

РАННИЕ ДЕЗАДАПТИВНЫЕ СХЕМЫ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Давыдова Е.В.

Давыдова Екатерина Владимировна

*аспирант кафедры медицинской психологии и психофизиологии, факультет психологии; федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный университет», Университетская наб., 7–9, Санкт-Петербург, 199034, Россия.
Тел.: 8 (812) 324-25-74.*

E-mail: davidova.kate@hotmail.com

Аннотация. Статья посвящена исследованию ранних дезадаптивных схем у взрослых пациентов с параноидной шизофренией. Целью исследования являлось изучение взаимосвязи ранних дезадаптивных схем как возможного сопутствующего фактора или предиктора в развитии психопатологической симптоматики у данной нозологической группы. Дизайн исследования включал в себя опросник выраженности психопатологической симптоматики SCL-90; методику диагностики ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга «YSQ-S3R»; а также структурированную анкету. Математическая обработка данных проводилась с использованием корреляционного анализа. Были получены следующие результаты: 3 домена ранних дезадаптивных схем («Разрыв связей/отвержение», «Дефицит автономии/боязнь проявить себя», «Ориентация на других») связаны с 5 показателями психопатологической симптоматики («Соматизация», «Обсессивно-компульсивные симптомы», «Межличностная сензитивность», «Тревожность» и «Психотизм»). Это может свидетельствовать о том, что данные домены могут быть включены в механизм формирования психопатологической симптоматики у пациентов с параноидной шизофренией.

Ключевые слова: ранние дезадаптивные схемы; психопатология; параноидная шизофрения; шизофрения; схема-терапия.

УДК 159.9:616.895.8

Библиографическая ссылка

Давыдова Е.В. Ранние дезадаптивные схемы у взрослых пациентов с параноидной шизофренией // Медицинская психология в России. – 2021. – Т. 13, № 3. – С. 7. doi: 10.24412/2219-8245-2021-3-7

Поступила в редакцию: 12.04.2021 Прошла рецензирование: 10.05.2021 Опубликовано: 20.05.2021

Введение

Параноидная форма шизофрении (F20.0) является часто встречающимся и сложным по клинической картине, течению и исходу шизофреническим расстройством. Традиционно она развивается в возрасте старше 20–23 лет, но возможны и другие варианты. Клинические проявления при параноидной шизофрении характеризуются относительно стабильным, в основном параноидным бредом, обычно сопровождающимся галлюцинациями, особенно слуховыми, и расстройствами восприятия. Расстройства эмоциональной сферы, волевые и речевые нарушения, кататонические симптомы обычно выражены неярко. По клиническим проявлениям и ходу заболевания параноидная шизофрения обладает большим разнообразием, о чем свидетельствуют многочисленные исследования отечественных и зарубежных авторов. В свою очередь, это разнообразие указывает на многофакторность этиологии и патогенеза [2].

С научной точки зрения, немаловажным является изучение факторов риска, опосредующих факторов, а также предикторов, которые могут предшествовать формированию параноидной шизофрении; для целей психотерапии и психокоррекции представляется важным изучение психосоциальных факторов, которые могли бы быть включены в картину данной болезни.

Следует отметить, что негативный опыт детства может приводить к различным отрицательным эмоциям, таким как гнев, грусть, вина, стыд. Чтобы избежать этих интенсивных чувств, дети могут использовать механизмы диссоциации, отрицания, амнезии или соматизации. Хотя эти защитные механизмы на первых порах являются адаптивным способом переживания травмирующего опыта, они могут со временем стать чрезмерно обобщенными и дезадаптивными. Многие исследования свидетельствуют, что люди, которые подвергались жестокому обращению в детстве, часто не могут объединить воспоминания об этих событиях в единое целое [12].

Данные ряда исследований демонстрируют, что у пациентов с психотическими расстройствами не всегда существует генетическая предрасположенность, которая затем осложняется психотравмирующим опытом, что в итоге приводит к психозу. Например, есть исследование, изучавшее взаимосвязь городской среды и шизофрении, показывающее, что дети, растущие в неблагополучных экономических условиях, но не имеющие семейного анамнеза психозов, в семь раз чаще заболевают шизофренией, чем дети, не имеющие таких жизненных условий [7].

Стоит также упомянуть исследования, куда включен аспект влияния детского опыта. К ним относятся теория привязанности [8; 11], теория развития и семейной перспективы [4], концепции диссоциации [5] и психодинамические взгляды. Исследователи Rudegeair and Farrelly [6] предлагают эволюционный взгляд на связь механизма диссоциации с психозом. Они утверждают, что в филогенезе человека наблюдается увеличение префронтальной коры головного мозга для оценки и манипулирования все более сложным социальным контекстом посредством организации социальных воспоминаний через понимание значения непосредственного «социального момента» и выбора социально эффективного ответа. В результате онтогенетическая проблема для развивающегося индивида заключается в интеграции изначально отдельных эго-состояний для целей социальной эффективности. В этой модели интрапсихическая интеграция рассматривается как уязвимая с точки зрения развития цель, легко нарушаемая негативным детским опытом и проблемами в привязанности, что приводит к образованию отдельных «диссоциированных» состояний и к ошибкам в контекстуализации, проявляющимся как ошибки восприятия и интерпретации в процессе осознания социальной среды.

В качестве концептуальной основы, которая могла бы описывать, каким образом события прошлого, а в особенности раннего детства, связаны с развитием психического расстройства, мы предлагаем взять такой теоретический конструкт, как ранние дезадаптивные схемы.

Теория ранних дезадаптивных схем была предложена Джеффри Янгом и в свое время значительно расширила традиционную когнитивно-поведенческую терапию, добавив в нее акцент на характерологические аспекты расстройства и его детское происхождение [13; 14]. Согласно этой теории, негативный детский опыт в семье, со сверстниками и внутри социальных групп в целом может привести к развитию так называемых ранних дезадаптивных схем (Early Maladaptive Schemas, сокращенно EMS). Янг предположил, что ранняя дезадаптивная схема — это широкая модель, состоящая из воспоминаний, эмоций, когний и телесных ощущений относительно себя и своего взаимоотношения с другими, а последующее дезадаптивное поведение является ответом на такую схему [3].

Считается, что ранние дезадаптивные схемы являются стабильными и глубокими когнитивными структурами, которые организуют и опосредуют личный опыт и то, как дети могут управлять окружающей обстановкой и понимать ее. Тем не менее, в зрелом возрасте ранние дезадаптивные схемы имеют ограниченную полезность и могут вызвать психопатологические симптомы, когда они активируются в определенных ситуациях. Riso и соавт. [10] предоставили доказательства стабильности ранних дезадаптивных схем во взрослом возрасте.

Существуют исследования, демонстрирующие взаимосвязь ранних дезадаптивных схем с психическим здоровьем [9].

Джеффри Янг предлагает 18 видов ранних дезадаптивных схем, которые делятся на 5 доменов [1]:

- Домен 1: «Нарушение связи и отвержение» (ожидание того, что потребности пациента в защите, безопасности, стабильности, опеке, эмпатии, принятии, одобрении и уважении не будет предсказуемо удовлетворены).

Виды:

- ✓ Покинутость / Нестабильность;
 - ✓ Недоверие / Ожидание жестокого обращения;
 - ✓ Эмоциональная депривированность;
 - ✓ Дефективность / Стыд;
 - ✓ Социальная отчужденность.
- Домен 2: «Нарушенная автономия» (ожидания — от себя и окружающего мира, — которые сталкиваются с пониженной способностью к сепарации, выживанию, независимому функционированию и успешному проявлению себя).

Виды:

- ✓ Зависимость / Некомпетентность;
 - ✓ Уязвимость;
 - ✓ Спутанность / Неразвитая идентичность;
 - ✓ Неуспешность.
- Домен 3: «Нарушенные границы» (дефицит внутренних границ, ответственности перед другими, долгосрочной ориентации на цель. Приводит к сложности в уважении прав других людей, в сотрудничестве с другими и становлении реалистичных целей).

Виды:

- ✓ Привилегированность / Грандиозность;
 - ✓ Недостаточность самоконтроля.
- Домен 4: «Направленность на других» (чрезмерная сфокусированность на желаниях, чувствах и реакциях других, ценой жертвования собственными потребностями — с целью получить любовь и одобрение, поддерживать связь и избежать наказания (возмездия). Обычно включает подавление и слабое осознание своих агрессивных импульсов и естественных склонностей).

Виды:

- ✓ Покорность;
 - ✓ Самопожертвование;
 - ✓ Поиск одобрения.
- Домен 5: «Сверхбдительность и запреты» (придание чрезмерного значения подавлению своих спонтанно возникающих чувств, импульсов и предпочтений или выработка жестких внутренних правил, касающихся этичности поведения, часто в ущерб собственному счастью, самореализации, расслаблению, самовыражению, близким отношениям и здоровью).

Виды:

- ✓ Негативизм / Пессимизм;
- ✓ Подавление эмоций;
- ✓ Жесткие стандарты;
- ✓ Пунитивность.

Таким образом, ранние дезадаптивные схемы могут иметь определенное значение в развитии психического расстройства и рассматриваться в качестве сопутствующего фактора или же предиктора развития заболевания у исследуемой нами нозологической группы.

Выборка и методы исследования

Выборка. Исследование проводилось на базе городской психиатрической больницы № 6 Санкт-Петербурга. Выборку составили 30 мужчин в возрасте от 20 до 40 лет с диагнозом параноидная шизофрения (F20.0), находящиеся на стационарном лечении (психофармакотерапия, психокоррекционные/психотерапевтические мероприятия). На момент интервьюирования все респонденты пребывали в подостром состоянии/становлении ремиссии, соответствующем уровню данного вида исследования.

Все больные отбирались по качественным признакам: гомогенность болезненной симптоматики, психофармакологической терапии, а также наличие статуса «добровольной госпитализации» в психиатрический стационар и информированного согласия в истории болезни на участие в исследованиях и передачу данных о себе в «научных и учебных целях».

Ниже, в таблице № 1, представлены половозрастные и социальные характеристики опрошенных пациентов.

Таблица 1

Половозрастные и социальные характеристики респондентов

Характеристика исследуемой выборки		Количество человек	%
Всего испытуемых		30	100
Диагноз: шизофрения параноидная		30	100
Возраст	20—30, лет	17	56
	30—40, лет	13	44
Общий стаж заболевания	Менее 5 лет	16	53
	5—10 лет	10	33
	Более 10 лет	4	14
Количество госпитализаций	Менее 2-х	18	60
	5—10	9	30
	Более 10	3	10
Образование	Средне-специальное, незаконченное	4	13
	Средне-специальное, законченное	12	40
	Высшее, незаконченное	6	20
	Высшее, законченное	8	27
Семейное положение	В браке	8	27
	В разводе	7	23
	Холост	15	50
Характеристики рабочего статуса	Работаю (больничный, перерыв)	16	53
	Не работаю	7	23
	Работаю, инвалидность (рабочая группа)/ Пенсия	5	17
	Не работаю, инвалидность (рабочая группа)/ Пенсия	2	7

Методики. Дизайн исследования включал в себя: опросник выраженности психопатологической симптоматики SCL-90; методику диагностики ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга «YSQ-S3R»; структурированную анкету для фиксации социально-демографических данных респондентов.

Математическая обработка данных проводилась с использованием программы SPSS. Для обработки имеющихся данных мы использовали описательную статистику; для выявления взаимосвязей показателей ранних дезадаптивных схем и психопатологической симптоматики — непараметрический корреляционный анализ Спирмена.

Результаты исследования и их обсуждение

Исследование выраженности и структуры симптоматики проводилось с помощью опросника SCL-90.

По результатам обработки методики были выявлены следующие значения по шкалам (в сравнении с нормой):

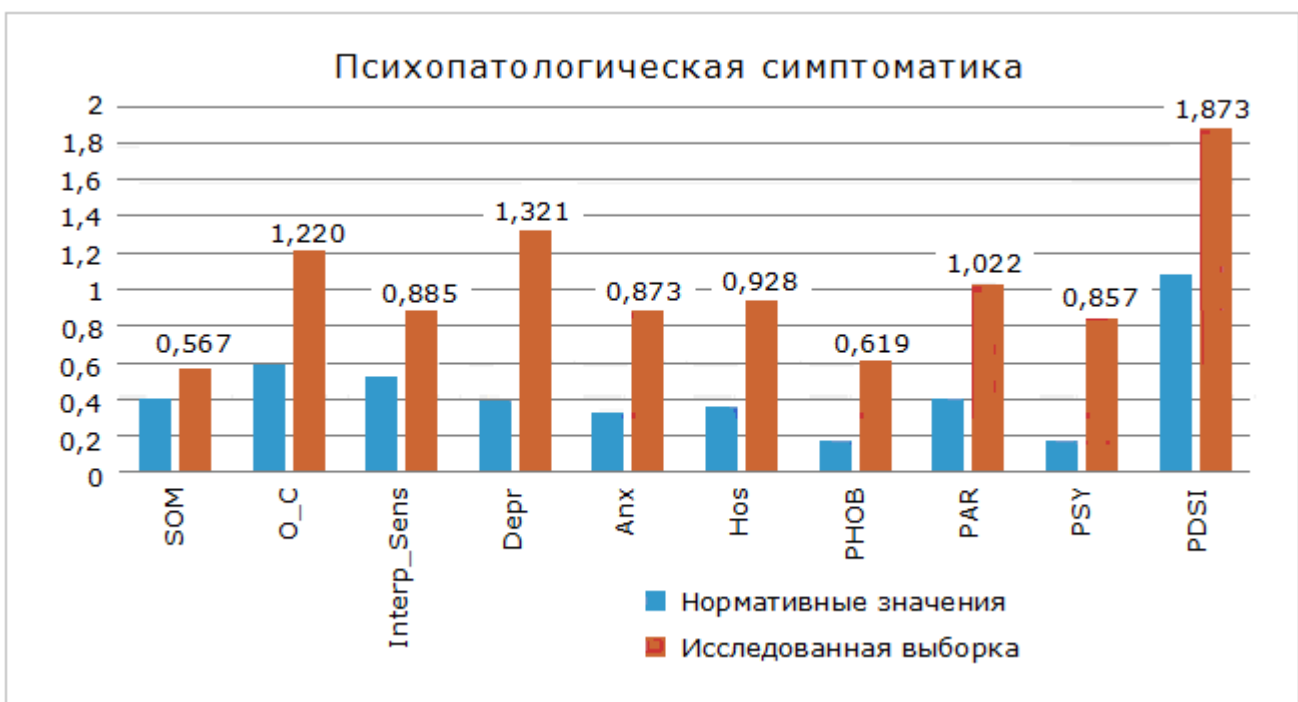


Рис. 1. Средние значения показателей шкал методики SCL-90-R в исследованной группе и нормативные значения.

Результаты показателей по шкалам опросника выраженности психопатологической симптоматики ожидаемо выше нормы (рис. 1).

Напомним, что повышенное значение по шкале SOM (соматизация), свидетельствует о присутствии у респондентов дистресса, возникающего на фоне телесной дисфункции. Компонентами этой симптоматики являются также различные боли и дискомфорт и также соматические эквиваленты тревожности. Шкала O-C (обсессивность—компульсивность) подтверждает тот факт, что у людей, страдающих шизофренией, бывают мысли, импульсы и действия, непроизвольно возникающие в сознании через неопределенные промежутки времени. Повышенные показатели по шкале INTERP_SENS (межличностная сензитивность) показывают, что в процессе межличностного взаимодействия больные зачастую испытывают беспокойство и заметный дискомфорт. Шкала DEP (депрессия) демонстрирует нам депрессивные состояния участников исследования. При шизофрении часто наблюдаются признаки отсутствия интереса к жизни, недостаток мотивации и потеря жизненной энергии. Данные по шкале ANX (тревожность) свидетельствуют о склонности респондентов

ощущать нервозность, напряжение и дрожь, а также чувство опасности и страха, что свойственно больным шизофренией. Шкала НОС (враждебность) говорит о том, что респондентам свойственны мысли, чувства и действия, которые являются проявлениями негативного аффективного состояния злости, а также таких состояний, как агрессия, раздражительность и негодование. Шкала РНОВ (фобическая тревожность) свидетельствует о том, что больные часто испытывают стойкую реакцию страха на определенных людей, также на определенные места, объекты или ситуации. Шкала PAR (паранойальность) означает, что больным шизофренией свойственны проективные мысли, враждебность, подозрительность, напыщенность и иллюзии. Шкала PSY (психотизм) говорит о том, что больные вследствие наличия заболевания склонны к избегающему, изолированному стилю жизни. Шкала PSDI свидетельствует о выраженности и интенсивности индекса личного симптоматического дистресса у респондентов.

Таким образом, показатели психопатологической симптоматики демонстрируют соответствие исследуемой клинической группе, и они ожидаемо выше нормы, что может говорить о гомогенности нашей выборки и соответствии критериям включения респондентов.

Данные, характеризующие представленность ранних дезадаптивных схем в исследованной выборке, даны в таблице 2.

Таблица 2

Представленность ранних дезадаптивных схем у исследуемой выборки

Домен	Схема	Данные выборки	Среднее по домену
1. Нарушение связи и отвержение	Покинутость/нестабильность	36,13	28,56
	Недоверие/ожидание жестокого обращения	28,27	
	Эмоциональная депривированность	28,53	
	Дефективность/стыд	17,07	
	Социальная отчужденность	32,80	
2. Нарушенная автономия	Зависимость/некомпетентность	28,93	28,90
	Уязвимость	28,40	
	Спутанность/неразвитая идентичность	29,07	
	Неуспешность	29,20	
3. Нарушенные границы	Привилегированность/грандиозность	36,80	39,47
	Недостаток самоконтроля	42,13	
4. Направленность на других	Покорность	37,73	42,67
	Самопожертвование	41,73	
	Поиск одобрения	48,53	
5. Сверхбдительность и запреты	Негативизм/пессимизм	35,87	39,93
	Подавление эмоций	36,13	
	Жесткие стандарты/придирчивость	49,47	
	Пунитивизм	38,27	

Данные, представленные в таблице 2, свидетельствуют о том, что наибольшее значение обнаружено по домену 4 «Направленность на других». Отметим, что домен «Нарушение связи и отвержение» отражает ожидание того, что потребности пациента в защите, безопасности, стабильности, опеке, эмпатии, принятии, одобрении и уважении не удовлетворяются. В типичной семейной истории таких пациентов — спутанность семейных ролей, отсутствие внутрисемейных личных границ, подрыв уверенности ребенка в себе, гиперопека или провал попытки подготовить ребенка к успешному проявлению себя вне семьи.

Следующим по представленности является домен 5 «Сверхбдительность и запреты», который отражает придание чрезмерного значения подавлению своих спонтанно возникающих чувств, импульсов и предпочтений или выработку жестких внутренних правил, касающихся этичности поведения, часто в ущерб собственному счастью, самореализации, расслаблению, самовыражению, близким отношениям и здоровью. Для семей таких пациентов характерны жестокость, деспотичность, требовательность, иногда применение наказаний; наличие множества обязательств, перфекционизм, следование правилам, скрывание эмоций, избегание возможных ошибок превалируют над получением удовольствия, радости и релаксации. Обычно скрытые тенденции к пессимизму и тревожности выходят на поверхность, если пациенту не удастся быть бдительным и осторожным в течение всего времени.

Далее следует домен 3 — «Нарушенные границы», показывающий дефицит внутренних границ, ответственности перед другими, долгосрочной ориентации на цель. Данная группа ранних дезадаптивных схем приводит к сложности в уважении прав других людей, в сотрудничестве с другими и в становлении реалистичных целей. Для семей таких пациентов характерны попустительство, баловство, нехватка руководства и воспитание чувства превосходства вместо соответствующей конфронтации, дисциплины и взятия на себя ответственности (в разумных пределах), обоюдного сотрудничества и постановки реалистичных целей.

Следующий — домен 2 «Нарушенная автономия» — это ожидания (от себя и окружающего мира), которые сталкиваются с пониженной способностью к сепарации, выживанию, независимому функционированию и успешному проявлению себя.

И, наконец, домен 1 — «Нарушение связи и отвержение». Его характеристика: это ожидание того, что потребности пациента в защите, безопасности, стабильности, опеке, эмпатии, принятии, одобрении и уважении не были удовлетворены. В семейной истории таких пациентов характерно изолированное (обособленное), холодное, отвергающее, взрывное, непредсказуемое или жестокое поведение.

Рассмотрим взаимосвязь ранних дезадаптивных схем и психопатологической симптоматики. Достоверные взаимосвязи, выявленные в ходе корреляционного анализа, представлены далее на рисунке 2.

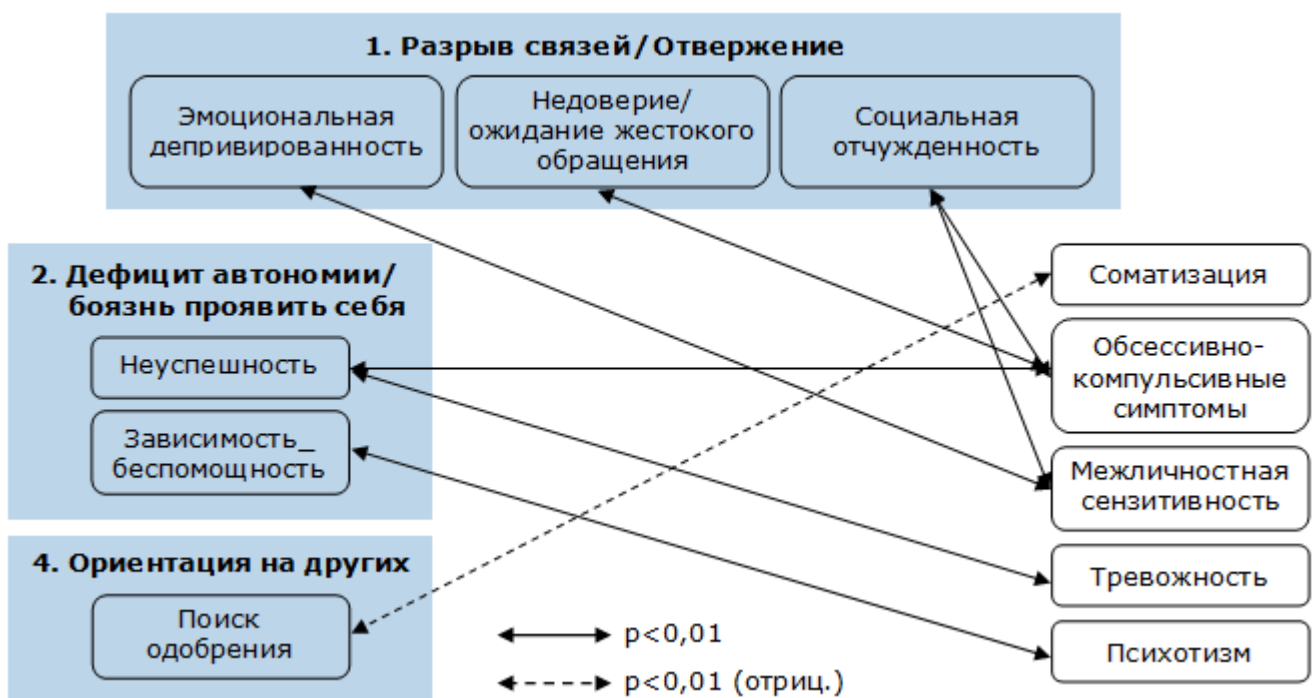


Рис. 2. Структура взаимосвязи ранних дезадаптивных схем с психопатологической симптоматикой

Прежде чем приступить к интерпретации взаимосвязей, отметим, что на рисунке изображены только связи, значимые на уровне $p < 0,01$, так как, если учитывать связи уровня $p < 0,05$, то, ввиду их огромного количества, не будет возможным представить их в репрезентативном для понимания виде.

Как видно из рисунка 2, ранние дезадаптивные схемы связаны с пятью показателями психопатологической симптоматики («Соматизация», «Обсессивно-компульсивные симптомы», «Межличностная сензитивность», «Тревожность» и «Психотизм»).

Наибольшее количество взаимосвязей выявлено с доменом «Разрыв связей/Отвержение».

Мы можем предполагать, что ребенок, столкнувшийся с какими-либо неблагоприятными событиями в детстве, может сформировать особую модель взаимодействия с собой и окружающим миром (дезадаптивную схему), в которой нет предсказуемости, ощущения безопасности и стабильности. Это способно привести к мыслям, импульсам и действиям, произвольно возникающим в сознании, что характерно для обсессивно-компульсивной симптоматики, или же к беспокойству и заметному дискомфорту в межличностном взаимодействии, а также к негативным ожиданиям относительно любых коммуникаций с другими людьми, что характерно для межличностной сензитивности.

Немаловажным будет отметить, что в этой части наше исследование частично подтверждает данные исследования Bortolon С. и др., изучавших взаимосвязь ранних дезадаптивных схем с позитивными симптомами шизофрении. В данном иностранном исследовании 3 из 6 значимых схем, связанных с позитивной симптоматикой шизофрении, были именно из домена «Разрыв связей/Отвержение» [3].

Следующий по количеству связей домен — это «Дефицит автономии/Боязнь проявить себя», что также согласуется с исследованием Bortolon. 3 вида психопатологической симптоматики («Обсессивно-компульсивные симптомы», «Тревожность» и «Психотизм») имеют значимые взаимосвязи с данным доменом на уровне $p < 0,01$. Мы можем предполагать, что события детства способны приводить к устойчивой модели взаимодействия с собой и миром (дезадаптивной схеме), связанной с размытыми личностными границами, слабым эго, зависимым поведением, генерализованной тревогой и другими симптомами, которые могут привести к выраженной психопатологической симптоматике в виде тревожности и психотизма.

И, наконец, домен «Ориентация на других» связан с таким психопатологическим симптомом, как «Соматизация». Мы предполагаем, что ребенок может выработать схему взаимодействия, при которой ему нужно подстраиваться, быть крайне бдительным, постоянно думать о поведении и реакциях других, игнорируя тем самым свои чувства и переживания и находясь в постоянном напряжении. Как известно, соматизация как раз свидетельствует о присутствии у респондентов дистресса, возникающего на фоне телесной дисфункции. Полученные данные также согласуются с данными Bortolon С. и др. от 2013 года, подтверждающими связь данного домена с позитивной симптоматикой шизофрении.

Выводы

Полученные результаты могут говорить о том, что ранние дезадаптивные схемы в целом и вышеперечисленные домены в частности могут быть включены в качестве сопутствующего фактора или же предиктора в механизм формирования психопатологической симптоматики у пациентов с параноидной шизофренией. Ввиду устойчивости ранних дезадаптивных схем на протяжении жизни, их тесной связи с негативным детским опытом можно также предположить наличие причинно-следственной связи в виде модели «негативный детский опыт» — «ранние дезадаптивные схемы» — «психопатологическая симптоматика», что, безусловно, требует более детального изучения на расширенной выборке.

Результаты нашего исследования вносят вклад в понимание связи событий детства с симптоматикой у взрослых пациентов с параноидной шизофренией. Полученные данные могут быть полезны специалистам, работающим с данной нозологической группой, в частности, клиническим психологам, психиатрам и врачам-психотерапевтам, а также специалистам социальной сферы и сферы психического здоровья при разработке мер раннего вмешательства, ранней диагностики и профилактики в работе с детьми. Наличие взаимосвязи опыта, полученного в детстве, с симптоматикой параноидной шизофрении у взрослых говорит о важности заботы о психическом благополучии детей, так как это не только влияет на их жизнь в детстве, но и может иметь тяжелейшие последствия в будущем.

Дополнительно стоит указать, что у нашего исследования могут быть ограничения. Прежде всего отметим относительно небольшое количество респондентов в выборке (30 человек), а также возможные половые особенности, ввиду того, что все респонденты являлись мужчинами, страдающими параноидной шизофренией. Рекомендацией для дальнейшего изучения данной темы могло бы быть расширение выборки за счет количества, добавления эквивалентного количества респондентов женского пола и других клинических групп для сопоставления результатов, а также дополнительное изучение характеристик негативного детского опыта, которые могли бы быть связаны с ранними дезадаптивными схемами.

Литература

1. Касьяник П.М., Галимзянова М.В., Романова Е.В. Выраженность ранних дезадаптивных схем и режимов их функционирования у взрослых, обращавшихся и не обращавшихся за психологической помощью // Прикладная юридическая психология. – 2016. – № 2. – С. 75–83.
2. Петрюк П.Т. К изучению клиники параноидной формы шизофрении (обзор литературы) // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2010. – № 1-2. – С. 122–130.
3. Early maladaptive schemas predict positive symptomatology in schizophrenia: A cross-sectional study / C. Bortolon, D. Capdevielle, J.-Ph. Boulenger [et al.] // Psychiatry Research. – 2013. – Vol. 209, № 3. – P. 361–366. doi: 10.1016/j.psychres.2013.03.018
4. Harrop C., Trower P. Why does schizophrenia develop at late adolescence? // Clinical Psychology Review. – 2001. – Vol. 21, № 2. – P. 241–265. doi: 10.1016/s0272-7358(99)00047-1
5. Ross C., Read J. Antipsychotic medication: Myths and facts // Models of madness: Psychological, social and biological approaches to schizophrenia / edited by J. Read, L. Moshier, R. Bentall. – Hove, UK: Brunner-Routledge, 2004. – P. 101–113.
6. Rudegeair T., Farrelly S. Is all psychosis dissociative // Annual meeting of the International Society for the Study of Dissociation, Chicago, IL. – 2003.
7. Schizophrenia and city life / G. Lewis, A. David, S. Andréasson [et al.] // The Lancet. – 1992. – Vol. 340, № 8812. – P. 137–140. doi: 10.1016/0140-6736(92)93213-7
8. Shapiro D.L., Levendosky A.A. Adolescent survivors of childhood sexual abuse: The mediating role of attachment style and coping in psychological and interpersonal functioning // Child Abuse and Neglect. – 1999. – Vol. 23, № 11. – P. 1175–1191.
9. Simard V., Moss E., Pascuzzo K. Early maladaptive schemas and child and adult attachment: A 15-year longitudinal study // Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice. – 2011. – Vol. 84, № 4. – P. 349–366.
10. The long-term stability of early maladaptive schemas / L.P. Riso, S.E. Froman, M. Raouf [et al.] // Cognitive Therapy and Research. – 2006. – Vol. 30, № 4. – P. 515–529. doi: 10.1007/s10608-006-9015-z
11. Trower P., Chadwick P. Pathways to defense of the self: A theory of two types of paranoia // Clinical psychology: Science and Practice. – 1995. – Vol. 2, № 3. – P. 263–278.

12. Van der Kolk B.A. The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress // *Harvard Review of Psychiatry*. – 1994. – Vol. 1, № 5. – P. 253–265.
13. Young J.E. *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. – Professional Resource Exchange, 1990.
14. Young J.E., Klosko J.S., Weishaar M.E. *Schema Therapy: A practitioner's guide*. – New York, NY: Guilford Press, 2003. – 449 p.

Early maladaptive schemes and psychopathological symptoms in patients with paranoid schizophrenia

Davydova E.V.¹

E-mail: davidova.kate@hotmail.com

¹ Saint Petersburg State University

7/9 Universitetskaya Emb., St Petersburg 199034, Russia

Phone: +7 (812) 324-25-74

Abstract. The article is dedicated to the study of early maladaptive schemes in adult patients with paranoid schizophrenia. The aim of the study was the relationship between early maladaptive schemes as a possible concomitant factor or predictor in the development of psychopathological symptoms in this nosological group. The study design included the SCL-90 psychopathological symptom severity questionnaire; Jeffrey Young's "YSQ-S3R" early maladaptive schemes diagnostics method; as well as a structured questionnaire. Mathematical data processing was carried out using correlation analysis. The following results were obtained: 3 domains of early maladaptive schemes ("Break of relations/rejection", "Lack of autonomy/fear of expressing oneself", "Orientation to others") are associated with 5 indicators of psychopathological symptoms ("Somatization", "Obsessive-compulsive symptoms", "Interpersonal Sensitivity", "Anxiety" and "Psychoticism"). This may indicate that these domains can be included in the mechanism of the formation of psychopathological symptoms in patients with paranoid schizophrenia.

Key words: early maladaptive schemes; psychopathology; paranoid schizophrenia; schizophrenia; schema therapy.

For citation

Davydova E.V. Early maladaptive schemes and psychopathological symptoms in patients with paranoid schizophrenia. *Med. psihol. Ross.*, 2021, vol. 13, no. 3, p. 7. doi: 10.24412/2219-8245-2021-3-7 [in Russian, abstract in English].