

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ

УДК 616.895.8:159.953.6:331.44:364-785.14-056.34(571.51)

Для цитирования: Дмитриев А.И., Березовская М.А. Когнитивный дефицит у больных шизофренией, проживающих в сельской местности Красноярского края, и его влияние на адаптацию. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2019; 4 (105): 19–25. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-4\(105\)-19-25](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-4(105)-19-25)

Когнитивный дефицит у больных шизофренией, проживающих в сельской местности Красноярского края, и его влияние на адаптацию

Дмитриев А.И.¹, Березовская М.А.²

¹ Красноярский краевой психоневрологический диспансер № 1
660041, Красноярск, ул. Курчатова, д. 14

² Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
660022, Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1

РЕЗЮМЕ

Цель: оценить влияние когнитивного дефицита на адаптацию больных шизофренией, проживающих в сельской местности. **Материалы и методы.** Обследовано 30 пациентов с шизофренией, проживающих в сельской местности. Когнитивные нарушения оценивались с помощью нейропсихологического исследования. Психопатологическую симптоматику оценивали по шкале PANSS. **Результаты и обсуждение.** Когнитивные расстройства при шизофрении оказывают влияние на социальную адаптацию больных. Когнитивный дефицит, возникающий при шизофрении, ограничивает возможности индивидуума приспосабливаться к изменяющимся условиям внешней среды. Проведенное исследование позволяет оценить влияние когнитивного дефицита, выявленного у больных шизофренией, проживающих в сельской местности, на адаптационные возможности. Определены нейропсихологические критерии когнитивного дефицита. Установлено значительное снижение показателей выполнения всех нейропсихологических тестов больными, отмечена взаимосвязь уровня когнитивного дефицита с длительностью заболевания и его влияние на тип адаптации и индивидуальные компенсаторно-приспособительные защиты больных. Обнаружено, что у больных, страдающих шизофренией более 10 лет, преобладают деструктивный тип адаптации и индивидуальная компенсаторно-приспособительная защита по типу «укрытия под опекой».

Ключевые слова: шизофрения, когнитивный дефицит, адаптация, сельская местность.

ВВЕДЕНИЕ

Шизофрения является хроническим прогрессирующим психическим расстройством, затрагивающим пациентов молодого возраста и приводящим к существенному ухудшению качества жизни и дезадаптации практически во всех сферах жизнедеятельности [1, 2]. Такие негативные последствия течения болезни выводят шизофрению в ряд наиболее экономически затратных заболеваний [3, 4].

В последние годы исследователи уделяют особое внимание ряду симптомов, отнесенных к группе нейрокогнитивных расстройств, которые оказывают существенное влияние на функциональный исход заболевания, в частности социальный [5]. Когнитивный дефицит носит генерализованный характер, характеризуется вовлечением большого числа мозговых структур и корково-подкорковых соединений [6, 7]. Согласно мнению N. Andreasen, генерализованный дефицит является отражением «когнитивной дисметрии» из-за нарушений в пределах

кортикально-мозжечково-таламо-кортикальной цепи [8, 9]. В результате этого больные шизофренией при выполнении практически всех предъявляемых тестов демонстрируют результаты ниже, чем здоровые люди, что позволит предположить вовлечение различных анатомических структур.

Наиболее изученными когнитивными функциями, страдающими при шизофрении, являются внимание, память, исполнительская функция, проблемно-решающее поведение [10].

На адаптацию больных влияет множество факторов [11, 12]. По мнению ряда авторов, уровень нарушения когнитивных функций является предиктором дальнейшей социальной реабилитации больного даже в большей степени, чем позитивные и негативные симптомы [13, 14, 15]. Когнитивный дефицит следует рассматривать как самостоятельный фактор при оценке социального и трудового прогноза, который непосредственно связан с уровнем социальной адаптации больных шизофренией [16].

Термин «адаптация» означает динамический процесс приспособления организма к изменившимся условиям существования с целью оптимизации функционирования организма (как сложной системы) во взаимодействии с окружающей средой [17].

По данным Федеральной службы государственной статистики, численность сельского населения Красноярского края составляет 670 481 человек и является второй по величине в Сибирском федеральном округе [18]. Под диспансерным и консультативным наблюдением находятся около 4,5 тыс. больных шизофренией, проживающих в сельской местности [19]. Низкий уровень жизни и образования, отрицательные демографические процессы, высокий уровень коморбидной психической, соматической и наркологической патологии оказывают негативное влияние на адаптационные возможности больных, проживающих в сельской местности [20, 21, 22]. Одним из факторов, влияющих на адаптацию больных шизофренией, являются когнитивные нарушения.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить влияние когнитивного дефицита на адаптацию больных шизофренией, проживающих в сельской местности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включено 30 пациентов (15 мужчин и 15 женщин) с диагнозом по МК-10 шизофрении (F20), проживающих в сельской местности и на момент обследования проходивших стационарное лечение в филиале № 5 Красноярского краевого психоневрологического диспансера № 1 в период с октября по декабрь 2018 г. Возраст больных варьировал в пределах от 20 до 67 лет, средний возраст составил $47,4 \pm 11,8$ года. Из исследования исключались пациенты с выраженной неврологической симптоматикой.

Основные методы исследования: клинико-психопатологическое обследование с помощью шкалы позитивных и негативных синдромов PANSS; клинико-социальное обследование с использованием опросника личностного и социального функционирования [23], специально разработанной карты обследования больного; нейропсихологическое исследование; статистические методы.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

У всех больных в соответствии с МКБ-10 была диагностирована шизофрения, из них 27 (90%) пациентов наблюдались с диагнозом параноидной шизофрении, у 3 (10%) выставлен диагноз невротоподобной шизофрении.

Среди ведущих психопатологических синдромов у 8 больных (26,7%) выявлялась бредовая и аффективно-бредовая симптоматика, у 5 пациентов (16,7%) преобладал параноидный синдром, у 4 (13,3%) – кататоническая, у 6 пациентов (20%) – галлюцинаторная и галлюцинаторно-параноидная. С меньшей частотой (у 2 больных – 6,6%) отмечалась психопатоподобная и невротоподобная симптоматика и у 5 (16,7%) – дефицитарная. Средняя длительность заболевания составила $22,5 \pm 10,6$ года.

Уровень образования больных был достаточно высоким: неполное среднее образование имели 5 пациентов (16,7%), среднее – 8 больных (26,7%), среднеспециальное – 13 участников исследования (43,3%), высшее – у 4 больных (13,3%). Вместе с тем на момент обследования у пациентов отмечалось выраженное социально-трудовое снижение. Преобладающее большинство участников исследования (27 чел., 90%) имели вторую группу инвалидности по психическому заболеванию, 2 пациента (6,7%) являлись пенсионерами по возрасту и только 1 больной (3,3%) продолжал работать. Изучение семейного положения выявило, что 15 больных (50%) никогда не состояли в браке, 9 пациентов (30%) были разведены, 2 (6,7%) вдовы, 1 пациент (3,3%) жил с гражданской женой, 3 больных (10%) состояли в официальном браке.

При проведении исследования было обнаружено, что длительность психического заболевания оказывает выраженное влияние на когнитивные функции и является важнейшим дезадаптирующим фактором.

По результатам обследования с использованием батареи тестов выявлено, что в зависимости от длительности заболевания ухудшаются показатели выполнения всех тестов, что показано в таблице 1.

Так, тест запоминания 10 слов демонстрирует снижение объема слуховой кратковременной памяти на 8% у больных с длительностью заболевания до 5 лет и на 26% у пациентов с длительностью течения шизофрении более 10 лет. Отмечено значительное снижение отсроченного воспроизведения после серии из 6 повторений и через час после предъявления стимульного материала у больных с длительным периодом заболевания. При выполнении субтеста «Повторение числового ряда» у больных с длительностью заболевания более 10 лет общее количество воспроизведения числовых рядов снижается в 2 раза, что свидетельствует о снижении кратковременной слухоречевой памяти.

**Т а б л и ц а 1 – Результаты выполнения тестов больными шизофренией
в зависимости от длительности заболевания**

Тестовая методика	Длительность течения шизофрении		
	до 5 лет	5–10 лет	более 10 лет
Десять слов – объем слуховой кратковременной памяти	4,6	4,3	3,7
Десять слов – число воспроизведенных слов после 6 предъявлений	9,3	7,3	4,2
Десять слов – отсроченное воспроизведение через час	7,2	4,6	2,1
Повторение цифр, общее количество воспроизведенных числовых рядов	8,2	7,9	4,3
Шифровка, количество правильных символов	48,9%	37%	23,6%
Беглость речевых ответов, сумма слов	15,4	8,3	5,8
Сложная фигура Рея–Остеррица копирование, количество ошибок	1,2	5,3	16,8
Сложная фигура Рея–Остеррица при непосредственном воспроизведении, количество ошибок	4,3	11,4	17,6
Сложная Фигура Рея–Остеррица при отсроченном воспроизведении, количество ошибок	6,5	16,3	28,2
ТМТ, часть А, время выполнения (сек)	93,7	124,6	Более 3 мин

Субтест «Шифровка», позволяющий оценить переключаемость внимания, зрительно-моторные координации, скорость образования навыка и темп психической деятельности, демонстрирует снижение количества правильных символов на 50% у пациентов, страдающих шизофренией более 10 лет.

При выполнении теста на беглость речи нормальные показатели зарегистрированы у больных с длительностью заболевания до 5 лет. Снижение на 44,7% выявлено у пациентов с длительностью шизофрении 5–10 лет и значительное снижение на 61,4% количества воспроизведенных слов у больных с длительностью

заболевания более 10 лет. При выполнении тестовой методики «Сложная фигура Рея–Остеррица» больные с длительным сроком заболевания демонстрируют значительное увеличение количества ошибок, что свидетельствует о нарушении зрительно-пространственной, зрительно-конструктивной, психомоторной управляющей функции когнитивной деятельности. При выполнении теста последовательных соединений выявлено удлинение времени выполнения, коррелирующее с длительностью заболевания, что указывает на снижение скорости психических процессов, ресурсных и динамических характеристик внимания.

**Т а б л и ц а 2 – Распределение типов социальной адаптации у больных шизофренией
в зависимости от длительности заболевания**

Тип социальной адаптации	Длительность заболевания					
	До 5 лет		5–10 лет		Более 10 лет	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Интегративный	3	10	1	3,3	3	10
Деструктивный	2	6,7	1	3,3	12	40
Экстравертный	0	0	1	3,3	4	13,4
Интравертный	0	0	0	0	3	10

Как видно из приведенных в таблице 2 данных, по мере течения заболевания увеличивается количество больных с деструктивным типом адаптации, т.е. с нарушением социально полезных функций в соответствии с основными клиническими предпосылками.

Проведена оценка типа индивидуальной компенсаторно-приспособительной защиты пациентов. Установлено, что наиболее распространенной являлась индивидуальная компенсаторно-приспособительная защита по типу «укрытия под опекой» (13 – 43,3%), когда больному нужна постоянная внешняя стимуля-

ция при наличии посторонней поддержки со стороны органов опеки, родных или врачей-психиатров. У 6 больных (20%) встречалась защита по типу «социальной оппозиции», что можно охарактеризовать как постоянный конфликт больного и окружения, в основе которого лежит искажение эмоциональной, волевой и ассоциативной сфер психической деятельности. У 8 пациентов (26,7%) отмечалась защита по типу «экологической ниши» со свойственным ей формированием новых жизненных стереотипов, отличающихся от преморбидных профессиональных и семейных стереотипов

больного. В 3 случаях (10%) индивидуальная компенсаторно-приспособительная защита формировалась по типу «гуттаперчевой защитной капсулы», когда компенсация происходит за счет «оболочки», позволяющей больному сохранить социальный статус на прежнем или сниженном уровне. Тип индивидуальной компенсаторно-приспособительной защиты коррелирует с суммой набранных баллов по шкале негативных синдромов PANSS. Так, для защиты по типу «укрытия под опекой» характерна выраженность негативных синдромов «очень сильно выше среднего значения» (среднее значение Т-балла 75,2); по типу «социальной оппозиции» – «среднее значение» (среднее значение Т-балла 53,3); по типу «экологической ниши» – «незначительно выше среднего значения» (среднее значение Т-балла 56,2). В то время как для защиты по типу «гуттаперчевой защитной капсулы» свойственна выраженность негативных синдромов по шкале PANSS «незначительно ниже среднего» (значение Т-балла 41).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Представленные результаты демонстрируют наличие когнитивного дефицита у больных шизофренией. Выраженность когнитивного дефицита зависит от длительности заболевания. Когнитивный дефицит оказывает значимое влияние на адаптационные способности больных шизофренией, проживающих в сельской местности Красноярского края. У больных, страдающих шизофренией более 10 лет, преобладают деструктивный тип адаптации и индивидуальная компенсаторно-приспособительная защита по типу «укрытия под опекой». Полученные данные требуют продолжения изучения данного вопроса с большим объемом анализируемой выборки больных с включением пациентов молодого возраста, с длительностью заболевания до 5 лет.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов в связи с публикацией данной статьи.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Авторы заявляют об отсутствии финансирования при проведении исследования.

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Работа соответствует этическим стандартам Хельсинской декларации ВМА (протокол заседания этического комитета ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» № 75/2016 от 16.03.2017).

ЛИТЕРАТУРА

1. Мухаметшина З.Ф. Социально-средовая адаптация и качество жизни больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра. *Российский психиатрический журнал*. 2008; 4: 70–73.
2. Коцюбинский А.П., Скорик А.И., Аксенова И.О. Шизофрения: уязвимость – диатез – стресс – заболевание. СПб.: Гиппократ+, 2004: 336.
3. McBain R, Norton D.J., Marris J., Ysami M.T., Betancourt T.S. The role of health systems factors in facilitating access to psychotropic medicines: a cross-sectional analysis of WHO-AIMS in 63 Low- and middle-income countries. *PLoS Medicine*. 2012. doi:org/10.1371/journal.pmed.1001166
4. Семке А.В., Ветлугина Т.П., Иванова С.А., Рахмазова Л.Д., Гуткевич Е.В., Лобачева О.А., Корнетова Е.Г. Биопсихосоциальные основы и адаптационно-компенсаторные механизмы шизофрении в регионе Сибири. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2009; 5 (56): 15–20.
5. Green M.F., Kern R.S., Heaton R.K. Longitudinal studies of cognition and functional outcome in schizophrenia: implication for MATRICS. *Schizophr. Res.* 2004; 1(174): 41–51.
6. Heinrichs R.W., Zakzanis K.K. Neurocognitive deficit in schizophrenia: a quantitative review of the evidence. *Neuropsychology*. 1998; 3(12): 426–445.
7. Riley E.M.E., McConern D., Mocker D. Neuropsychological functioning in first episode psychosis: evidence of specific deficit. *Schizophr. Res.* 2000; 43: 47–55.
8. Andreasen N.C. The role of the thalamus in schizophrenia. *Can. J. Psychiatry*. 1997; 42: 27–33.
9. Andreasen N.C., Nopoulos P., O'Leary D.S. Defining the phenotype of schizophrenia: cognitive dysmetria and its neural mechanisms. *Biol. Psychiatry*. 1999; 7 (46): 908–920.
10. Gold J.M., Harvey P.D. Cognitive deficits in schizophrenia. *Schizophrenia*. 1993; 16: 295–312.
11. Дмитриева Е.Г., Семке А.В., Бохан Н.А., Дубровская В.В. Особенности адаптации больных шизофренией при раннем выявлении и коррекции риска несоблюдения терапии. *Современная терапия психических расстройств*. 2018; 3: 11–17.
12. Корнетова Е.Г., Семке А.В., Корнетов А.Н., Иванова С.А., Лобачева О.А., Семенюк К.А., Бойко А.С., Бохан Н.А. Становление и развитие взглядов на адаптацию больных шизофренией. Шизофрения: биопсихосоциальная модель и конституционально-биологический подход. Томск: Изд-во ООО «Интегральный Переплет», 2018: 158–173.
13. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Магомедова М.В. Соотношение нейрокогнитивного дефицита и социального функционирования у больных шизофренией и шизоаффективным расстройством на различных этапах заболевания. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2001; 4(11): 31–35.

14. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Зайцева Ю.С. Нейрокогнитивный дефицит у больных шизофренией. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2012; 4(2S): 75–78.
15. Sharma T., Antonova L. Cognitive function in schizophrenia. Deficits, functional consequences, and future treatment. *Psychiatr. Clin. North. Am.* 2003; 1 (26): 25–40.
16. Тараканова Е.А. Структура когнитивного дефицита при шизофрении. *Вятский медицинский вестник*. 2009; 2–4: 48–50.
17. Воложин А.И., Субботин Ю.К. Адаптация и компенсация – уникальный механизм приспособления. М.: Медицина, 1987: 176.
18. http://www.gks.ru/free_doc/new_site/perepis2010/togi/perepis_tom1.htm
19. Состояние психиатрической помощи и психического здоровья населения Красноярского края за период 2012–2016 гг. Архив КГБУЗ ККПНД № 1. 2017: 15.
20. Бохан Н.А., Мандель А.И., Кузнецов В.Н. Алкогольная смертность в отдалённых сельских районах Западной Сибири. *Наркология*. 2011; 9: 43–47.
21. Ильин А.С. Современные особенности организации медицинского обслуживания жителей сельских районов. *Человеческий капитал*. 2012; 7: 154–158.
22. Семке А.В., Мальцева Ю.Л. Шизофрения, сочетанная с соматической патологией: клинические, адаптационные, реабилитационные аспекты. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2009; 3 (54): 42–44.
23. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных. *Социальная и клиническая психиатрия*. 1994; 2: 35–40.

Поступила в редакцию 06.09.2019

Утверждена к печати 02.12.2019

Дмитриев Андрей Ильич, врач-психиатр, заведующий отделением № 6 филиала № 5 ККПНД № 1.

Березовская Марина Альбертовна, доктор медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой психиатрии и наркологии с курсом после дипломного образования.

✉ Березовская Марина Альбертовна, mberezovska@mail.ru

УДК 616.895.8:159.953.6:331.44:364-785.14-056.34(571.51)

For citation: Dmitriev A.I., Berezovskaya M.A. Cognitive deficit in patients with schizophrenia living in the rural area of the Krasnoyarsk Territory and its effects on their adaptation. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2019; 4 (105): 19–25. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-4\(105\)-19-25](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-4(105)-19-25)

Cognitive deficit in patients with schizophrenia living in the rural area of the Krasnoyarsk Territory and its effects on their adaptation

Dmitriev A.I.¹, Berezovskaya M.A.²

¹ Krasnoyarsk Regional Psychoneurological Dispensary No. 1
Kurchatov Street 14, 660041, Krasnoyarsk, Russian Federation

² Krasnoyarsk State Medical University named after Prof. V.F. Voino-Yasenetsky
Partizan Zheleznyak 1, 660022, Krasnoyarsk, Russian Federation

ABSTRACT

Objective. To evaluate the effects of the cognitive deficiency on adaptation of schizophrenic patients, living in rural areas. **Materials and Methods.** 30 patients with schizophrenia, living in rural areas. Cognitive impairment was evaluated using the neuropsychological methods and PANSS. **Results and Discussion.** Cognitive impairment affects the social adaptation of patients. Cognitive deficiency arising in schizophrenia limits the individual's ability to adapt to changing conditions of the environment. The conducted study allows evaluating the effects of cognitive deficiency, revealed in patients with schizophrenia living in rural areas, on adaptive possibilities. Neuropsychological criteria of cognitive deficiency are defined. A significant reduction in the performance of all neuropsychological tests by patients is established; an association between the level of cognitive deficiency and the duration of the disease and its effects on the type of adaptation and individual compensatory-adaptive defense of patients is noted. Among patients suffering from schizophrenia for more than ten years, the destructive type of adaptation prevails and individual compensatory-adaptive defense by the type of “seeking cover under the care”.

Keywords: schizophrenia, cognitive deficiency, adaptation, rural area.

REFERENCES

1. Mukhametshina Z.F. Sotsial'no-sredovaya adaptatsiya i kachestvo zhiznibol'nykh shizofreniei i rasstroistvami shizofrenicheskogo spektra [Socio-environmental adaptation and quality of life of patients with schizophrenia and schizophrenic spectrum disorders]. *Rossiiskii psikhiatricheskii zhurnal – Russian Journal of Psychiatry*. 2008, 4: 70–73 (in Russian).
2. Kotsyubinsky A.P., Skorik A.I., Aksenova I.O. Shizofreniya: uyazvimost' – diatez – stress – zabolevanie [Schizophrenia: Vulnerability – diathesis – stress – disease]. St. Petersburg: Hippocrates+, 2004: 336 (in Russian).
3. McBain R, Norton D.J., Marris J., Ysami M.T., Betancourt T.S. The role of health systems factors in facilitating access to psychotropic medicines: a cross-sectional analysis of WHO-AIMS in 63 Low- and middle-income countries. *PLoS Medicine*. 2012. doi:org/10.1371/journal.pmed.1001166
4. Semke A.V., Vetlugina T.P., Ivanova S.A., Rakhmazova L.D., Gutkevich E.V., Lobacheva O.A., Kornetova E.G. Biopsikhosotsial'nyye osnovy i adaptatsionno-kompensatornyye mekhanizmy shizofrenii v regione Sibiri [Biopsychosocial bases and adaptive-compensator mechanisms of schizophrenia in region of Siberia]. *Sibirskii vestnik psikhiatrii i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2009; 5 (56): 15–20 (in Russian).
5. Green M.F., Kern R.S., Heaton R.K. Longitudinal studies of cognition and functional outcome in schizophrenia: implication for MATRICS. *Schizophr. Res.* 2004; 1(174): 41–51.
6. Heinrichs R.W., Zakzanis K.K. Neurocognitive deficit in schizophrenia: a quantitative review of the evidence. *Neuropsychology*. 1998; 3(12): 426–445.
7. Riley E.M.E., McCovern D., Mocker D. Neuropsychological functioning in first episode psychosis: evidence of specific deficit. *Schizophr. Res.* 2000; 43: 47–55.
8. Andreasen N.C. The role of the thalamus in schizophrenia. *Can. J. Psychiatry*. 1997; 42: 27–33.
9. Andreasen N.C., Nopoulos P., O'Leary D.S. Defining the phenotype of schizophrenia: cognitive dysmetria and its neural mechanisms. *Biol. Psychiatry*. 1999; 7 (46): 908–920.
10. Gold J.M., Harvey P.D. Cognitive deficits in schizophrenia. *Schizophrenia*. 1993; 16: 295–312.
11. Dmitrieva E.G., Semke A.V., Bokhan N.A., Dubrovskaya V.V. Osobennosti adaptatsii bol'nykh shizofreniej pri rannem vyavlenii i korrektsii riska nesoblyudeniya terapii [The adaptive features of schizophrenia patients in early revealing and correction of the non-compliance with the therapy]. *Sovremennaya terapiya psichicheskikh rasstrojstv – Contemporary Therapy of Mental Disorders*. 2018; 3: 11–17 (in Russian).
12. Kornetova E.G., Semke A.V., Kornetov A.N., Ivanova S.A., Lobacheva O.A., Semenyuk K.A., Bojko A.S., Bokhan N.A. Ctanovlenie i razvitie vzglyadov na adaptatsiyu bol'nykh shizofreniej. Shizofreniya: biopsihosotsial'naya model' i konstitutsional'no-biologicheskij podhod [Formation and development of views of adaptation in patients with schizophrenia. Schizophrenia: biopsychosocial model and constitutional-biological approach]. Tomsk: Publishing House ООО "Integral'nyj Pereplet", 2018: 158–173 (in Russian).
13. Gurovich I.Ya., Shmukler A.B., Magomedova M.V. Sootnoshenie neirokognitivnogo defitsita i sotsial'nogo funktsionirovaniya u bol'nykh shizofreniei i shizoaffektivnym rasstrojstvom na razlichnykh etapakh zabolevaniya [The correlation of neurocognitive deficiency and social functioning in patients with schizophrenia and schizoaffective disorder at various stages of the disease]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya – Social and Clinical Psychiatry*. 2001; 4(11): 31–35 (in Russian).
14. Gurovich I.Ya., Shmukler A.B., Zaitseva Yu.S. Neirokognitivnyi defitsit u bol'nykh shizofreniei [Neurocognitive deficiency in patients with schizophrenia]. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika – Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2012; 4(2S): 75–78 (in Russian).
15. Sharma T., Antonova L. Cognitive function in schizophrenia. Deficits, functional consequences, and future treatment. *Psychiatr. Clin. North. Am.* 2003; 1(26): 25–40.
16. Tarakanova E.A. Struktura kognitivnogo defitsita pri shizofrenii [Structure of cognitive deficiency in schizophrenia]. *Vyatskii meditsinskii vestnik – Vyatsky Medical Bulletin*. 2009; 2–4: 48–50 (in Russian).
17. Volozhin A.I., Subbotin Yu.K. Adaptatsiya i kompensatsiya – unikal'nyi mekhanizm prispособleniya [Adaptation and compensation is a unique mechanism of adaptation]. Moscow : Medicine, 1987: 176 (in Russian).
18. http://www.gks.ru/free_doc/new_site/perepis2010/togi/perepis_tom1.htm
19. Sostoyanie psikhiatricheskoi pomoshchi i psikhicheskogo zdorov'ya naseleniya Krasnoyarskogo kraja za period 2012–2016 gody. Arkhiv KGBUZ KKPND № 1 [The state of the psychiatric care and mental health of the population of the Krasnoyarsk Region for the period 2012–2016. Archive data]. 2017: 15 (in Russian).
20. Bokhan N.A., Mandel' A.I., Kuznetsov V.N. Alkogol'naya smertnost' v otdalennykh sel'skikh raionakh Zapadnoi Sibiri [Alcoholic mortality in remote rural areas of Western Siberia]. *Narkologiya – Narcology*. 2011; 9: 43–47 (in Russian).
21. Il'in A.S. Sovremennye osobennosti organizatsii meditsinskogo obsluzhivaniya zhitelei sel'skikh raionov [Modern features of the organization of medical care in rural areas]. *Chelovecheskii kapital – Human capital*. 2012; 7: 154–158 (in Russian).

22. Semke A.V., Mal'tseva Yu.L. Shizofreniya, sochetannaya s somaticheskoi patologiei: klinicheskie, adaptatsionnye, reabilitatsionnye aspekty [Schizophrenia, combined with somatic pathology: clinical, adaptive, rehabilitation aspects]. *Sibirskii vestnik psikhiatrii i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2009; 3(54): 42–44 (in Russian).
23. Gurovich I.Ya., Shmukler A.B. Oprosnik dlya otsenki sotsial'nogo funktsionirovaniya i kachestva zhizni psikhicheski bol'nykh [A questionnaire for evaluation of the social functioning and quality of life of the mentally ill]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya – Social and Clinical Psychiatry*. 1994; 2: 35–40 (in Russian).

Received September 06.2019

Accepted December 02.2019

Dmirtiev Andrei I., psychiatrist, Head of Department No. 6, Branch Office No. 5, Krasnoyarsk Regional Psychoneurological Dispensary No. 1, Krasnoyarsk, Russian Federation.

Berezovskaya Marina A., MD, associate professor, Head of the Department of Psychiatry and Narcology with the course of Postgraduate Education, Krasnoyarsk State Medical University named after Prof. V.F. Voino-Yasenetsky, Krasnoyarsk, Russian Federation.



Dmirtiev Andrei I., dmitriev_78@bk.ru

Berezovskaya Marina A., mberezovska@mail.ru