

Атаджыкова Ю.А., Ениколопов С.Н. Исследование феномена фершробен в клинической психологии: актуальные вопросы



АТАДЖЫКОВА Ю.А., ЕНИКОЛОПОВ С.Н. ИССЛЕДОВАНИЕ ФЕНОМЕНА ФЕРШРОБЕН В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ: АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

English version: [Atadzhykova J.A., Enikolopov S.N. Studying the Verschrobene phenomenon in clinical psychology: current issues](#)

Научный центр психического здоровья, Москва, Россия

[Сведения об авторах](#)

[Литература](#)

[Ссылка для цитирования](#)

Исследование феномена шизотипии привело к неоднозначности его понимания в современной клинической науке. В отечественной психиатрии и клинической психологии продолжительный период времени доминирующей оставалась точка зрения о принадлежности категории шизотипии к кругу эндогенных расстройств. Однако в последние годы в связи с экстенсивным исследованием зарубежными клиницистами понятия шизотипии в России ведутся разработки новой модели – изменений типа фершробен. Эта модель позволяет уточнить понятие шизотипии в контексте накопленных в отечественной науке клинических данных и сопоставления их с опытом зарубежных коллег. В связи с разработкой теории изменений типа фершробен и сбором эмпирических данных был поставлен вопрос о наличии и/или создании соответствующего методического аппарата в клинической психологии. Было обнаружено, что методический инструментарий для психологического исследования явлений шизотипического круга оказывается ограниченным. В отечественной психологии единственной доступной методикой для измерения шизотипических черт является опросник SPQ-74. В статье описываются результаты эксплораторного психологического исследования изменений типа фершробен, проведенного с использованием методики SPQ-74 на выборке из 51 пациента. Результаты исследования позволили подтвердить гипотезу о самостоятельности феномена фершробен, однако эффективность применения методики SPQ-74 для измерения и диагностики шизотипических черт, уточненных с помощью категории фершробен, не была подтверждена. Это ставит вопрос о возможности использования методик другого типа – методов клинической оценки, где более значимой является роль специалиста, что позволяет нивелировать ряд слабостей, характерных для опросниковых методов.

Ключевые слова: шизотипия, расстройства шизофренического спектра, фершробен, психологические методики

В современной клинической науке в области исследования расстройств шизофренического спектра с неизбежностью возникает необходимость уточнения и углубления понимания категории шизотипии: как шизотипического расстройства личности, как дименсии нормальной личности, как особенном наборе черт, встречающемся при различных формах процессуального заболевания. Клиническая практика предоставляет свидетельства того, что в широкую категорию, названную

зарубежными авторами шизотипией [Lenzenweger, 2006; Meehl, 1990; Rado, 1953], в реальности оказываются включенными отличающиеся по ряду признаков группы пациентов. Гетерогенность этой группы и неоднозначность понимания сущности этого явления в большой степени обусловлены историей исследования, которая берет свое начало в наблюдениях за так называемыми чудаками, чье поведение и эмоциональность характеризовались парадоксальностью, вычурностью, своеобразием [Binswanger, 1954; Kahn, 1928]. Уже тогда клиницисты предлагали различные точки зрения на природу этого феномена (понятие «фершробен» – *Verschrobenheit* – пришло в науку из быденной речи и в первый раз было использовано Л.Бинсвангером в 1952 году). Так, ряд психиатров относили этот феномен к кругу эндогенных заболеваний [Binswanger, 1954; Kahn, 1928], в то время как другие исследователи придерживались мнения о конституциональной природе чудаковатости [Birnbau, 1920; Краепелін, 1915]. В России впоследствии приобрело широкое распространение понятие «дефект типа фершробен при шизофрении», что подчеркивает принадлежность этого феномена к расстройствам шизофренического спектра [Воробьев, 1988; Смулевич, 2016]. За рубежом, однако, исследование этой категории личностей, характеризующихся странным, чудаковатым, эксцентричным поведением с чертами аутизма и шизоидности, привело к формулированию понятия «шизотипия» – категории гораздо более широкой и, как следствие, гетерогенной. Таким образом, явление фершробен, изначально определяемое как странность и своеобразие всей психической сферы – от эксцентричности поведения до парадоксальности эмоционального мира, – оказалось ассимилированным в категорию шизотипии, которая, в свою очередь, включает фактор странности (Oddity) лишь как один среди ряда других [American Psychiatric Association, 2013; Ashton, Lee, 2012; Gooding, 2011]. Такая неоднозначность статуса явлений чудаковатости оставляет актуальными проблемы их дифференциации в зависимости от этиологии, а также их места в структуре нормальной и аномальной психики.

Современное состояние концепта шизотипии

Современная концепция шизотипии представлена в зарубежной литературе в форме трех основных моделей. Категориальная [\[1\]](#) – медицинская [Meehl, 1962; Rado, 1953] – модель является наиболее близкой к пониманию феномена чудаковатости в отечественной науке, поскольку располагает шизотипию на континууме психопатологических состояний. В этой модели шизотипия определяется как ряд характерных паттернов поведения, свойственных индивидам с общим «дефектным» генотипом, обладание которым помещает их в группу риска для развития шизофрении [Meehl, 1989; 1990]. Принципиально общим с представлениями отечественных психиатров в модели П.Мила является признание шизотипии явлением психопатологического порядка, а также применение общемедицинской модели «стресс-диатез» при анализе структурных и динамических аспектов болезни. Две другие модели, принятые в зарубежной клинической науке, являются дименсиональными и размещают шизотипию на континууме здоровой личности. Модель Г.Айзенка, в противоположность концепции Мила, основывается на идее существования неразрывной связи между нормальной и аномальной личностью [Eysenck, Barrett, 1993]. Его гипотеза подразумевает существование латентных черт (психотизма, экстраверсии и нейротизма), которые лежат в основе психических явлений и определяют вариативность форм психозов, в том числе и шизотипии [Eysenck, 1992]. Модель Г.Клариджа является интегративной и представляет шизотипию как набор личностных черт, распределенных в общей популяции, который, однако, при определенных условиях может сыграть роль диспозиции для развития психического расстройства [Claridge, 1997].

В то время как дискуссия о качественной квалификации шизотипии и ее формализации в общепринятую теоретическую модель до сих пор продолжается, в зарубежной клинической науке в фокусе внимания исследователей в течение последних десятилетий находится проблема измерения шизотипии. Некоторые авторы даже начинают использовать новое понятие («психометрическая шизотипия»), основанное исключительно на результатах обработки статистических данных [Barragan, 2013; Gooding, 2011], что, на первый взгляд, мало способствует прояснению сущности концепта, однако позволяет ставить практические задачи, накапливать актуальные данные и в

перспективе способствовать уточнению теоретических моделей. В отечественной медицине эмпирические исследования шизотипии начали проводиться лишь недавно [Мухорина, Атаджыкова, 2016; Смулевич и др., 2017]. В них ставится задача уточнения явлений странности и чужаковости, которые в соответствии с историческим контекстом были обозначены как «изменения типа фершробен». Исследование феномена фершробен подтверждает дифференцированность группы пациентов, демонстрирующих характерные для дефекта типа фершробен особенности, и способствует разработке новой типологии, основанной на комплексном анализе психопатологических проявлений как в статическом, так и в динамическом аспектах. Предлагаемая модель феномена фершробен является медицинской, и, сужая понятие шизотипии, относит наблюдаемые явления к области расстройств шизофренического спектра, определяя эндогенные факторы в качестве ключевых в формировании синдрома фершробен. Выделенная авторами модели структура феномена фершробен соответствует основным дименсиям шизотипии, концептуализированной в форме категории шизотипического расстройства личности [Смулевич и др., 2017; American Psychiatric Association, 2013].

Психологическое исследование феномена фершробен

Исследование феномена фершробен как самостоятельного феномена является в определенной степени инновационным, поскольку до сегодняшнего дня это понятие использовалось исключительно для описания психопатоподобного дефекта при шизофрении и в других контекстах до недавнего момента не встречалось [Смулевич, 2016]. В отечественной клинической психологии, в свете недостаточного количества публикаций, посвященных шизотипии или явлениям чужачества, обсуждаемый феномен может являться предметом лишь эксплораторного исследования.

Методика исследования

В связи с ограниченностью психологических данных в изучаемой области закономерной является недостаточность соответствующего методического аппарата в отечественной психологии. Единственной переведенной на русский язык методикой для выявления признаков шизотипии является апробированный А.Г.Ефремовым и С.Н.Ениколоповым опросник SPQ-74 [Ефремов, Ениколопов, 2001], оригинал которого [Raine, 1991] был разработан в соответствии с диагностическими критериями шизотипического расстройства личности по DSM-III [American Psychiatric Association, 1980][2]. Использование SPQ-74 в качестве основного метода в эксплораторном психологическом исследовании феномена фершробен также обусловлено историей формулирования критериев шизотипии и феномена фершробен, показывающей взаимосвязанность и концептуальное пересечение этих понятий.

Цели и гипотезы исследования

Проведение психологического исследования имело две основные цели: 1) утверждение явлений круга фершробен в качестве самостоятельных через доказательство их концептуального соответствия дименсиям шизотипии, и 2) подтверждение эффективности методики SPQ-74 для количественной оценки изменений типа фершробен. В соответствии с этими целями в качестве гипотезы исследования мы предположили, что изменения типа фершробен, определяемые в отечественной медицине через ряд признаков, будут соответствовать структуре шизотипии и уточнять ее, а использование SPQ-74 позволит исследователям в дальнейшем диагностировать и количественно оценивать выраженность изменений типа фершробен в российской популяции.

Участники исследования

В исследовании принял участие 51 пациент (18 мужчин и 33 женщины; средний возраст – $44,8 \pm 8,5$ года; с диагнозами F21, F20.5, F20.6 по МКБ-10). Обследование пациентов проводилось на базе

Отдела по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств (руководитель – акад. РАН А.Б.Смулевич) Научного центра психического здоровья и в психотерапевтическом отделении Клинического центра «Психосоматическая медицина» Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова. Сравнение проводилось с выборкой условно здоровых испытуемых (55 человек: 20 мужчин и 35 женщин; средний возраст 21,5 года). При обработке данных использовался пакет статистических программ SPSS 23.

Результаты

В результате проведенного исследования было обнаружено качественное соответствие выявленной структуры синдрома фершробен дименсиям шизотипии (шизотипического расстройства личности). Однако в аспекте количественной оценки выраженности диагностируемых признаков применение SPQ-74 не обнаружило дифференцирующих свойств. В таблице 1 представлены данные, полученные в результате апробации SPQ на русскоязычной выборке [Ефремов, Ениколопов, 2001], и результаты использования опросника SPQ-74 на выборке пациентов с негативными изменениями типа фершробен. При их сравнении можно обнаружить, что баллы, полученные пациентами с синдромом фершробен, оказываются сопоставимыми скорее с показателями SPQ-74, полученными на общепопуляционной выборке, чем на выборке больных шизофренией, хотя последние исследования в сфере психопатологии показывают принадлежность явления фершробен к области эндогенных расстройств.

Таблица 1

Результаты методики SPQ-74, полученные на трех выборках пациентов

	Группа условно здоровых испытуемых	Группа пациентов с шизофренией	Группа пациентов с синдромом фершробен
Идеи отношения	1,50	4,22	1,78
Социальная тревожность	2,58	4,89	2,08
Магическое мышление	1,83	2,89	1,57
Необычные ощущения и восприятие	2,17	2,70	1,67
Эксцентричное поведение	1,50	4,22	2,33
Отсутствие близких друзей	1,92	5,07	2,41
Странная речь	3,33	5,26	3,27
Ограниченный аффект	2,00	4,78	2,16
Подозрительность	1,08	3,67	2,31
Фактор когнитивно-перцептивного дефицита	1,75	3,48	2,04
Фактор межличностных отношений	2,17	5,26	2,71
Фактор дезорганизации	1,25	3,19	1,65
Суммарный балл	23,08	49,63	19,78

В таблице 2 данные апробации SPQ-74 представлены в сравнении с двумя группами пациентов с негативными изменениями типа фершробен: 1) пациентов с так называемым первичным дефект-синдромом, нарушения при котором носят ограниченный характер и сходны с психопатоподобными состояниями (характеризующимися расстройствами эмоциональной и поведенческой сфер), и 2) пациентов с дефектом по типу второй жизни, где явления круга фершробен вторичны по

отношению к психическим расстройствам, сопровождающимся, в первую очередь, редукцией энергетического потенциала и когнитивными нарушениями [Смулевич и др., 2017]. Можно видеть, что при учете разработанной типологии типа фершробен результаты сравнения практически не изменились (табл. 2).

Таблица 2

Результаты методики SPQ-74, полученные на трех выборках пациентов с учетом типологии негативных изменений типа фершробен

	Условно здоровые испытуемые	Пациенты с шизофренией	Пациенты с первичным дефект-синдромом	Пациенты с дефектом по типу второй жизни
Идеи отношения	1,50	4,22	1,26	2,09
Социальная тревожность	2,58	4,89	1,21	2,59
Магическое мышление	1,83	2,89	1,16	1,81
Необычные ощущения и восприятие	2,17	2,70	1,21	1,94
Эксцентричное поведение	1,50	4,22	1,32	2,94
Отсутствие близких друзей	1,92	5,07	1,74	2,81
Странная речь	3,33	5,26	2,11	3,97
Ограниченный аффект	2,00	4,78	1,53	2,53
Подозрительность	1,08	3,67	1,58	2,75
Фактор когнитивно-перцептивного дефицита	1,75	3,48	1,47	2,38
Фактор межличностных отношений	2,17	5,26	2,37	2,91
Фактор дезорганизации	1,25	3,19	0,84	2,13
Суммарный балл	23,08	49,63	13,11	23,75

Таким образом, сравнительный анализ данных SPQ-74, полученных на трех экспериментальных группах и контрольной выборке, не позволил обнаружить статистически значимых различий между баллами, полученными по опроснику группой пациентов с синдромом фершробен и условно здоровыми испытуемыми. Эти результаты не позволяют принять гипотезу об эффективности применения SPQ-74 для диагностики и измерения выраженности изменений типа фершробен в российской популяции. Тем не менее в результате проведенного исследования было обнаружено *содержательное* соответствие структуры синдрома фершробен измерениям шизотипии, что позволяет на настоящем этапе исследования принять гипотезу о структурном соответствии явлений круга фершробен измерениям шизотипии. Самостоятельность феномена фершробен от расстройств шизофренического спектра, при которых не обнаруживаются явления странностей и чужаковости, также косвенно подтверждается соответствием баллов, полученных по опроснику SPQ-74 пациентами с шизофренией, данным зарубежных исследователей [Raine, 1991; Vollema et al., 2002].

Обсуждение результатов

Следуя логике полученных результатов, можно предположить, что в области исследования расстройств шизофренического спектра речь идет о различиях в количественной выраженности симптомов, причем пациенты с синдромом фершробен в силу ряда причин обнаруживают выраженность шизотипических черт, соответствующую таковой в общепопуляционной выборке. Такие результаты принципиально лишают SPQ дифференцирующей способности даже при попытке проведения скрининговых тестов с целью выявления индивидов с изменениями типа фершробен в общей популяции. Подобный неуспех применения SPQ-74 может быть связан с рядом проблем.

В первую очередь необходимо обратить внимание на ряд общепризнанных трудностей, характерных для методов самоотчета в целом. Такие факторы, как социальная желательность ответов респондентов, способность пациентов к рефлексии, адекватность самооценки, критичность к болезни, ее эго-синтонность или эго-дистонность и др. оказывают значительное влияние на получаемые респондентами баллы и часто не позволяют испытуемым объективно оценить себя, свое состояние и/или личностные особенности [Атаджыкова, Ениколопов, 2015; Беребин, 2016]. Кроме того, при исследовании клинических выборок уже существующие уязвимости приобретают еще более широкий контекст, поскольку пациенты, больные шизофренией, среди других часто обнаруживают такие психопатологические симптомы, как, например, диспсихобические тенденции или идеи отношения [Смулевич, 2002; 2016], которые очевидным образом могут усиливать социальную желательность ответов и/или препятствовать адекватной оценке собственного состояния. Наконец, сама форма заполнения опросника делает оценку себя опосредованным процессом, предоставляя время и другие ресурсы на активизацию системы защитных механизмов личности. Как следствие, ряд других симптомов, также характерных для расстройств шизофренического спектра (например, регрессивная синтонность и/или отсутствие критики к своему состоянию), теряют возможность функционирования по компенсаторному принципу (снижая риск социально желательных ответов), по сравнению, например, с ситуацией непосредственного общения с психологом. Таким образом, с учетом признаваемых большинством исследователей недостатков опросниковых методов, последние оказываются еще более уязвимыми при исследовании клинических выборок.

Содержательный анализ формулировок вопросов в SPQ-74 обнаружил, что ряд вопросов носит общий, неуточненный характер – вероятно, в соответствии с идеей о том, что менее конкретные вопросы смогут «охватить» более широкий круг индивидов, у которых хотя бы в какой-либо степени или в какой-либо форме будет проявляться анализируемая черта (например, в вопросе «Другие люди считают меня немного странным» понятие «странности» не уточняется, что дает возможность испытуемому интерпретировать предъявляемое определение в связи – или вне связи – со своим поведением или взглядами). В то время как для большинства опросников, нацеленных на выявление типичных личностных черт, такой подход представляется эффективным [Русалов, Манолова, 2003; Хромов, 2000], в контексте оценки черт и симптомов, характерных для расстройств шизофренического спектра, он оказывается уязвимым – прежде всего, для воздействия собственно психопатологических особенностей, таких, как диспсихобические тенденции, подозрительность, буквальность и др. Другим влияющим фактором может оказаться специфическая коннотация слова «странный», которое является оценочным прилагательным и встречается в опроснике 6 раз. В ходе семантического анализа было высказано предположение, что инвариантным компонентом [3] значения слова «странный» в современном русском литературном языке является «соответствие норме / отклонение от нормы» [Шилова, 2015]. В этом случае не представляется удивительным, что в сознании испытуемых все утверждения, включающие определение «странный», приобретают негативные коннотации и оказываются сцепленными с такими понятиями, как «ненормальный», «не такой, как все», и даже – «сумасшедший». Такое неприятие сближает пациентов с изменениями типа фершробен, особенно первой группы, с испытуемыми из общепопуляционной выборки, поскольку на первый план в клинической картине выходят характерные личностные и поведенческие нарушения, а не яркие психопатологические

симптомы по типу когнитивных нарушений или выраженного астенического дефекта. В последнем случае редукция энергетического потенциала в сочетании с выраженной обедненностью, сглаженностью личности в целом не создает условий для формирования критической оценки предлагаемых определений с последующей актуализацией защитных механизмов [Критская, Мелешко, 2015; Gordon, Silverstein, 1982].

Перспективы психологического исследования феномена фершробен

Анализ результатов настоящего исследования приводит к необходимости поиска других методов измерения проявлений феномена фершробен. Ввиду ограничений опросниковых методов, в фокусе внимания оказываются методы исследования, требующие непосредственного участия специалиста в оценке изучаемых особенностей. К таковым относятся, в первую очередь, проективные методы и методы клинической оценки (экспертные методы, симптоматические шкалы) [Беребин, 2016; Joiner, Pettit, 2003].

Проективные методы являются одними из немногих, которые позволяют получить информацию о глубинных процессах психической жизни индивида. При грамотном применении они предоставляют ценные данные о мотивационных факторах, часто скрытых от внешнего наблюдения даже в ситуации эксперимента. К сожалению, несмотря на безусловные преимущества этой группы методов, практические условия психологической диагностики не всегда допускают возможность корректного проведения проективного исследования, особенно ввиду необходимости установления соответствующего сеттинга и контакта психолога с испытуемым, на необходимость создания которого специально указывает Е.Т.Соколова [Соколова, 2011]. Кроме того, проективные методы не всегда позволяют оценить качество и выраженность когнитивных нарушений и ряд личностных особенностей (в том числе кластерную принадлежность типа личности в соответствии с официальными категориями DSM и МКБ). Наконец, проекции – как испытуемого, так и специалиста – в меньшей степени поддаются контролю и объективной оценке в случае недостаточной квалификации психолога, в связи с чем профессиональные и личностные качества специалиста начинают играть крайне значимую роль как непосредственно во время проведения обследования, так и при анализе результатов. Все это, нисколько не умаляя ценности применения проективных методов в соответствии с их целями и задачами, не допускает – в первую очередь из-за имеющихся ограничений эксплораторного и ориентированного на практический результат исследования – возможности их корректного использования для изучения явлений фершробен на данном этапе.

Другая группа обсуждаемых методов – клинические, включающие (полу)структурированные интервью и симптоматические шкалы – на данный момент представляются наиболее адекватными исследовательским задачам и целям, а также конгруэнтными методам, применимым в отечественной психиатрии, в области которой и ведется разработка теоретической концепции негативных изменений типа фершробен. Во-первых, оценка специалиста по релевантным шкалам является общепризнанным и эффективным методом исследования в клинической науке во всем мире, особенно при оценке личностных и поведенческих особенностей [Hare, Neumann, 2009; Joiner, Pettit, 2003]. Во-вторых, метод полуструктурированного интервью, применимый в условиях стандартного сеттинга, сочетает в себе элементы основных психологических методов качественного исследования – наблюдения, беседы и эксперимента, которые обеспечивают достоверность получаемых данных. Одновременно с этим получаемые данные доступны для обработки, не требующей трудоемких математических процедур, что позволяет в короткие сроки получить количественные показатели по шкалам. Это является особенно актуальным в свете необходимой ориентации отечественной психологии на международные стандарты, требующие не только качественной, но и количественной оценки получаемых результатов [Беребин, 2016]. Кроме того, экспертный метод позволяет естественным образом включить в ход интервью ряд

патопсихологических методик, нацеленных на оценку когнитивной сферы, что необходимо при исследовании изменений типа фершробен. Наконец, роль эксперта, хотя и предполагает обладание рядом профессиональных качеств и навыков, не несет дополнительной нагрузки, как это происходит при проведении проективного обследования. Возможные же ошибки при интерпретации данных интервью являются систематическими и в большей степени доступны коррекции или компенсации на различных этапах работы с данными.

Таким образом, проведенное исследование позволило очертить рамки дальнейшего изучения изменений типа фершробен и поставить ряд теоретических и методических задач, решение которых представляется необходимым для уточнения концепции феномена фершробен и интеграции его в концепцию шизотипии.

Выражение признательности

Авторы благодарят за помощь в сборе данных для исследования академика РАН А.Б.Смулевича и коллег – врачей-психиатров Д.В.Романова и А.К.Мухорину.

Литература

Атаджыкова Ю.А., Ениколопов С.Н. Апробация методики диагностики психопатии К.Патрика на российской выборке. Психологическая наука и образование, 2015, 20(4), 75–85.
doi:10.17759/pse.2015200407

Атаджыкова Ю.А., Ениколопов С.Н. От феномена шизотипии к синдрому «фершробен»: историческая перспектива и актуальные проблемы. Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электронный научный журнал, 2016, 4(14). <http://medpsy.ru/climp>

Беребин М.А. Клиническая (экспертная) парадигма как основа нового типа методик клинической (медицинской) психодиагностики. В кн.: Н.В. Зверева, И.Ф. Рощина (Ред.), Диагностика в медицинской (клинической) психологии: современное состояние и перспективы. М.: Сам Полиграфист, 2016. С. 23–38.

Воробьев В.Ю. Шизофренический дефект (на модели шизофрении, протекающей с преобладанием негативных расстройств): автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Москва, 1988.

Ефремов А.Г., Ениколопов С.Н. Апробация методики выявления степени выраженности шизотипических черт (SPQ-74). В кн.: Материалы Первой Международной конференции, посвященной памяти Б.В.Зейгарник. М.: Центр СМИ МГУ, 2001. С. 109–112.

Критская В.П., Мелешко Т.К. Патопсихология шизофрении. М.: Институт Психологии РАН, 2015.

Мухорина А.К., Атаджыкова Ю.А. Изменения типа «фершробен» при шизофрении и расстройствах шизофренического спектра. В кн.: Материалы III Всероссийской костромской школы молодых ученых и специалистов в области психического здоровья. М.: Научный центр психического здоровья, 2016. С. 40–44.

Русалов В.М., Манолова О.Н. Опросник черт характера взрослого человека (ОЧХ – В). М., 2003.

Смулевич А.Б. Вялотекущая шизофрения в общемедицинской практике. Психиатрия и психофармакотерапия, 2002, 4(5), 3–12.

Смулевич А.Б. Расстройства шизофренического спектра в общемедицинской практике. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова, 2016, No. 1, 4–9.

Смулевич А.Б., Романов Д.В., Мухорина А.К., Атаджыкова Ю.А. Феномен «фершробен» при шизофрении и расстройствах шизофренического спектра (аспекты типологической дифференциации). Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова, 2017, No. 1, 5–17.

Соколова Е.Т. Перспективы развития методологии классического патопсихологического обследования в свете проективной парадигмы. В кн.: Н.В. Зверева, И.Ф. Рощина (Ред.), Диагностика в медицинской психологии: традиции и перспективы. М.: Московский городской психолого-педагогический университет, 2011. С. 74–81.

Хромов А.Б. Пятифакторный опросник личности: учебно-методическое пособие. Курган: Курганский гос. университет, 2000.

Шилова Е.В. Прилагательное «странный» в современном русском литературном языке. Вестник МГОУ. Сер.: Русская филология, 2015, No. 15, 74–82.

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: (Third ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association. 1980.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. 2013.

Ashton M.C., Lee K. Oddity, Schizotypy/Dissociation, and Personality. Journal of Personality, 2012, 80(1), 113–134. doi: 10.1111/j.1467-6494.2011.00735.x

Barragan J.M. Psychotic-like experiences and psychometric schizotypy: their relationships with depressive symptoms and theory of mind in adolescents from the general population: Doctorado en psicologia clinica y de la salud. Universidad Autonoma de Barcelona, 2013.

Binswanger L. Verschrobenheit. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, 1954, Vol. 127, 127–152.

Birnbaum K. Psychopathologische Dokumente. Selbstbekenntnisse und Fremdzeugnisse aus dem seelischen grenzlande. Berlin: Verlag von Julius Springer, 1920. pp. 171–175.

Claridge G. Theoretical background and issues. In: G. Claridge (Ed.), Schizotypy – Implications for Illness and Health. Oxford: Oxford University Press, 1997. pp. 3–18.

Eysenck H.J. The definition and measurement of psychoticism. Personality and Individual Differences, 1992, 13(7), 757–785.

Eysenck H.J., Barrett P. The nature of schizotypy. Psychological Reports, 1993, 73(1), 59–63.

Gooding D.C., Pflum M.J. Theory of Mind and psychometric schizotypy. Psychiatry Research, 2011, 188(2), 217–223. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2011.04.029>

Gordon R., Silverstein M., Harrow M. Associative thinking in schizophrenia: A contextualist approach. Journal of Clinical Psychology, 1982, 38(4), 684–696.

Green M.J., Boyle G.J., Raine A. Schizotypal personality models. Humanities and Social Sciences papers. Robina QLD: Bond University, 2008. Paper 296.

Hare R.D., Neumann C.S. Psychopathy: Assessment and forensic implications. Canadian Journal of Psychiatry, 2009, 54(12), 791–802.

Joiner T.E., Pettit J.W. Adult Clinical Assessment and Diagnosis Research: Current Status and Future Directions. In: M.C. Roberts and S.S. Ilardi (Eds.), Handbook of Research Methods in Clinical Psychology. Oxford: Blackwell Publishing Ltd, 2003. pp. 284–304.

Kahn E. Die verschrobenen Psychopathen. In: Handbuch der Geisteskrankheiten. Berlin: Springer, 1928. pp. 448–460.

Kraepelin E. Psychiatrie. Leipzig: Barth Verlag, 1915.

Lenzenweger M.F. Schizotypy: An Organizing Framework for Schizophrenia Research. Current directions in psychological science, 2006, (15)4, 162–166.

Meehl P.E. Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia. American Psychologist, 1962, 17(2), 827–838.

Meehl P.E. Schizotaxia Revisited. Archives of General Psychiatry, 1989, 46(10), 935–944.

Meehl P.E. Toward an integrated theory of schizotaxia, schizotypy and schizophrenia. Journal of Personality Disorders, 1990, 4(1), 1–99.

Montague E. Defining Dimensions. In: Schizotypy: Factor Structure Replication And External Validation Of The Schizotypal Personality Questionnaire – Brief Revised Updated (SPQ-BRU). Thesis, Dissertations, and Student Research: Department of Psychology. Lincoln: University of Nebraska, 2016.

Rado S. Dynamics and classification of disorders behavior. American Journal of Psychiatry, 1953, 110(6), 406–416.

Raine A. The SPQ: A Scale for the Assessment of Schizotypal Personality Based on DSM-III-R Criteria. Schizophrenia Bulletin, 1991, 17(4), 555–564.

Vollema M.G., Sitskoorn M.M., Appels M.C.M. Does the Schizotypal Personality Questionnaire reflect the biological–genetic vulnerability to schizophrenia? Schizophrenia Research, 2002, 54(1/2), 39–45.

Примечания

[1] *Категориальная, или таксометрическая*, модель в соответствии с названием подразумевает существование отдельной диагностической категории для исследуемого явления и отвергает возможность континуума его выраженности. Подробнее обзор категориальной и дименсиональной моделей в контексте исследования шизотипии представлен в нашей другой статье [Атаджыкова, Ениколопов, 2016], а также в ряде тематических обзоров зарубежных авторов [Green et al., 2008; Montague, 2016].

[2] Данный опросник описывает дименсии шизотипии с помощью девяти шкал (Идеи отношения, Социальная тревожность, Странные верования и магическое мышление, Необычные ощущения и восприятие, Странное поведение, Отсутствие близких друзей, Странная речь, Ограниченный аффект, Подозрительность), объединенных в три фактора: когнитивно-перцептивного дефицита (включает в себя шкалы: Идеи отношения, Магическое мышление, Необычность восприятия, Параноидные идеи); интерперсональных отношений (шкалы: Социальная тревожность, Отсутствие близких друзей, Ограниченный аффект, Подозрительность); фактор дезорганизации (шкалы: Странное поведение и Странная речь) и разделенных на два общепризнанных полюса: позитивную и негативную шизотипию [Ефремов, Ениколопов, 2001; Raine, 1991].

[3] *Инвариантный компонент* – здесь: элемент, который всегда обуславливает употребление конкретного прилагательного [Шилова, 2015].

Сведения об авторах

Атаджыкова Юлия Акмурадовна. Аспирант, отдел медицинской психологии, Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научный центр психического здоровья», Каширское шоссе, д. 34, 115522 Москва, Россия.

E-mail: at.julia@gmail.com

Ениколопов Сергей Николаевич. Кандидат психологических наук, руководитель отдела медицинской психологии, Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научный центр психического здоровья», Каширское шоссе, д. 34, 115522 Москва, Россия.

E-mail: enikolopov@mail.ru

Ссылка для цитирования

Стиль psystudy.ru

Атаджыкова Ю.А., Ениколопов С.Н. Исследование феномена фершробен в клинической психологии: актуальные вопросы. Психологические исследования, 2018, 11(57), 3. <http://psystudy.ru>

Стиль ГОСТ

Атаджыкова Ю.А., Ениколопов С.Н. Исследование феномена фершробен в клинической психологии: актуальные вопросы // Психологические исследования. 2018. Т. 11, № 57. С. 3. URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: чч.мм.гггг).

[Описание соответствует ГОСТ Р 7.0.5-2008 "Библиографическая ссылка". Дата обращения в формате "число-месяц-год = чч.мм.гггг" – дата, когда читатель обращался к документу и он был доступен.]

Адрес статьи: <http://psystudy.ru/index.php/num/2018v11n57/1524-atadzhykova57.html>

[К началу страницы >>](#)