

МИНОБРНАУКИ РОССИИ  
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«САРАТОВСКИЙ национальный исследовательский  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н.Г. ЧЕРНЫШЕВСКОГО»

Кафедра общей и консультативной психологии  
наименование кафедры

Нарушения когнитивной функции внимания при шизофрении

наименование темы выпускной квалификационной работы полужирным  
шрифтом

АВТОРЕФЕРАТ выпускной квалификационной работы магистра

студентки 3 курса 376 группы

направления  
(специальности)

37.04.01 «Психология»

код и наименование направления (специальности)

факультета психологии

наименование факультета, института, колледжа

Ольховой Виктории Игоревны

фамилия, имя, отчество

Научный руководитель  
(руководитель):

канд. псих. наук, доцент

должность, уч. степень, уч.  
звание

подпись, дата

Пантелеев А. Ф.

инициалы, фамилия

Зав. кафедрой:

доктор псих. наук, доцент

должность, уч. степень, уч.  
звание

подпись, дата

Фролова С. В.

инициалы, фамилия

Саратов 2022

## Введение

**Актуальность** данной научной работы обусловлена достаточно обширной распространенностью шизофрении в целом и ее отдельных клинических форм (в среднем 5,8 человек на 1000 населения) (Дмитриева Т.Б.). Инвалидность по шизофрении в России составляет около 40% случаев от общего числа инвалидов по психическим заболеваниям. **В настоящее время для многих исследователей стал вполне очевиден тот факт**, что существует отсутствие прямой связи между успешным фармакологическим лечением психотических симптомов и адаптацией больных в повседневной жизни, что вызывает неудовлетворенность всех лиц, заинтересованных в результативности лечения. Социальный прогноз и успешность реабилитации обуславливаются преимущественно совокупностью психологических и психосоциальных характеристик больного. Эффективность реабилитационных программ представляется возможным повысить за счет их конкретизации и дифференцированности, что предполагает анализ психологических механизмов формирования шизофренического дефекта и когнитивных нарушений внимания, в частности.

Тема психотерапевтических интервенций с пациентами, страдающими шизофрений, уже разрабатывалась ранее такими специалистами как: А. Б. Холмогорова, Ю. Ф. Поляков, Б. В. Зейгарник, В. П. Критская, М.М. Коченов, В. В. Корнилова, Николаева, Т. К. Мелешко, В. Ю. Воробьева, Л. С. Выготский, А. В. Снежневский, М. В. Глебова, В. А. Гиляровский, Н. Ф. Добрынин, Т. К. Комарова, А. Н. Леонтьев, И. А. Рыжова, Т.Д. Савина и Т.В. Серебрякова, Lesh T.A., Niendam T.A., Minzenberg M.J., Carter C.S., 2011, Hawkins K.A., Keefe R.S., Christensen B.K., Orellana G., Slachevsky A и др., однако нельзя не отметить тот факт, что в настоящее время, до сих пор, психотерапия при психотических расстройствах (в том числе, и шизофрения) применяется крайне редко в сравнении с терапией фармацевтической. Однако большинство психиатров, психотерапевтов, психологов сходятся во мнении о том, что

психотерапевтические интервенции при диагнозе шизофрении существенно снижают риски рецидивов (в 3-5 раз для первого года ремиссии; 2-3 раза для второго) и в значительной степени повышают адаптационную способность пациентов (30%).

**Объектом** настоящего исследования выступили нарушения когнитивной сферы личности при диагнозе шизофрении (f.20 по МКБ-10).

**Предметом** научного исследования явился дефицит внимания у больных шизофренией.

**Цель исследования:** изучение вариантов дефицита внимания у пациентов с шизофренией, обусловленных различными клиническими характеристиками, для разработки рекомендаций к психокоррекционной работе.

**Гипотеза исследования:** течение шизофрении предполагает наличие не только продуктивной симптоматики (бред, галлюцинации, аффективные расстройства и т.д.), но и присутствие таких когнитивных расстройств, как расстройства внимания, к которым относятся трудности концентрации, сужение объема, фокуса внимания, быстрая истощаемость, плохая переключаемость, дефицит селективного внимания, что, в том числе, связано с нарушением смыслообразующей функции мотива.

Задачи исследования:

1. Изучить клинико-динамические особенности когнитивных нарушений внимания у больных шизофренией и психологические механизмы возникновения когнитивных расстройств внимания при этом диагнозе;
2. Установить взаимосвязь клинической динамики и психологических механизмов при шизофрении;
3. Разработать рекомендации для психокоррекции когнитивных расстройств внимания у пациентов с шизофренией.

Положения, выносимые на защиту:

1. Шизофрения является эндогенным психическим заболеванием, которое включает в себя, помимо продуктивной (позитивной) симптоматики,

выражающейся в наличии бредовых идей, галлюцинаций, психических автоматизмов, депрессивных нарушений и двигательно-волевых нарушений, еще и нарушения, лежащие в когнитивной сфере личности;

2. Клиническая картина пациентов с шизофренией демонстрирует яркие когнитивные нарушения внимания;

3. Когнитивные нарушения внимания при шизофреническом процессе в рамках патопсихологического подхода напрямую зависят от нарушений мотивационной сферы личности;

4. Коррекцию нарушений когнитивной функции внимания необходимо проводить комплексно, учитывая индивидуальный статус каждого пациента, степень тяжести дефекта и сохранные звенья психики, начиная с создания мотивационного компонента личности.

**В качестве методов** исследования были задействованы: клиническое интервью, наблюдение, тест Э. Ландольта, корректурная проба (Тест Бурдона), методика «Расстановка чисел».

Клиническую выборку составили пациенты 4-го отделения «Областной клинической психиатрической больницы Святой Софии» г. Саратова. Мужчины, возраст 35-44 года. В ходе эмпирического исследования нами было опрошено 22 пациента. 7 клинических случаев из которых, подходящих по критериям, были подробно описаны нами в эмпирической главе научного исследования.

Основными критериями пациентов, вошедших в выборку пациентов, явились следующие положения:

1. поставленный врачом психиатром диагноз «Шизофрения» (f.20 по МКБ-10);

2. состояние пациентов вне острого психотического состояния;

3. были исключены пациенты с наркоманией и прочими химическими зависимостями, с эпилептиформной симптоматикой, перенесшие черепно-мозговые травмы;

4. пациенты с острыми соматическими диагнозами также были исключены из исследования;

5. пациенты с выраженной симптоматикой побочных явлений, вызванных фармакологическим лечением.

**Апробация научной работы** проводилась в рамках научных конференций: 3-я Всероссийская конференция «Психология интегральной индивидуальности в информационном обществе», 12-я научно-практическая конференция молодых ученых факультета психологии «Проблемы современной психологии: теория, практика, эксперимент».

### **Основное содержание работы**

**Первая глава** настоящей работы несет название: «Теоретический анализ проблемы когнитивных расстройств при шизофрении. Клиника шизофрении». В данном разделе произведено теоретическое осмысление клиники диагноза шизофрении и сопутствующих ему когнитивных расстройств.

**Первый параграф:** «Шизофрения. История, общая нозологическая классификация, теории возникновения, симптомы, признаки. Психиатрический подход» является изложением истории становления шизофрении как нозологической единицы, а также описывает подход современной психиатрии к теориям возникновения, диагностике и стратегиям лечения данного заболевания. В параграфе подробно изложены типы течения заболевания, критерии выделения форм шизофрении, описаны дефекты личности и проведено разграничение между позитивной и негативной симптоматикой заболевания; представлены данные эпидемиологии заболевания и процент инвалидизации, учитывающий совокупность влияющих на исход факторов.

Выводом первого раздела первой главы служит следующее заключение: шизофрения является эндогенным многофакторным заболеванием, которое сочетает в себе динамику позитивных расстройств (галлюцинации, бред, кататоническая симптоматика, навязчивые мысли) и негативных расстройств

(аутизация, эмоциональное уплощение, абулия, снижение психической активности). Диагноз шизофрении (f.20) в психиатрии ставится при соответствии клинической симптоматики критериям по МКБ-10 (МКБ-11 в последствии). Заболевание делится на виды, клинические типы течения и различия в прогнозе.

Психиатрический подход к лечению шизофрении, как правило, базируется на фармакотерапии, мало взаимодействуя с самой личностью пациента. Подход психиатрии – это в большей степени нахождение, описание и устранение симптомов, нежели понимание психологических механизмов самой личности.

**Второй параграф:** «Когнитивное функционирование больных шизофренией с точки зрения патопсихологии» является изложением психологического подхода к пониманию диагноза шизофрении. В данном разделе осмысливаются исследования таких авторов как: А. Б. Холмогорова, Ю. Ф. Поляков, Б. В. Зейгарник, В. П. Критская, М.М. Коченов, В. В. Корнилова, Николаева, Т. К. Мелешко, В. Ю. Воробьева, Л. С. Выготский, А. В. Снежневский, М. В. Глебова, В. А. Гиляровский, Н. Ф. Добрынин, Т. К. Комарова, А. Н. Леонтьев, Lesh T.A., Niendam T.A., Minzenberg M.J., Carter C.S и др., производится осмысление сопоставления клинической динамики и психологических механизмов, задействованных в шизофреническом распаде личности, проведена параллель между нарушениями в иерархии потребностно-мотивационной сферы личности и симптомами когнитивного дефицита.

В конце данного раздела сделан вывод о том, что когнитивный дефицит при диагнозе шизофрении напрямую связан с распадом потребностно-мотивационной сферы, однако невозможно провести прямую параллель между негативной симптоматикой (нейрокогнитивным дефицитом) и психическими функциями. Все вышеизложенные феномены включены в состав структуры психопатологии, где главенствующая роль отведена изменениям личности. При непосредственно психологическом разборе данные нарушения составляют собой патопсихологический синдром, где составные его части вступают во

взаимодействие, обуславливая в этом процессе друг друга. Важно отметить, что различия типов и грубости шизофренического дефицита обусловлены ведущей ролью различных составляющих в общей структуре синдрома.

**Третий параграф:** «Представления о нарушениях когнитивной функции внимания у больных шизофренией» кратко описывает основные свойства внимания, разграничения норма и патологии, а также содержит подробное описание вариантов нарушения внимания при диагнозе шизофрении.

Анализ приведенных в разделе научных исследований демонстрирует крайне важный в понимании нарушений когнитивной функции внимания аспект: пациенты, страдающие шизофренией, в ходе экспериментов демонстрируют значительно сниженный уровень результатов именно из-за патологии, лежащей в мотивационно-смысловой сфере личности, но не из-за невозможности выполнять предложенные задачи, как таковые.

В результате обобщении патологий когнитивной функции внимания, были выделены следующие пункты:

- трудности концентрации внимания,
- сужение объема внимания, фокуса внимания,
- быстрая истощаемость,
- плохая переключаемость внимания,
- дефицит селективного внимания.

**Вторая глава:** «Исследование нарушений внимания шизофрении» содержит в себе эмпирические данные качественного исследования, проведенного в рамках «Областной клинической психиатрической больницы Святой Софии».

Клиническую выборку составило 22 пациента пациента 4-го отделения «Областной клинической психиатрической больницы Святой Софии» г. Саратова. Мужчины, возраст 35-44 года.

Основными критериями пациентов, вошедших в выборку, явились следующие положения:

- поставленный врачом психиатром диагноз «Шизофрения» (f20 по МКБ-10);
- состояние пациентов вне острого психотического состояния;
- были исключены пациенты с наркоманией и прочими химическими зависимостями, с эпилептиформной симптоматикой, перенесшие черепно-мозговые травмы;
- пациенты с острыми соматическими диагнозами также были исключены из исследования;
- пациенты с выраженной симптоматикой побочных явлений, вызванных фармакологическим лечением.

**Первый раздел второй главы:** «Описание клинических случаев нарушения внимания у пациентов с шизофренией» содержит подробные описания семи клинических случаев. Результаты эмпирического исследования были обобщены в Таблицу 1.

Таблица 1 - Результаты качественного эмпирического исследования

номер клинического случая	«Расстановка чисел»	«Корректирующая проба» Б. Бурдона	Тест Э. Ландольта
1	<u>произвольное внимание значительно снижено:</u> за 2 минуты правильно расположил 12 чисел (норма для взрослого человека – 30 чисел)	<u>объем внимания на момент исследования удовлетворительный</u> (1020 знаков; <u>устойчивость внимания удовлетворительная</u> (7, рассчитанное по формуле $A = S / t$ ); концентрация внимания ниже среднего (35 ошибок на 1020 символов)	<u>сильно выражена утомляемость внимания:</u> за 2 минуты найдено 24 соответствующих инструкциям колец
2	<u>произвольное внимание значительно снижено:</u> за 2 минуты правильно расположил 9 чисел (норма для взрослого человека – 30 чисел)	объем внимания, значительно снижен (647 знаков); устойчивость внимания низкая (10, рассчитанное по формуле $A = S / t$ ); концентрация внимания, соразмерно просмотренным	<u>сильно выражена утомляемость внимания:</u> за 2 минуты найдено 15 соответствующих инструкциям колец), что свидетельствует о низком уровне произвольности внимания



		символам, удовлетворительная (всего 4 ошибки на 647 символов); Переключаемость внимания удовлетворительная, выражена утомляемость. Темп психомоторных реакций заметно снижен	
3	<u>произвольное внимание</u> <u>значительно снижено:</u> пациент за 2 минуты не смог составить последовательность цифр (0 чисел)	объем внимания значительно снижен (640 знаков); устойчивость внимания низкая (10, рассчитанное по формуле $A = S / t$ ). Концентрация внимания крайне снижена (11 ошибок на 640 просмотренных символов)	<u>сильно выражена</u> <u>утомляемость</u> <u>внимания:</u> от прохождения теста Э. Ландольта отказался после истечения половины экспериментального времени, ссылаясь на утомляемость и плохую концентрацию, что можно расценить как крайне низкую степень переключаемости и объема внимания
4	<u>произвольное внимание</u> <u>значительно снижено:</u> пациент за 2 минуты правильно расположил 12 чисел (норма для взрослого человека – 30 чисел)	объем внимания на момент исследования значительно не снижен (1996 знаков – охватил тестовый материал полностью, Устойчивость внимания средняя (6). Концентрация внимания на среднем уровне (34 ошибки на 1996 символов).	<u>сильно выражена</u> <u>утомляемость</u> <u>внимания:</u> за 2 минуты найденно 24 соответствующих инструкциям кольца
5	<u>функции произвольного</u> <u>внимания значительно</u> <u>снижены:</u> пациент за 2 минуты правильно расположил 13 чисел (норма для взрослого человека – 30 чисел)	объем внимания удовлетворительный (1198 знаков). Концентрация внимания сильно ниже среднего (37 ошибок на 1198 символов). Устойчивость внимания низкая (4).	<u>сильно выражена</u> <u>утомляемость</u> <u>внимания:</u> задание выполняет неохотно, медленно, с большими паузами; за 2 минуты найденно всего 7 соответствующих инструкциям колец
6	<u>функции произвольного</u> <u>внимания снижены:</u> при использовании методики	<u>объем внимания</u> <u>удовлетворительный</u> (1398 знаков); устойчивость внимания	<u>сильно выражена</u> <u>утомляемость</u> <u>внимания:</u> за 2 минуты найденно 8

	«Расстановка чисел» пациент за 2 минуты правильно расположил 14 чисел (норма для взрослого человека – 30 чисел)	низкая (8, рассчитанное по формуле $A = S / t$ ). <u>Концентрация внимания</u> <u>крайне снижена</u> (15 ошибок на 640 просмотренных символов) к экспериментальному тесту относился крайне старательно	соответствующих инструкциям колец
7	<u>произвольное внимание</u> <u>значительно снижено</u> : за 2 минуты правильно расположил 7 чисел при норме для взрослого человека - 30 чисел	объем внимания значительно снижен (603 знака); устойчивость внимания низкая (9, рассчитанное по формуле $A = S / t$ ). концентрация внимания нарушена – 15 ошибок и пропусков на 603 просмотренных знака	<u>сильно выражена утомляемость</u> <u>внимания</u> : за 2 минуты найдено 10 соответствующих инструкциям колец
Общий вывод	Пациенты демонстрируют значительное снижение произвольности, устойчивости, концентрации и утомляемости внимания при сохранности удовлетворительного объема внимания.		

**Второй параграф второй главы:** «Качественный патопсихологический анализ когнитивных нарушений функции внимания у пациентов с шизофренией» представляет собой обобщение полученных эмпирических результатов и завершается выводом о том, что характерные для шизофренического процесса патопсихологические нарушения, которые составляют собой сложную клиническую картину мотивационных нарушений, обуславливают общую непродуктивность деятельности пациентов данной группы. Результаты исследования иллюстрируют нарушения в первом функциональном блоком головного мозга, которые и провоцируют изложенную клиническую картину.

Полученные нами данные показывают патологические особенности мотивационно-потребностной сферы пациентов с шизофренией (мотивы утрачивают функцию побуждения и т.д.). Данные особенности, являясь синдромообразующим фактором заболевания, затрагивают собой и остальные составляющие психики: когнитивное функционирование, в частности.

В Таблице 2 представленные данные направленного наблюдения за пациентами, вошедшими в контрольную выборку исследования.

Таблица 2 - Данные направленного наблюдения

номер клинического случая	данные направленного наблюдения за пациентом в ходе выполнения им экспериментального задания
1	Открыт к общению, что можно заметить в вербальной сфере, речь ясная. Мимика и жесты скудные, заторможены. В ход обследования включается с энтузиазмом, в дополнительных инструкциях и помощи экзаменатора не нуждается. Поведение адекватно ситуации, однако пациент задает много неформальных вопросов. Фон настроения незначительно ровный. Экспериментальные задания выполняет старательно, с любопытством, но часто отвлекаясь на посторонние стимулы (шум за окном, одежда других пациентов и т.д.). Допущенные ошибки пытается исправлять, но результатами интересуется формально.
2	От экспериментального исследования пациент не отказывается, но и не проявляет к нему никаких признаков интереса. Не проявляет интереса и к его целям, инструкциям, результатам. Мимика, жесты, эмоциональные реакции в большинстве своем отсутствуют. Экспериментальное задание выполняет с напряжением, медленно, часто отвлекается, но после получения дополнительных инструкций возвращается к выполнению. Допущенные ошибки замечает, исправлять пытается, но при этом, приступая к продолжению работы, свой подход не меняет.
3	Доступность к контакту значительно снижена, пациент не мотивирован к общению, однако от задания не отказывается. В клинической картине присутствуют расстройства мышления, соответствующие шизофреническому типу: разорванность мышления, обстоятельность, резонерство (данные клинической беседы), эмоциональная бедность. Галлюцинаторная симптоматика на момент исследования отсутствует, однако внимание на себя обращает дефект эмоционально-волевой сферы: находясь в отделении пациент старается избегать какой-либо деятельности и общения, большую часть времени проводит в постели, неопрятен (данные наблюдения). Темп психомоторных реакций снижен, мимика скудная. В ход экспериментального задания пациент включается, но не проявляет ни явного согласия, ни неприязни. Тесты выполняет медленно, монотонно, вопросов не задает, на помощь не реагирует и алгоритмов действия не меняет, часто отвлекается на рассматривание своей одежды, но после комментариев экспериментатора к работе возвращается.
4	Пациент идет на контакт, в ходе исследования задает уточняющие вопросы, на встречные вопросы отвечает, словесно заявляет, что в эксперименте заинтересован. Эмоции скудные, мимика практически отсутствует. Выраженное снижение темпа психомоторных реакций, заторможенность. Фон настроения ровный. Поведение адекватно ситуации, неформальных вопросов не задает, тему менять не пытается. К экспериментальному заданию подходит старательно, но без интереса (целью, нюансами задания и возможными последствиями плохого выполнения не интересуется). Допущенные ошибки пытается исправлять, но результатами не интересуется. В конце исследования благодарит за

	уделенное время, не задавая более никаких вопросов.
5	Общением не заинтересован, на первый план выходит подозрительность пациента, сниженный фон настроения и ярко выраженная фрагментарность мышления, проявляющаяся в специфике речи. К экспериментальному заданию подходит настороженно, с опасением, однако в ходе выполнения вопросов не задает, замеченные ошибки исправляет, на комментарии к выполнению задания реагирует, но темпа и способа действия не меняет. Результатами интересуется формально.
6	В целом открыт к контакту, однако на себя обращает внимание эмоциональная монотонность, малая заинтересованность ходом экспериментального процесса. К экспериментальному заданию негативных комментариев не высказывает, однако часто задает вопросы о длительности процедуры, смотрит на настенные часы. Пациент часто отвлекается, любой посторонний шум вносит трудности в выполнение тестов. После напоминания экспериментатора об оставшемся времени снова приступает к работе, но через некоторое время, сталкиваясь с трудностями, вопросов не задает, а снова отвлекается и смотрит на часы. В конце благодарит за уделенное ему время.
7	Проявляет черты замкнутости, бездеятельности, сильно погружен в себя, аутичен. Сам вопросов не задает, заинтересованности не проявляет. На вопросы экспериментатора отвечает кратко, формально, делает много пауз. Фон настроения снижен, депрессивен. Мимика и жесты скудные. Мышление носит характер разорванности, пациент не может внятно объяснить сути причин своего состояния, из-за чего трудно логически вникнуть в смысл депрессивных переживаний пациента. Зрительный контакт не поддерживает, но от задания не отказывается, причиной необходимости его выполнения тоже не интересуется. Ошибки не исправляет, на помощь экспериментатора не реагирует. При этом пациент часто отвлекается на проходящих в коридоре медсестер и других пациентов.

**В третьем параграфе второй главы:** «Рекомендации к психокоррекционным мероприятиям, направленным на преодоление когнитивных расстройств внимания у больных шизофренией» изложены подробные рекомендации к психотерапевтическому воздействию, направленному на коррекцию когнитивных нарушений функции внимания при шизофрении. Был выделен ряд конкретных методов (геймификация, КПТ-методики, мотивационная беседа, когнитивные тренинги, тренинг социальных навыков) и сформулированы основные особенности терапии с данной нозологической группой пациентов:

1. чаще всего используется директивный стиль (однако крайне важно учитывать риск развития тревожных и панических состояний);
2. чем раньше была начата психотерапия, тем благоприятнее прогноз;

3. одной из важнейших задач психотерапевтических интервенций является преодоление стигмы шизофрении (а также, оповещение пациента о двух возможных вариантах стигмы: «экстернальном» и «интернальном»);

4. смена терапевта в течение психотерапии может оказать пагубное влияние на пациента;

5. работа с эгосинтонностью заболевания (сформировать у пациента критическое отношение к симптомам заболевания (как к позитивным, так и к негативным));

6. первичными мишенями психотерапевтического воздействия являются аффективные расстройства и, собственно, когнитивные нарушения (примеры методик коррекции когнитивных расстройств: cognitive package, coglab и др.; методики терапии аффективных расстройств: «интерперсональный тренинг преодоления неадаптируемых эмоций» (hodel, brenner., 1999), «тренинг эмоциональной интеллектуальности» (tei) (vauth et.al., 2001)).<sup>1</sup>

7. обучение пациентов адекватному реагированию на позитивную симптоматику (галлюцинации, бред, деперсонализационного синдрома и т.д.), а также своевременному распознаванию начала психотического эпизода;

8. одной из главных особенностей терапии при шизофренических расстройствах является формирование мотивации пациента к продолжению дальнейшей работы с терапевтом и разъяснение принципа зависимости снижения дозы медикаментов и возрастания необходимости в психотерапии;

9. профилактические мероприятия, направленные на предотвращение рецидива болезни;

10. создание атмосферы безопасности и понимания, без использования специальных медицинских терминов (если на то нет вынужденной необходимости), долгих пространных психологических объяснений и т.д., в связи с непониманием пациентом психиатрической лексики и научной

---

<sup>1</sup> Софронов А.Г., Спикина А.А., Савельев А.П. Нейрокогнитивный дефицит и социальное функционирование при шизофрении: комплексная оценка и возможная коррекция // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – Т. 22, № 1. – С. 33–37.

трактовки симптомов (а также, частой эгосинтонностью заболевания). информацию о заболевании необходимо излагать понятно и структурированно;

11. социальная адаптация пациентов с диагнозом шизофрении – это, как нами было замечено ранее, одна из главенствующих задач психотерапевтических интервенций, способных существенным образом облегчить жизнь больным.

Выводом раздела служит тезис о том, что изолированная коррекция когнитивной функции внимания при диагнозе шизофрении представляется малоэффективной и мало возможной. Это положение напрямую связано с тем, что патология внимания при заболеваниях шизофренического спектра является не изолированным нарушением, а лишь частью общей клинической картины болезни. Потому психотерапевтические мероприятия должны носить комплексный характер и учитывать формирование мотивации пациентов, собственно когнитивные тренировки, работу с негативными установками мышления и тренировку базовых социальных навыков. Параметры, на которые следует сделать больший упор при коррекционных мероприятиях, выявляются индивидуально, после патопсихологической диагностики пациентов. Потому мы считаем целесообразным включить такую диагностику в психотерапевтическую работу как первый этап терапии пациентов с диагнозом шизофрении.

### **Заключение**

Проведенное нами научное исследование подтвердило основную гипотезу. Процесс комплексного анализа психиатрической литературы и литературных источников, базирующихся на концепции патопсихологии, позволил выявить основные различия между двумя подходами.

В ходе написания научной работы нами был выполнен анализ основных отечественных и зарубежных психиатрических подходов, иллюстрирующих взгляд психиатрии на природу шизофрении как заболевания. В первой главе нами был подробно описан взгляд психиатрии на этиологию и патогенез

шизофренического процесса, а также проанализировано само историческое становление шизофрении как самостоятельного диагноза, которое берет свое «робкое» начало с имени Э. Крепелина, укрепляясь прочнее в работах Э. Блейлера.

Итогом первой главы мы считаем вывод о том, что психиатрический подход представляет собой директивный взгляд на терапию шизофрении, который по большей части включает в себя именно фармакотерапию, оставляя саму личность пациента практически без внимания. Психиатрия хорошо описывает синдромы и симптомы, однако за анамнезом и симптоматическими проявлениями диагноза часто теряется сам человек.

Мы считаем такой директивный подход психиатрии недостаточным для эффективной коррекции всей симптоматики шизофрении (в особенности негативной), достижения полной ремиссии и социальной адаптации пациентов.

Второй раздел первой главы нашего научного исследования посвящен анализу и систематизации имеющихся данных в патопсихологии о когнитивных нарушениях при шизофрении. Проанализировав ряд научных работ (А. Б. Холмогорова, Ю. Ф. Поляков, Б. В. Зейгарник, В. П. Критская, Т. К. Мелешко, В. Ю. Воробьева, Л. С. Выготский, А. В. Снежневский, Lesh T.A., Niendam T.A., Minzenberg M.J., Carter C.S., 2011, Hawkins K.A., Keefe R.S., Christensen B.K., Orellana G., Slachevsky A at all) мы пришли к выводу о том, что четкое разграничение негативных симптомов при шизофрении (нейрокогнитивного дефицита) и психическими функциями практически невозможно.

Также, в ходе проведенного нами исследования мы пришли к фундаментальному для понимания стратегий коррекции когнитивных нарушений внимания выводу о том, что когнитивный дефицит при шизофрении, в свою очередь, опосредуется нарушениями, лежащими в потребностно-мотивационной сфере личности. Нами было продемонстрировано, что проявления негативной симптоматики при шизофрении, обуславливаются повреждением или распадом потребностно-

мотивационных компонентов психики, и именно данный феномен можно назвать ведущим в процессе патогенеза нейрокогнитивных нарушений при шизофреническом дефекте.

Характерные для диагноза шизофрении нарушения, лежащие в сфере произвольного внимания и сложности с концентрацией внимания, лабильность, сужение объема, фокуса внимания, быстрая истощаемость, сниженная переключаемость и недостаток селективного внимания, были включены нами в общий симптомокомплекс, связанный с нарушениями в мотивационной сфере личности: при шизофрении оказывается нарушенной сама функция формирования мотива, а цель перестает являться побуждающей силой.

Проведенное нами качественное эмпирическое исследование, клиническую выборку которого составили пациенты 4-го отделения «Областной клинической психиатрической больницы Святой Софии» г. Саратова, мужчины возраста 35-44 года, демонстрирует яркие нарушения когнитивной функции внимания, проявляющиеся в трудности концентрации, сужении объема, фокуса внимания, быстрой истощаемости, плохой переключаемости и дефиците селективного внимания. Пациенты испытывают значительные трудности в выполнении экспериментального задания, сталкиваясь с любыми посторонними шумами, незначительными уточнениями экспериментального задания, либо с его чрезмерной длительностью и т.д.

Нарушения внимания мы напрямую связываем с нарушениями смыслообразующей функции мотива. Пациенты никак не меняют алгоритмов своей деятельности, даже при столкновении с очевидными трудностями. Выполнение экспериментального задания сопровождается либо полной безучастностью, проявляющейся безразличием к похвале и рекомендациям для более эффективного выполнения заданий, что можно трактовать как отсутствие личностной заинтересованности в успешном выполнении экспериментального задания (пациенты субъективно не рассматривают хороший результат тестов как дополнительный стимул к приложению усилия, хотя знают, что результаты исследования в условиях стационара могут повлиять на стратегию их лечения),



либо чрезмерным обилием неуместных, не имеющих прямого отношения к деятельности, вопросов. Пациенты в ходе экспериментальной ситуации не демонстрируют четкой направленности на деятельность, особенность же их поведения скорее носит разрозненный, хаотичный характер, не опосредованной какой-либо определенной целью.

На основе проведенного нами патопсихологического анализа, описанного во втором разделе второй главы, мы пришли к выводу о том, что только целостное понимание личности пациентов способно стать фундаментом для психокоррекционных мероприятий при диагнозе шизофрении.

Возможные этапы психокоррекционной работы были описаны нами в третьем разделе второй главы. Обобщая изложенное нами, мы пришли к выводу о том, что при проведении психотерапевтических интервенций с пациентами, страдающими шизофренией, необходим индивидуальный подход, который учитывает пол, возраст, преморбидные черты, анамнез, интересы и т.п. личности, началом которого должна выступать качественная патопсихологическая диагностика.

В ходе исследования нами была выявлена связь снижения когнитивной функции внимания и общей патологии мотивационной сферы личности. Основываясь на данном феномене, мы считаем, что при коррекции нарушений внимания при шизофрении целесообразным будет сосредоточение именно на мотивационных показателях пациентов, поскольку патология мотивации является ядерным симптомокомплексом шизофренического процесса, который влечет за собой когнитивные нарушения внимания, в том числе.

Исходя из этого, формирование мотивации является важным и необходимым этапом любых психотерапевтических воздействий на пациентов с диагнозом шизофрении. Изолированная же коррекция когнитивных нарушений в целом и когнитивных нарушений функции внимания в частности, представляется нам малоэффективной, поскольку именно нарушения, лежащие в мотивационной сфере личности и являются ядерными для клинической картины шизофрении с патопсихологической точки зрения.

Результаты настоящего исследования могут быть использованы в качестве учебного пособия для студентов бакалавров, а также клиническими специалистами при проведении психокоррекционных мероприятий с пациентами, страдающими шизофренией.