности состоит в обеспечении формирования определенных идей, подавления других и переключения между ними при необходимости [31]. Мы предполагаем, что вовлеченность в обеспечение регуляторных процессов может объяснять полученные различия в показателях переключения внимания между исследованными группами. В то время как функции устойчивости, концентрации, распределения внимания и рабочей памяти, задействованные скорее в поддержании буферного пространства для операций с поступающей извне информацией, вероятно, в меньшей степени связаны с критичностью.

Различия по качественным показателям успешности выполнения и точности копирования сложной фигуры при выполнении Теста последовательных соединений также могут быть связаны с обеспечением координации сложных процессов для достижения цели. Анализ полученных данных позволяет предположить, что худшие показатели копирования в группе пациентов с более низкой критичностью могут объясняться затруднениями в различении некорректно скопированных элементов — нераспознавании ошибок. В свою очередь, модель зрительно-моторной пробы позволяет эффективно отследить данные нарушения.

Полученная итоговая двухфакторная структура критичности существенно отличается от исходной теоретической модели. В первый фактор вошли «старательность», «интерес к результатам», «корректное понимание целей обследования», «реакция на комментарий», «реакция на подсказку». Отражены способность к учету социального и эмоционального контекста ситуации и, в частности, к корректному пониманию лечебных и диагностических задач, а в широком смысле — к пониманию намерений другого; способность к самоинициации и интеграции опыта, понимание перспективы и личного значения ситуации; способность к учету обратной связи. Данный фактор можно обозначить как «социальный».

Второй фактор включил такие характеристики, как «внешний контроль», «реакция на ошибки», «усвоение инструкции», «критичность к симптоматике». Поскольку помимо способности распознавать симптоматику, в нем представлены нарушения, связанные со способностью отследить недостаточность собственных усилий для эффективного выполнения задания, корректно оценить, что инструкция усвоена, а также заметить ошибочность собственных суждений, мы предполагаем, что данный фактор может быть обозначен как «когнитивный».

Согласно полученным данным, клинический аспект критичности («критичность к симптоматике») оказался включен в когнитивный фактор. Одним из возможных объяснений является то, что метакогниции имеют значение и для клинических, и для когнитивных аспектов критичности, обнаруживая область, в которой эти феномены совпадают. Одно из активно разрабатываемых направлений исследований в этой области основано на предположении, что эти феномены могут быть связаны и значительно перекрывать друг друга. Возможно, низкие показатели когнитивных аспектов критичности являются барьером для более высоких клинических [31]. По данными К.Л. Суботника и соавторов, способность к рефлексии по поводу

проблемных ситуаций и создание эффективных когнитивных стратегий необходимы в том числе и для понимания, что симптомы являются составляющей расстройства [37]. Если рассматривать часть клинических аспектов критичности как имеющих метакогнитивную основу, полученные факторы могут быть сопоставлены и частично согласуются со структурой когнитивного компонента критичности (cognitive insight), предложенного А. Бекком [17]: когнитивный фактор — с субшкалой самоуверенности (связанной с распознаванием ошибок), а социальный — с субшкалой саморефлексивности (связанной с учетом обратной связи и целеполаганием).

В работах последних лет показано, что критичность в целом наиболее сильно связана с рядом обобщенных когнитивных доменов: регуляторных функций, социальных когниций и метакогниций [30, 31, 37]. Получены данные о связи самоуверенности как одного из аспектов критичности со снижением зрительной и вербальной рабочей памяти, а также с трудностями исправления собственных ошибок, однако выводы на этот счет противоречивы, и другие исследователи указывают на связь самоуверенности с нарушением регуляторных функций [13; 20]. Предполагалось, что связь самоуверенности и регуляторных функций определяется процессом персеверации, но скорее она связана с общей способностью формировать и поддерживать стратегию при решении проблемы [31]. В настоящем исследовании наиболее сильные связи критичности в целом были обнаружены с регуляторными функциями (тест фигуры Рея), нарушениями мышления («Исключение предметов») и распознавания ошибок на зрительном стимульном материале («Фигуры Поппельрейтера», тест фигуры Рея). Это частично согласуется с данными, фиксирующими достаточно слабые связи между критичностью и когнитивными функциями, но для целеполагания и решения проблем и некоторых субдоменов критичности эти связи оказываются сильнее [31].

Ограничения исследования. На наш взгляд, основным ограничением исследования является известная субъективность экспертной оценки, на основании которой сформирована матрица исходных показателей. Другим ограничением выступает небольшой объем выборки. Несмотря на то, что DWLS не требует очень больших объемов наблюдений, устойчивые результаты требуют 500 и более наблюдений [29]. В данной работе не ставилось цели описать связь полученных факторов критичности с клиническими переменными, что не позволяет описать место выявленных факторов в клинической картине. Наконец, существенным ограничением следует признать сомнения в действительном соответствии полученной модели критериям соответствия. Столь сильное утверждение связано с тем, что широко используемые критерии для метода DWLS могут быть излишне оптимистичными [38]. Несмотря на критическую важность проблемы для всех специалистов, работающих с опросниками, шкалами и другими порядковыми переменными, других точек отсечения предложено не было. Поэтому мы считаем полученный результат предварительным и несомненно требующим воспроизведения другими исследователями.

Выводы

1. Пациенты с более низкой критичностью обнаруживают более выраженные нарушения по ряду показателей слухоречевого (вербального) запоминания.

2. Пациенты с более низкой критичностью демонстрируют более низкие результаты в задачах, направленных на оценку функций внимания (переключение) и темпа психических процессов. Пациенты с более низкой критичностью чаще нарушали инструкцию в пробе «Таблица Шульте».

3. Пациенты с более низкой критичностью демонстрировали большее число ошибочных суждений в патопсихологических пробах на исключение предметов. В среднем пациенты с более низкой критичностью давали более половины ошибочных суждений; обнаруживали более низкий уровень абстрагирования, бóльшую выраженность нарушений по числу разноплановых и резонерских рассуждений и качественным показателям «критичности мышления», «саморегуляции» и «аморфности». Также они чаще были склонны давать искаженную трактовку некоторых действий или мотивов персонажа серии сюжетных картин.

4. Обнаружено преобладание нарушений копирования, непосредственного и отложенного воспроизведения комплексной фигуры у пациентов с низкой критичностью по сравнению с пациентами, имеющими более высокие показатели критичности. Анализ полученных данных позволяет предположить, что общее снижение продуктивности выполнения пробы в группе с более низкой критичностью объясняется затруднениями пациентов в различении некорректно скопированных элементов — нераспознаванием ошибок.

5. Пациенты с более низкой критичностью совершали больше ошибок по типу искажений восприятия в пробе «Фигуры Поппельрейтера», что свидетельствует о более выраженной тенденции к привнесению ими иррелевантной информации в ходе решения задач.

Перспективы исследования. Проведенное исследование показало перспективность дальнейшего изучения нарушений критичности при параноидной шизофрении как дефицита метакогнитивной регуляции и связей данных нарушений с когнитивными дисфункциями пациентов. Построение факторной структуры критичности на основе анализа латентных переменных позволяет усовершенствовать и объективизировать представления о феномене как мультидименсиональном конструкте. Полученные результаты могут внести вклад в разработку ориентированных на метакогниции видов психотерапевтических интервенций и послужить шагом для дальнейшей разработки интегративной модели критичности, учитывающей взаимодействие метакогниций с клиническими, эмоциональными и социальными факторами.

Данное исследование выступает отправной точкой в разработке методов экспериментально-психологической квалификации нарушений критичности. Исходя из полученных данных, представляется перспективным дальнейшее системное рассмотрение в связи с критичностью двух типов ошибок, которые демонстрировали пациенты с более низким уровнем критичности. Первый обобщенно можно охарактеризовать как нарушение распознавания ошибок в условиях непрерывной доступности стимульного материала — игнорирование ошибок. Второй тип ошибок был связан с привнесением иррелевантной информации при решении когнитивной задачи.

Пеккер М.В., Гвоздецкий А.Н., Щелкова О.Ю.
Экспериментально-психологическая оценка критичности больных параноидной шизофренией на основе изучения когнитивных функций
Клиническая и специальная психология
2022. Том 11. № 1. С. 164–191.

Pekker M.V., Gvozdetskiy A.N., Shchelkova O.Yu.
Experimental Psychological Evaluation of Lack of Insight in Paranoid Schizophrenia Patients: Cognitive Function Assessment
Clinical Psychology and Special Education
2022, vol. 11, no. 1, pp. 164–191.

Литература

1. Блейхер В.М., Крук И.В. Толковый словарь психиатрических терминов. Воронеж: НПО «Модэк», 1995. 638 с.
2. Вассерман Л.И., Дорофеева С.А., Меерсон Я.А. Методы нейропсихологической диагностики: практическое руководство. СПб.: Стройлеспечать, 1997. 303 с.
3. Вассерман Л.И., Чередникова Т.В. Психологическая диагностика нейрокогнитивного дефицита: Рестандартизация и апробация методики «Комплексная фигура Рея-Остеррита». Методические рекомендации. СПб., 2011. 68 с.
4. Вассерман Л.И., Чередникова Т.В., Вассерман М.В. и др. Психодиагностика нарушений пространственного внимания. СПб.: Изд-во Санкт-Петербургского университета, 2018. 92 с.
5. Гильяшева И.Н. Практическое использование адаптированного теста интеллекта в клинике нервно-психических заболеваний: Методические рекомендации. Л.: Ленинградский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 1987. 30 с.
6. Ершов Б.Б. Нарушения перцептивной организации психической деятельности больных шизофренией // Вестник ЮУрГУ. Серия: Психология. 2011. Том 4. № 5. С. 107–114.
7. Зейгарник Б.В. Патопсихология. М.: Академия, 2005. 208 с.
8. Иржевская В.П., Рупчев Г.Е., Тхостов А.Ш. и др. Проблема инсайта в современной патопсихологии // Вопросы психологии. 2008. № 2. С. 145–153.
9. Исаева Е.Р., Лебедева Г.Г. Современные подходы и методы коррекции нарушений когнитивного и социального функционирования больных шизофренией // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. Бехтерева. 2008. № 1. С. 4–8.
10. Кожуховская И.И. Нарушение критичности у психически больных. М.: МГУ, 1985. 80 с.
11. Лисакер П., Чернов Н.В., Карпенко О.А. и др. Изучение и лечение фрагментации при шизофрении с применением концепции метапознания // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2021. Том 121. № 3. С. 160–164. DOI 10.17116/jnevro2021121031160
12. Мещерякова К.В., Рязанова А.Ю. Психодиагностические критерии нарушений критичности подростков при судебно-психиатрической и судебно-психологической экспертизе // Вестник ЮУрГУ. Серия Психология. 2010. № 4. С. 77–81.
13. Рассказова Е.И., Плужников И.В. Психодиагностика уровня когнитивного инсайта: результаты апробации русскоязычной версии шкалы когнитивного инсайта А. Бека // Психологические исследования. 2013. Том 6. № 28. С. 6. URL: <https://psystudy.ru/index.php/num/article/view/711> (дата обращения: 10.03.2022). DOI: 10.54359/ps.v6i28.711

Пеккер М.В., Гвоздецкий А.Н., Щелкова О.Ю.
Экспериментально-психологическая оценка
критичности больных параноидной шизофренией
на основе изучения когнитивных функций
Клиническая и специальная психология
2022. Том 11. № 1. С. 164–191.

Pekker M.V., Gvozdetskiy A.N., Shchelkova O.Yu.
Experimental Psychological Evaluation of Lack
of Insight in Paranoid Schizophrenia Patients:
Cognitive Function Assessment
Clinical Psychology and Special Education
2022, vol. 11, no. 1, pp. 164–191.

14. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике (Практическое руководство). М.: Апрель-Пресс, изд-во Института психотерапии, 2004. 224 с.

15. Саркисян Г.Р., Гурович И.Я., Киф Р.С. Нормативные данные для российской популяции и стандартизация шкалы «Краткая оценка когнитивных функций у пациентов с шизофренией» (BACS) // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. Том 20. № 3. С. 13–19.

16. Austin S.F., Mors O., Nordentoft M. et al. Schizophrenia and metacognition: An investigation of course of illness and metacognitive beliefs within a first episode psychosis // *Cognitive Therapy and Research*. 2015. Vol. 39. № 1. P. 61–69. DOI: 10.1007/s10608-014-9633-9

17. Beck A.T., Baruch E., Balter J.M. et al. A new instrument for measuring insight: The Beck Cognitive Insight Scale // *Schizophrenia Research*. 2004. Vol. 68 № 2. P. 319–329. DOI: 10.1016/s0920-9964(03)00189-0

18. Benedict R., Brandt. J. Hopkins verbal learning test-revised. Brief visuospatial memory test – revised. Professional manual supplement. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc, 1997. 57 p.

19. Bowie C., Harvey P.D. Cognitive deficits and functional outcome in schizophrenia // *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2006. Vol. 2. № 4. P. 531–536. DOI: 10.2147/ndt.2006.2.4.531

20. Cooke M.A., Peters E.R., Fannon D. et al. Cognitive insight in psychosis: The relationship between self-certainty and selfreflection dimensions and neuropsychological measures // *Psychiatry Research*. 2010. Vol. 178. № 2. P. 284–289. DOI: 10.1016/j.psychres.2009.05.009

21. Flavell J.H. Metacognitive aspects of problem solving // *The Nature of Intelligence* / L.B. Resnick (ed.). N.Y.: Hillsdale, 1976. P. 231–235.

22. Friedman N.P., Miyake A., Corley R.P. et al. Not all executive functions are related to intelligence // *Psychological Science*. 2006. Vol. 17. № 2. P. 172–179. DOI: 10.1111/j.1467-9280.2006.01681.x

23. Harvey P.D., Keefe R.S., Eesley C. E. Neurocognition in schizophrenia // *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry (10th ed.)* / V.A. Sadock, B.J. Sadock, P. Ruiz (eds.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2017. P. 1531–1541.

24. Jansiewicz E. M. The relationship between executive functions and metacognitive strategy learning and application. Atlanta, GA: Georgia State University, 2008. URL: https://scholarworks.gsu.edu/psych_diss/42 (дата обращения: 10.03.2022)

25. Konstantakopoulos G. Insight across mental disorders: A multifaceted metacognitive phenomenon // *Psychiatriki*. 2019. Vol. 30. № 1. P. 13–16. DOI: 10.22365/jpsych.2019.301.13

26. Kurtz M., Trask C., Rosengard R. et al. Verbal learning and memory enhancement strategies in schizophrenia: A randomized, controlled investigation // Journal of the International Neuropsychological Society. 2017. Vol. 23. №4. P. 352–357. DOI: 10.1017/S1355617717000042
27. Laroi F., Barr W.B., Keefe R.S. The neuropsychology of insight in psychiatric and neurological disorders // Insight and psychosis: awareness of illness in schizophrenia and related disorders: 2nd ed. / X. Amador, A. David (eds.). Oxford: Oxford University Press, 2004. P. 119–156.
28. Le S., Josse J., Husson F. FactoMineR: An R package for multivariate analysis // Journal of Statistical Software. 2008. Vol. 25. № 1. P. 1–18. DOI: 10.18637/jss.v025.i01
29. Li C.-H. The performance of ML, DWLS, and ULS estimation with robust corrections in structural equation models with ordinal variables // Psychological Methods. 2016. Vol. 21. № 3. P. 369–387. DOI: 10.1037/met0000093
30. Lysaker P.H., Kukla M., Vohs J.L. et al. Metacognition and recovery in schizophrenia: From research to the development of metacognitive reflection and insight therapy // Journal of Experimental Psychopathology. 2019. Vol. 10. № 1. P. 1–12. DOI: 10.1177/2043808718814992
31. Mervis J.E., Bonfils K.A., Cooper S.E. et al. Co-occurring deficits in clinical and cognitive insight in prolonged schizophrenia-spectrum disorders: Relationship to metacognitive deficits // Schizophrenia Bulletin Open. 2021. Vol. 2. №1, sgab034. DOI: 10.1093/schizbullopen/sgab034
32. Rosseel Y. lavaan: An R package for structural equation modeling // Journal of Statistical Software. 2012. Vol. 48. № 2. P. 1–36. DOI: 10.18637/jss.v048.i02
33. Moritz S., Ramdani N., Klass H. et al. Overconfidence in incorrect perceptual judgments in patients with schizophrenia // Schizophrenia Research: Cognition. 2014. Vol. 1. № 4. P. 165–170. DOI: 10.1016/j.scog.2014.09.003
34. Schraw G. Promoting general metacognitive awareness // Instructional Science. 1998. Vol. 26. P. 113–125. DOI: 10.1023/A:1003044231033
35. Schreiber J.B., Stage F.K., King J. et al. Reporting structural equation modeling and confirmatory factor analysis results: A review // Journal of Educational Research. 2006. Vol. 99. № 6. P. 323–338. DOI: 10.3200/JOER.99.6.323-338
36. Scutari M. Learning Bayesian Networks with the bnlearn R Package // Journal of Statistical Software. 2010. Vol. 35. № 1. P. 1–22. DOI: 10.18637/jss.v035.i03
37. Subotnik K.L., Ventura J., Helleman G.S. et al. Relationship of poor insight to neurocognition, social cognition, and psychiatric symptoms in schizophrenia: A meta-analysis // Schizophrenia research. 2020. Vol. 220. P. 164–171. DOI: 10.1016/j.schres.2020.03.038

38. Xia Y., Yang Y. RMSEA, CFI, and TLI in structural equation modeling with ordered categorical data: The story they tell depends on the estimation methods // Behavior Research Methods. 2019. Vol. 51. № 1. P. 409–428. DOI: 10.3758/s13428-018-1055-2

References

1. Bleykher V.M., Kruk I.V. Tolkovyy slovar' psikhiatricheskikh terminov [Glossary of psychiatric terms]. Voronezh: NPO «Modek», 1995. 638 p. (In Russ.).
2. Vasserman L.I., Dorofeyeva S.A., Meyerson Y.A. Metody neyropsikhologicheskoy diagnostiki: Prakticheskoye rukovodstvo [Methods of neuropsychological diagnostics: Practical guideline]. Saint-Petersburg: Ctroylespechat', 1997. 303 p. (In Russ.).
3. Vasserman L.I., Cherednikova T. V. Psikhologicheskaya diagnostika neurokognitivnogo defitsita: Restandartizatsiya i aprobatsiya metodiki «Kompleksnaya figura Reya-Osterrita». Metodicheskie rekomendatsii. [Psychological assessment of neurocognitive deficit: Restandardization and approbation of of The Rey–Osterrieth complex figure test. Methodical recommendations]. Saint-Petersburg, 2011. 68 p. (In Russ.).
4. Vasserman L.I., Cherednikova T.V., Vasserman M.V. et al. Psikhodiagnostika narushenii prostranstvennogo vnimaniya [Psychological assessment of spatial attention] Saint-Petersburg: Publ. of Saint-Petersburg University, 2018. 92 p. (In Russ.).
5. Gil'yasheva I.N. Prakticheskoye ispol'zovaniye adaptirovannogo testa intellekta pri klinike nervno-psikhicheskikh zabolevaniy. Metodicheskiye rekomendatsii [Practical use of adapted version of intelligence test in neuro-psychic diseases clinic]. Leningrad: Publ. of Leningradskiy nauchno-issledovatel'skiy psikhonevrologicheskiiy institut im. V.M. Bekhtereva, 1987. 30 p. (In Russ.).
6. Ershov B.B. Narusheniya pertseptivnoi organizatsii psikhicheskoi deyatel'nosti bol'nykh shizofreniei [Perceptive organization impairment in schizophrenia patients]. *Vestnik YuurGU=South-Ural State University Herald*, 2010, vol. 4, no. 5, pp. 107–114. (In Russ., abstr. in Engl.).
7. Zeigarnik B.V. Patopsikhologiya [Pathopsychology]. 3rd ed. Moscow: Akademiya, 2005. 208 p. (In Russ.).
8. Irzhevskaya V.P., Rupchev G.E., Tkhostov A.Sh. et al. Problema insaita v sovremennoi patopsikhologii [The problem of insight in modern abnormal psychology]. *Voprosy psikhologii=Questions of Psychology*, 2008, no. 2, pp. 145–153. (In Russ.).
9. Isaeva E.R., Lebedeva G.G. Sovremennyye podkhody i metody korrektsii narusheniy kognitivnogo i sotsial'nogo funktsionirovaniya bol'nykh shizofreniyey [Modern approaches to correction and assessment to cognitive and social functioning of schizophrenia patients]. *Obozrenie psikhiiatrii i meditsinskoii psikhologii im. Bekhtereva=Bekhterev Medical Psychology and Psychiatry Review*, 2008, no. 1, pp. 4–8. (In Russ.).
10. Kozhukhovskaya I. I. Narushenie kritichnosti u psikhicheskii bol'nykh [Lack of insight in mental illness]. Moscow: publ. of MSU, 1985. 80 p. (In Russ.).

11. Lisaker P., Chernov N.V., Karpenko O.A. et al. Izuchenie i lechenie fragmentatsii pri shizofrenii s primeneniem kontseptsii metapoznaniya [Metacognition as a pathway to the study and treatment of fragmentation in schizophrenia]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova=Korsakov S.S. Psychiatry and Neurology Journal*, 2021, vol. 121, no. 3, pp. 160–164. DOI: 10.17116/jnevro2021121031160 (In Russ., abstr. in Engl.).
12. Meshcheryakova, K.V., Ryazanova A.Y. Psikhodiagnosticheskiye kriterii narusheniy kritichnosti podrostkov pri sudebno-psikhiatricheskiy i sudebno-psikhologicheskoy ekspertize. [Psychodiagnostic criteria of lack of insight of adolescents in psychological and psychiatric forensic examination]. *Vestnik YuurGU=South-Ural State University Herald*, 2010, no. 4, pp. 77–81. (In Russ., abstr. in Engl.).
13. Rasskazova E.I., Pluzhnikov I.V. Psikhodiagnostika urovnya kognitivnogo insaita: rezul'taty aprobatsii russkoyazychnoi versii shkaly kognitivnogo insaita A. Beka [Psychological diagnostics of cognitive insight: the results of approbation of Russian version of Beck's Cognitive Insight Scale]. *Psikhologicheskie issledovaniya=Psychological Researches*, 2013, vol. 6, no. 28, p. 6. URL: <https://psystudy.ru/index.php/num/article/view/711> (Accessed: 10.03.2022) (In Russ.).
14. Rubinshtein S.Ya. Eksperimental'nye metody patopsikhologii i opyt primeneniya ikh v klinike. Prakticheskoe rukovodstvo [Experimental methods of abnormal psychology and experience of clinical use. Practical guidance]. Moscow: Aprel'-Press, 2004. 224 p. (In Russ.).
15. Sarkisyan G.R., Gurovich I.Y, Kif R.S. Normativnye dannye dlya rossiiskoi populyatsii i standartizatsiya shkaly «Kratkaya otsenka kognitivnykh funktsiy u patsiyentov s shizofreniyey» (BACS) [Normative data of russian population and standardization of Brief Assessement of Cognition in Schizophrenia scale (BACS)]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya=Social and Clinical Psychiatry*, 2010, vol. 20, no. 3, pp. 13–19. (In Russ., abstr. in Engl.).
16. Austin S.F., Mors O., Nordentoft M. et al. Schizophrenia and metacognition: An investigation of course of illness and metacognitive beliefs within a first episode psychosis. *Cognitive Therapy and Research*, 2015, vol. 39, no. 1, pp. 61–69. DOI: 10.1007/s10608-014-9633-9
17. Beck A.T., Baruch, E., Balter, J.M. et al. A new instrument for measuring insight: The Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophrenia Research*, 2004, vol. 68, no. 2, pp. 319–329. DOI:10.1016/s0920-9964(03)00189-0
18. Benedict R., Brandt. J. Hopkins verbal learning test-revised. Brief visuospatial memory test – revised. Professional manual supplement. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc, 1997. 57 p.
19. Bowie C., Harvey P.D. Cognitive deficits and functional outcome in schizophrenia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 2006, vol. 2, no. 4, pp. 531–536. DOI: 10.2147/ndt.2006.2.4.531
20. Cooke M.A., Peters E.R., Fannon D. et al. Cognitive insight in psychosis: The relationship between self-certainty and selfreflection dimensions and neuropsychological

Пеккер М.В., Гвоздецкий А.Н., Щелкова О.Ю.
Экспериментально-психологическая оценка
критичности больных параноидной шизофренией
на основе изучения когнитивных функций
Клиническая и специальная психология
2022. Том 11. № 1. С. 164–191.

Pekker M.V., Gvozdetckii A.N., Shchelkova O.Yu.
Experimental Psychological Evaluation of Lack
of Insight in Paranoid Schizophrenia Patients:
Cognitive Function Assessment
Clinical Psychology and Special Education
2022, vol. 11, no. 1, pp. 164–191.

measures. *Psychiatry Research*, 2010, vol. 178, no. 2, pp. 284–289. DOI: 10.1016/j.psychres.2009.05.009

21. Flavell J.H. Metacognitive Aspects of Problem Solving. In L.B. Resnick (ed.), *The Nature of Intelligence*. N.Y.: Hillsdale, 1976, pp. 231–235.

22. friedman n.p., miyake a., corley r.p. et al. not all Executive Functions Are Related to Intelligence. *Psychological Science*, 2006, vol. 17, no. 2, pp. 172–179. DOI: 10.1111/j.1467-9280.2006.01681.x

23. Harvey P.D., Keefe R.S., Easley C. E. Neurocognition in schizophrenia. In V.A. Sadock, B.J. Sadock, P. Ruiz (eds.), *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2017, pp. 1531–1541.

24. Jansiewicz, E. M. The Relationship between Executive Functions and Metacognitive Strategy Learning and Application. Dissertation. Atlanta, GA: Georgia State University, 2008. URL: https://scholarworks.gsu.edu/psych_diss/42 (Accessed 10.03.2022).

25. Konstantakopoulos G. Insight across mental disorders: A multifaceted metacognitive phenomenon. *Psychiatriki*, 2019, vol. 30, no. 1, pp. 13–16. DOI: 10.22365/jpsych.2019.301.13

26. Kurtz M., Trask C., Rosengard R. et al. Verbal learning and memory enhancement strategies in schizophrenia: A randomized, controlled investigation. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 2017, vol. 23, no. 4, pp. 352–357. DOI: 10.1017/S1355617717000042

27. Laroi F., Barr W.B., Keefe R.S. The neuropsychology of insight in psychiatric and neurological disorders. In X. Amador, A. David (eds.), *Insight and Psychosis: Awareness of Illness in Schizophrenia and Related Disorders*. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press, 2004, pp. 119–156.

28. Le S., Josse J., Husson F. FactoMineR: An R package for multivariate analysis. *Journal of Statistical Software*, 2008, vol. 25, no. 1, pp. 1–18. DOI: 10.18637/jss.v025.i01

29. Li C.-H. The performance of ML, DWLS, and ULS estimation with robust corrections in structural equation models with ordinal variables. *Psychological Methods*, 2016, vol. 21, no. 3, pp. 369–387. DOI: 10.1037/met0000093

30. Lysaker P.H., Kukla M., Vohs J.L. et al. Metacognition and recovery in schizophrenia: From research to the development of metacognitive reflection and insight therapy. *Journal of Experimental Psychopathology*, 2019, vol. 10, no. 1, pp. 1–12. DOI: 10.1177/2043808718814992

31. Mervis J.E., Bonfils K.A., Cooper S.E. et al. Co-occurring deficits in clinical and cognitive insight in prolonged schizophrenia-spectrum disorders: Relationship to metacognitive deficits. *Schizophrenia Bulletin Open*, 2021, vol. 2, no. 1, sgab034. DOI: 10.1093/schizbullopen/sgab034

32. Rosseel Y. lavaan: An R package for structural equation modeling. *Journal of Statistical Software*, 2012, vol. 48, no. 2, pp. 1–36. DOI: 10.18637/jss.v048.i02

33. Moritz S., Ramdani N., Klass H. et al. Overconfidence in incorrect perceptual judgments in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research: Cognition*, 2014, vol. 1, no. 4, pp. 165–170. DOI: 10.1016/j.scog.2014.09.003
34. Schraw G. Promoting general metacognitive awareness. *Instructional Science*, 1998, vol. 26, pp. 113–125. DOI: 10.1023/A:1003044231033
35. Schreiber J.B., Stage F.K., King J. et al. Reporting structural equation modeling and confirmatory factor analysis results: A review. *Journal of Educational Research*, 2006, vol. 99, no. 6, pp. 323–338. DOI: 10.3200/JOER.99.6.323-338
36. Scutari M. Learning Bayesian Networks with the bnlearn R Package. *Journal of Statistical Software*, 2010, vol. 35, no. 1, pp. 1–22. DOI: 10.18637/jss.v035.i03
37. Subotnik K.L., Ventura J., Helleman G.S. et al. Relationship of poor insight to neurocognition, social cognition, and psychiatric symptoms in schizophrenia: A meta-analysis. *Schizophrenia research*, 2020, vol. 220, pp. 164–171. DOI: 10.1016/j.schres.2020.03.038
38. Xia Y., Yang Y. RMSEA, CFI, and TLI in structural equation modeling with ordered categorical data: The story they tell depends on the estimation methods. *Behavior Research Methods*, 2019, vol. 51, no. 1, pp. 409–428. DOI: 10.3758/s13428-018-1055-2

Приложение

Структура наблюдаемых характеристик критичности

Фактор	Параметр	Значение	Доля (%)	
Критичность к суждениям	реакция на комментарий	Игнорирование	31	
		Присутствует	69	
	реакция на похвалу	Нет	45	
		Есть (отрицательная или положительная)	55	
	реакция на подсказку	Игнорирование	17	
		Не способен эффективно использовать	52	
		Способен воспользоваться	31	
		реакция на ошибки	Не замечает их или настаивает на них	62
	Способен заметить ошибки		38	
	усвоение инструкции	Требуются несколько повторений	46	
			После уточняющих вопросов	26
		нарушение инструкции	С первого предъявления	28
Есть			76	
Критичность к симптоматике	осознание наличия психических нарушений	Нет	24	
		Отрицает наличие болезненной симптоматики	51	
Критичность к собственной личности	удержание дистанции	Отмечает наличие, по крайней мере, некоторых симптомов	49	
		Нет	26	
	негативизм	Да	74	
		Есть	20	
	импульсивность	Нет	80	
		Есть	49	
	жалобы	Отсутствуют, несмотря на проявления симптомов	24	
			Диссонируют с поведением и ведущим синдромом	37
		внешний контроль	Соответствуют ведущему синдрому и поведению	39
			Необходим	46
	корректный эмоциональный отклик	Частичный	32	
			Не требуется	22
старательность	Нет	88		
		Есть	12	
интерес к результатам	Нет	57		
		Есть	43	
корректное понимание целей обследования	Нет	70		
		Есть	30	
	Нет	19		
		Есть	81	

Пеккер М.В., Гвоздецкий А.Н., Щелкова О.Ю.
Экспериментально-психологическая оценка
критичности больных параноидной шизофренией
на основе изучения когнитивных функций
Клиническая и специальная психология
2022. Том 11. № 1. С. 164–191.

Pekker M.V., Gvozdetskii A.N., Shchelkova O.Yu.
Experimental Psychological Evaluation of Lack
of Insight in Paranoid Schizophrenia Patients:
Cognitive Function Assessment
Clinical Psychology and Special Education
2022, vol. 11, no. 1, pp. 164–191.

Информация об авторах

Пеккер Мария Валерьевна, медицинский психолог, СПб ГБУЗ «Больница им. П.П. Кащенко», г. Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5014-9178>, e-mail: masha_pekker@mail.ru

Гвоздецкий Антон Николаевич, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры психиатрии и наркологии, ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8045-1220>, e-mail: comisora@yandex.ru

Щелкова Ольга Юрьевна, доктор психологических наук, и.о. заведующего кафедрой медицинской психологии и психофизиологии, Санкт-Петербургский государственный университет (ФГБОУ ВО СПбГУ), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9444-4742>, e-mail: olga.psy.pu@mail.ru

Information about the authors

Mariya V. Pekker, Clinical Psychologist, Saint-Petersburg State-Funded Health Facility Mental Hospital № 1 named after P.P. Kashchenko, Saint-Petersburg, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5014-9178>, e-mail: masha_pekker@mail.ru

Anton N. Gvozdetskii, PhD in Medical Sciences, Assistant Professor of Chair of Psychiatry and Addiction Medicine, North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, Saint-Petersburg, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8045-1220>, e-mail: comisora@yandex.ru

Olga Yu. Shchelkova, Doctor of Psychology, Head of Chair of Clinical Psychology and Psychophysiology, Saint-Petersburg State University, Saint-Petersburg, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9444-4742>, e-mail: olga.psy.pu@mail.ru

Получена: 26.03.2021

Received: 26.03.2021

Принята в печать: 14.02.2022

Accepted: 14.02.2022