

# Медицинская психология

УДК 159.911.76 - 056.34 +616.985.8 -056.34  
ББК Ю974.55

## ПСИХОМЕТРИЧЕСКИЙ МЕТОД В ОЦЕНКЕ ВИДОВ КОГНИТИВНОГО ДЕФЕКТА ПРИ ШИЗОФРЕНИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

*С.Е. Строгова*

Представлены материалы исследования формирования интеллектуального (когнитивно-го) дефекта при эндогенной психической патологии у детей и подростков. Описаны результаты психометрической диагностики уровня интеллекта у детей и подростков в норме и при эндогенной патологии. Сравнительный анализ выполнения теста Векслера группами детей и подростков с нормальным психическим развитием и при патологии показал наличие более низких показателей коэффициента интеллекта IQ при эндогенной психической патологии шизофренического спектра. Специальный анализ показателей IQ (вербальный и невербальный интеллект, а также общий интеллектуальный показатель) в клинической группе показал различия в формировании когнитивного дефекта у детей и подростков с диагнозом «детская шизофрения» и «шизотипическое расстройство». Равномерно сниженные показатели IQ (вербальный и невербальный интеллект, а также общий интеллектуальный показатель) в группе с диагнозом «детская шизофрения» дают основание рассматривать формирующийся при данном заболевании дефект как дефект олигофреноподобного типа.

*Ключевые слова:* детская шизофрения, когнитивный дефект, психометрическая диагностика, уровни интеллекта, дизонтогенез, диссоциация.

*Актуальность исследования.* В последние годы результаты анализа когнитивного и социального статуса детей и подростков при шизофрении (Корень, 2014) показывают, что нарушение когнитивного функционирования при этом заболевании является одной из его базовых характеристик. Однако эта проблема у детей и подростков с эндогенной психической патологией исследована не столь подробно. Когнитивный дефект принято определять как результат грубой задержки психического развития процессуального генеза, как синдром сложной структуры, с сочетанием признаков, сходных и с олигофренией, и с шизофреническими изменениями (Сухарева, 1974, Ковалев, 1993, Башина, 1989). Познавательная деятельность больных шизофренией может представлять собой ускоренное развитие одной стороны мыслительной деятельности с явной задержкой формирования другой и рассматривается как диссоциация, характеризующаяся парциальным искажением её сторон (Мелешко и соавт. 1986, Зверева, 2013). Психологическая квалификация структуры и видов когнитивного дефекта при шизофрении у детей и подростков относительно мало изуче-

на (Зверева, Коваль-Зайцев, 2010, Хромов, 2012). Неясен вклад фактора возраста в структуру формирования дефекта, отсутствует единое мнение в определении понятий «дефект» и «дефицит» (Зверева, 2013).

Комплексное применение психометрических и патопсихологических методик для оценки когнитивного дизонтогенеза при детской шизофрении, протекающей с аутистическими расстройствами, позволило А.А. Коваль-Зайцеву и Н.В. Зверевой выделить три вида когнитивного дизонтогенеза: искаженный, дефицитарный, регрессивно-дефектирующий. В них по-разному сочетаются отставание в развитии, норма развития и даже опережение развития отдельных компонентов психических функций (Зверева, Коваль-Зайцев, 2010). В отношении формирующегося дефекта при шизофрении подобного рода в доступной литературе работ не обнаружено, за исключением описания выявленного значительного снижения характеристик мышления по отношению к возрастной норме у детей с так называемым задержанным типом дизонтогенеза (по классификации О.П. Юрьевой) при шизофрении (Алейникова, 1985). В мировой ли-

тературе встречаются работы, описывающие интенсивное использование детского варианта шкалы Векслера для оценки когнитивного дефицита при шизофрении, отражены и определенное отставание от нормы, и особая возрастная динамика показателей коэффициента интеллекта IQ (Gochman, 2005), что обосновывает необходимость анализа и психологической верификации олигофреноподобного дефекта при шизофрении (Сухарева, 1974).

*Цель исследования.* Изучение своеобразия вариантов когнитивного дефекта при эндогенной психической патологии (расстройствах шизофренического спектра) в детском и подростковом возрасте.

*Материалы и методы.* В исследовании участвовали 123 ребенка и подростка в возрасте от 5 до 18 лет, в среднем 11 лет. В основную клиническую группу (экспериментальная группа, далее – ЭГ) вошли 60 больных (в том числе 26 девочек) с эндогенной психической патологией (варианты детской шизофрении), находившихся на обследовании и лечении в клинике Федерального государственного бюджетного учреждения «Научный центр психического здоровья» Российской академии медицинских наук (ФГБУ «НЦПЗ» РАМН) с диагнозами: «шизофрения, детский тип» (далее – подгруппа «ШДТ», шифр F20.8 по МКБ-10) – 42 человека, и «шизотипическое расстройство» (далее подгруппа «ШТР», шифр F21.x по МКБ-10) – 17 человек. Контрольную группу (далее – «КГ») численностью 63 человека (в том числе 26 девочек) составили учащиеся московских школ. В целом обе группы были уравнены по половозрастным характеристикам.

Диагностический инструментарий представлен тестом Д. Векслера (детский вариант), включающим 12 субтестов, направленных на определение вербального (ВИП) и невербального интеллектуального показателя (НИП) с расчетом на заключительном этапе обработки данных общего интеллектуального показателя (ОИП) (Филимоненко, Трофимов, 2013).

Все дети КГ обучались по программе средней общеобразовательной (массовой) школы, образовательный статус детей ЭГ представлен обучением в образовательных учреждениях нескольких видов: дошкольные образовательные учреждения (ДОУ, в том числе логопедический детский сад), средняя общеобразовательная школа (СОШ), коррекционная школа, надомное обучение (по про-

грамме коррекционной школы), а также не организованные обучением дети.

Половину численности больных подгруппы ШТР составили обучавшиеся в средних общеобразовательных школах, каждый пятый обучался в коррекционной школе. Среди больных в подгруппе ШДТ почти каждый третий обучался либо в средней и в коррекционной школе, а каждый четвертый получал надомное обучение.

### *Результаты и обсуждение*

Выполнение теста Векслера в полном объеме оказалось трудной задачей для 11 детей из ЭГ: методика была либо полностью недоступна, либо удалось вычислить только один параметр интеллекта (вербальный/невербальный), без определения общего интеллектуального показателя. У их здоровых сверстников подобных трудностей не возникло. В связи с этим полноценная обработка данных обследования оказалась применимой только к результатам 59 детей с расстройствами шизофренического спектра.

Сопоставлялись разные оценки уровня интеллекта у исследованных испытуемых. Первая оценка полученных значений коэффициентов интеллекта выносилась в соответствии с критериями определения 9 уровней (Филимоненко, Трофимов, 2013) по процедуре обследования и обработки результатов методики: первые 7 из них представлены уровнями «весьма высокий интеллект» (130 IQ баллов и выше), «высокий интеллект» (120–129 баллов), «хорошая норма интеллекта» (110–119 баллов), «средний уровень интеллекта» (90–109 баллов), «сниженная норма» (80–89 баллов), «пограничный уровень» (70–79 баллов), «умственный дефект» (менее 69 баллов).

Вторая оценка уровня интеллекта проводилась в соответствии с разрабатываемыми нами дополнительными параметрами общей оценки – «парциальный дефект» (в том случае, если представляется возможным вычислить хотя бы один параметр вербального либо невербального интеллекта), и «тотальный дефект» (в том случае, если выполнение методики полностью недоступно). Для второй процедуры предлагалось рассматривать интеллектуальный показатель как «высокий» (от 110 баллов и выше, 1-й уровень), «средний» (80–109 баллов – 2-й уровень) и «низкий» (79 баллов и ниже – 3-й уровень). Кроме того, был введен показатель выраженного дефекта

(4-й уровень), присваиваемый при недоступности перевода баллов в шкальные либо для вербального, либо для невербального показателей или сразу для двух этих показателей.

В соответствии с предлагаемыми авторами адаптации методики Векслера уровнями интеллекта было получено распределение численности испытуемых в сопоставляемых группах по уровню их интеллекта (рис. 1).

Дети в группах ЭГ и КГ существенно различались характером распределения по вариантам уровня интеллекта, определяемых в соответствии с базовой оценкой (см. рис. 1). В группе больных с эндогенной патологией более 40 % детей имели уже сформированный умственный дефект (который в группе нормы не встречается); средний уровень интеллекта у больных встречался только в 29 % случаев против 42 % в выборке детей и подростков из группы нормы. Очень высокий интеллект в группе нормы встречался у 11 %, а у больных детей только в 1 % случаев. Практически все межгрупповые различия достоверны по критерию Фишера при уровне значимости  $p \leq 0,01$ .

Распределение в соответствии с выделенными нами уровнями интеллекта для обследованных детей КГ и ЭГ (в подгруппах ШДТ и ШТР), представлено в табл. 1.

Очевидно, что здоровым детям в равной мере присущ высокий и средний уровень интеллекта, в то время как для детей в экспериментальных подгруппах характерно снижение уровня интеллекта по сравнению с их здоровыми сверстниками. В подгруппах ШДТ и ШТР подавляющее большинство детей имеют средний уровень интеллекта и ниже среднего, а у 11 обследованных отмечается очень низкий показатель интеллекта (на уровне выраженного

дефекта). Отмечаются существенные различия и в распределении пациентов экспериментальных подгрупп по уровню интеллекта: если в подгруппе ШТР большинство испытуемых обладает средним (56 % выборки) и низким интеллектом (22 %), то в подгруппе ШДТ наблюдается явное снижение результатов, отражающееся преобладанием в выборке пациентов с низким (42 % выборки), средним (31 %) и очень низким (21 %) уровнями интеллекта. Эти данные могут свидетельствовать о большей выраженности познавательного дефекта у детей и подростков с диагнозом шизофрении детского типа.

Таблица 1  
Распределение групп испытуемых по уровню IQ (модифицированная оценка)

Уровень интеллекта	Группы испытуемых					
	КГ		ШДТ		ШТР	
	n	%	n	%	N	%
Высокий (1-й)	32	51**	3	7**	2	11**
Средний (2-й)	30	48*	13	31*	10	56
Низкий (3-й)	1	1**	17	42**	4	22**
Дефект (4-й)	0	0	9	21	2	11

\*\* и \* – различия между показателями достоверны на уровне значимости  $p \leq 0,01$  и  $p \leq 0,05$  соответственно (по критерию Фишера).

В табл. 2 представлены средние значения измеряемых показателей интеллекта в сопоставляемых группах испытуемых.

Результаты у больных детей значительно ниже, чем у здоровых сверстников. В подгруппе ШДТ среднее значение ОИП находится на «пограничном уровне», а подгруппе

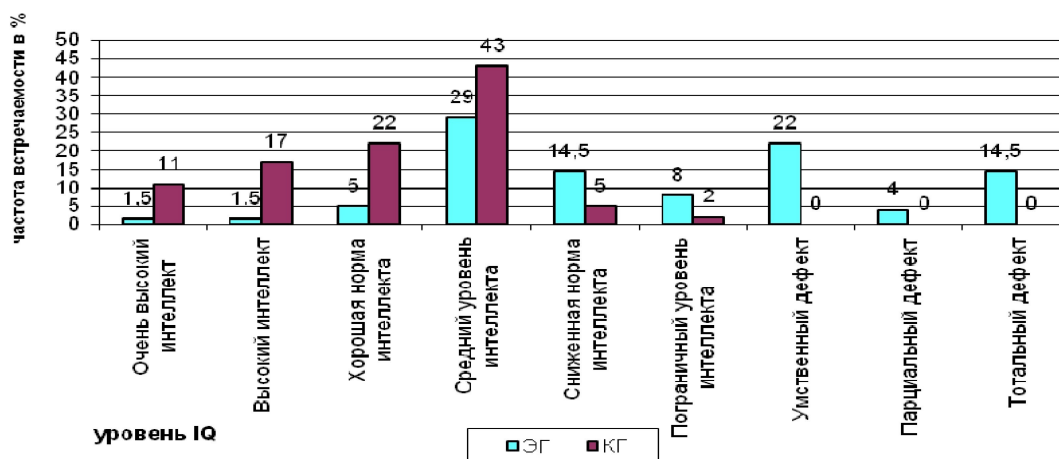


Рис. 1. Распределение испытуемых в группах ЭГ и КГ по девяти уровням значений коэффициента IQ (по критериям Филимоненко, Трофимова)

ШТР – на «среднем уровне». Описание своеобразия когнитивного дефекта в подгруппах больных требует учета частоты встречаемости соответствующих уровней развития интеллекта в сравниваемых группах.

Отдельно рассматривалась гармоничность–диссоциация уровня развития разных сторон интеллекта. Степень диссоциации оценивалась по нескольким параметрам:

1) сила корреляционной связи между показателями;

2) оценка направления разности показателей вербального (ВИ) и невербального интеллекта (НИ) при том, что положительная направленность определялась при превосходстве вербального интеллекта;

3) соотношение уровней (отсутствие диссоциации); одинаковый уровень ВИ и НИ, и один из двух видов диссоциации (уровень ВИ выше уровня НИ и наоборот).

Эти данные представлены на рис. 2.

У всех детей контрольной группы и детей обеих подгрупп экспериментальной группы доступность вербальных субтестов выше. Можно полагать, что это обусловлено тесной связью структуры субтестов с собственно академической успеваемостью (опирающейся на вербальные формы интеллекта), а также общей культурой.

В табл. 3 представлена частота встречаемости соотношений показателей ВИ и НИ в сопоставляемых группах.

Кроме того, была исследована корреляция показателей ВИ и НИ в каждой группе испытуемых, в том числе и в связи с характеристиками соотношения уровней ВИ и НИ в сопоставляемых группах испытуемых.

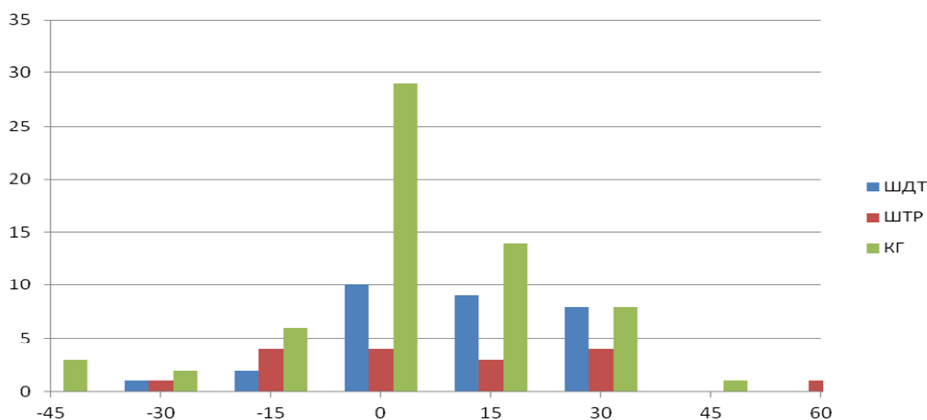


Рис. 2. Частота встречаемости различных вариантов разности показателей вербального и невербального интеллекта (ВИ - НИ) в обследованных группах детей: по оси абсцисс – значения разницы между количественными показателями ВИП и НИП, по оси ординат – частота встречаемости этой разницы в обследованных группах (%)

Таблица 2  
Средние показатели интеллекта в сопоставляемых группах

Вид интеллекта	Группы / показатели					
	КГ		ШДТ		ШТР	
	Хср	σ	Хср	σ	Хср	σ
Вербальный	108,6*	15,9	81,7*	21,3	91,6*	16,0
Невербальный	111,1*	15,4	78,7*	20,1	92,0*	20,0
Общий интеллектуальный показатель	110,7*	14,1	77,8*	22,5	90,5*	14,8

\* – различия значений между показателями в КГ и в подгруппах ЭГ значимы на уровне  $p \leq 0,05$ .

Таблица 3  
Численность испытуемых с различными характеристиками диссоциации по соотношению уровней интеллекта

Диагноз в подгруппе	Характеристики соотношения уровней вербального и невербального интеллекта					
	ВИ < НИ		ВИ = НИ		ВИ > НИ	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
ШДТ	9	24	13	34	16	42
ШТР	7	39	5	28	6	33
норма	20	32	22	35	21	33

В контрольной группе соотношения показателей вербального и невербального коэффициента имеют слабую, но достоверную корреляцию ( $r = 0,345$ ,  $p = 0,006$ ). Отмечается небольшая диссоциация, выражающаяся в большей доступности невербальных субтестов. По соотношению уровней ВИ и НИ испытуемые этой группы не демонстрируют

выраженной диссоциации (невербальный показатель в среднем на 2,5 балла выше вербального, различия недостоверны  $p = 0,276$ ). Все варианты соотношений интеллекта представлены равномерно.

В группе больных ШДГ обнаружена сильная значимая корреляция обоих показателей ( $r = 0,713$ ,  $p < 0,001$ ). Диссоциация отсутствует, все измеряемые параметры интеллекта равномерно снижены. По соотношению уровней ВИ/НИ эти больные не демонстрируют выраженной диссоциации (вербальный показатель в среднем на 3,0 балла выше невербального, различия недостоверны  $p = 0,305$ ). По частоте встречаемости соотношения уровней интеллекта (см. табл. 3) обнаружена диссоциация в пользу вербального.

В подгруппе пациентов ШТР обнаружено, что показатели ВИ и НИ не коррелируют между собой, что может быть отчасти обусловлено малочисленностью выборки. По соотношению ВИ/НИ эти больные не демонстрируют выраженной диссоциации (различия недостоверны  $p = 0,945$ ). По соотношению уровней интеллекта (см. табл. 3) диссоциация не прослеживается, а полученные данные сходны по своему распределению с результатами в контрольной группе.

Анализ выполнения отдельных субтестов показал, что при детском типе шизофрении «выпадающими» (наиболее трудными при выполнении) являются: среди вербальных субтестов – «понятливость», «арифметический» и «словарный», среди невербальных – «последовательные картинки» и «шифровка». Для детей с шизотипическим расстройством такими субтестами оказались: «осведомленность» и «словарный» (вербальные субтесты) и «недостающие детали», «последовательные картинки» и «шифровка». Успешно выполнялись пациентами с детским типом шизофрении субтесты «осведомленность» (вербальный интеллект) и «кубики Кооса» (невербальный интеллект), а детьми с шизотипическим расстройством «кубики Кооса» и «сложение фигур» (невербальные субтесты). При этом для здоровых детей практически не удавалось выделить безусловно успешные и безусловно неуспешные субтесты ни в вербальных, ни в невербальных заданиях.

### Заключение

Общий анализ длительности заболевания в обеих клинических группах не выявил значимых различий: в обеих группах длитель-

ность заболевания составляет в среднем около 8 лет, с разбросом этих значений от 2 до 12 лет – в подгруппе ШДГ, и от 1 до 17 лет – в подгруппе ШТР). Полученные данные подтверждают мнение о том, что в таких случаях среди основных выделяемых В.В. Лебединским факторов дизонтогенеза на первый план выступает не время поражения, а другие факторы (Лебединский, 1985). Можно полагать, что значение клинического диагноза может быть связано с фактором первичного и вторичного дефекта: по всей вероятности, в случае детской шизофрении более грубый первичный дефект и более выраженные проявления вторичного дефекта (например, низкий уровень школьной адаптации) проявляются в общем достаточно равномерном снижении интеллектуального развития детей на фоне развивающегося заболевания и формирующегося дефекта. В случае шизотипического расстройства выраженность первичного дефекта и последующих вторичных его проявлений не так существенна.

Полученные нами данные можно сопоставить и с материалами Н.В. Зверевой и А.И. Хромова (2014), в которых показано, что когнитивная дефицитарность более грубо проявляется при детском типе шизофрении (что подтверждено и в нашем исследовании); интеллектуальный дефект более заметен именно при этой форме эндогенной патологии.

Материалы проведенного исследования свидетельствуют о достоверном снижении интеллекта больных шизофренией детей и подростков по сравнению с их здоровыми сверстниками. Формирование интеллектуального дефекта происходит по-разному: при шизотипическом расстройстве выявляется, хотя и невысокий, но в пределах возрастной «нормы» уровень интеллекта, а у пациентов с детским типом шизофрении обнаруживается сформированный интеллектуальный дефект. Обращает на себя внимание, что для детей и подростков с эндогенной психической патологией и с низкими показателями интеллекта методика Д. Векслера становится более чувствительной при введении дополнительных способов оценки полученных данных и позволяет продемонстрировать более четко степень выраженности когнитивного дефекта. Наличие или отсутствие диссоциации показателей методики может говорить и о тяжести состояния, прежде всего, при шизофрении детского типа, когда чаще всего отмечается равномерное снижение всех показателей. В

отношении детей и подростков с шизотипическим расстройством можно думать о благоприятном прогнозе заболевания, поскольку за счет доминирования/преобладания одного из показателей интеллекта возможна компенсация менее успешного вида деятельности. Однако для более точной квалификации необходим анализ индивидуальных особенностей развития ребенка.

### Литература

1. Алейникова, С.М. Особенности развития мыслительной деятельности у детей, больных шизофренией: автореф. дис. ... канд. психол. наук / С.М. Алейникова. – М., 1985.
2. Башина, В.М. Ранняя детская шизофрения (статика и динамика) / В.М. Башина. – М.: Медицина, 1980.
3. Вроно, М.Ш. Шизофрения у детей и подростков / М.Ш. Вроно. – М.: Медицина, 1971.
4. Зверева, Н.В. Когнитивные нарушения и особенности познавательного развития при эндогенной психической патологии у детей и подростков / Н.В. Зверева // Психиатрия. – 2013. – № 3 (59).
5. Зверева, Н.В. Диагностика когнитивного дизонтогенеза при расстройствах шизофренического спектра в детском возрасте / Н.В. Зверева, А.А. Коваль-Зайцев // Мир психологии. – 2010. – № 1 (61).
6. Зверева, Н.В. Патопсихология детского и юношеского возраста / Н.В. Зверева, О.Ю. Казьмина, Е.Г. Каримулина. – М.: Академия, 2008.
7. Зверева, Н.В. Специфика когнитивного дефицита у детей и подростков при шизофрении: клинические и возрастные факторы / Н.В. Зверева, А.И. Хромов // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2014. – № 1 (24). – С. 7. – <http://mprj.ru> (дата обращения: 19.08.2014).
8. Ковалев, В.В. Психиатрия детского возраста / В.В. Ковалев. – М.: Медицина, 1979.
9. Корень, Е.В. Классификация в детской психиатрии в перспективе принятия МКБ-11. / Е.В. Корень, Т.А. Курьянова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2014. – № 2.
10. Критская, В.П. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание / В.П. Критская, Т.К. Мелешко, Ю.Ф. Поляков. – М.: Изд-во МГУ, 1991.
11. Лебединский, В.В. Нарушения психического развития у детей / В.В. Лебединский. – М.: МГУ, 1985.
12. Мелешко, Т.К. Особенности формирования познавательной деятельности у детей, больных шизофренией / Т.К. Мелешко, С.М. Алейникова, Н.В. Захарова // Проблемы шизофрении детского и подросткового возраста / под ред. М.Ш. Вроно. – М., 1986. – С. 147–160.
13. Симсон, Т.П. Шизофрения раннего детского возраста / Т.П. Симсон. – М.: Изд-во академии медицинских наук СССР, 1948.
14. Сухарева, Г.Е. Лекции по психиатрии детского возраста. Избр. главы / Г.Е. Сухарева. – М.: Медицина, 1974. – 320 с.
15. Филимоненко, Ю.И. Тест Векслера. Диагностика уровня развития интеллекта (Детский вариант): методическое руководство / Ю.И. Филимоненко, В.И. Тимофеев. – СПб.: ИМАТОН, 2011.
16. Хромов, А.И. Динамика когнитивного развития при эндогенной патологии у детей и подростков: автореф. дис. ... канд. психол. наук / А.И. Хромов. – СПб., 2012.
17. Gochman, P.A. IQ stabilization in childhood-onset schizophrenia / P.A. Gochman // Schizophrenia Research. – 2005. – Vol. 77, № 2–3. – P. 271–277.

**Строгова Светлана Евгеньевна**, аспирант отдела медицинской психологии, Научный центр психического здоровья РАМН (Москва), [pol-ncpz@ncpz.ru](mailto:pol-ncpz@ncpz.ru)

Поступила в редакцию 28 августа 2014 г.

---

**Bulletin of the South Ural State University**  
**Series "Psychology"**  
**2014, vol. 7, no. 4, pp. 37–43**

---

## PSYCHOMETRIC METHOD IN ASSESSING OF COGNITIVE DEFECT TYPES OF SCHIZOPHRENIA AT CHILDREN AND ADOLESCENTS

**S.E. Strogova**, Mental Health Research Center of the Russian Academy of Medical Sciences, Moscow, Russian Federation, [pol-ncpz@ncpz.ru](mailto:pol-ncpz@ncpz.ru)

Materials of researches of intellectual (cognitive) defect formation in children and adolescents with endogenous mental pathology are presented. There were described results of comparison

psychometric diagnostics of IQ at children and adolescents with endogenous pathology and normal ones. The analysis of implementation of the test of Wechsler groups of children and adolescents in norm of development and at pathology showed existence of lower indicators of IQ at endogenous mental pathology of a schizophrenic range. The special analysis of indicators of IQ (Verbal Scale, Performance Scale, and also Full Scale) in clinical group showed distinctions in formation of the cognitive defect at children and teenagers with the diagnosis "children-onset schizophrenia" (F20.8 in Russian version of ICD-10) and "schizotypal disorder (F21.x)." For group with the diagnosis children's schizophrenia were characteristic evenly lowered indicators of IQ (Verbal Scale, Performance Scale, Full Scale). It gives the grounds to consider the nascent defect in children-onset schizophrenia as defect of oligofrenic type.

*Keywords: children's schizophrenia, cognitive defect, psychometric diagnostics, intelligence quotient, dysontogenesis, dissociation.*

### References

1. Aleynikova S.M. *Osobennosti razvitiya myslitel'noy deyatel'nosti u detey, bol'nykh shizofreniy* Avtoreferat diss. kand. psikh. nauk. [Features of development of cogitative activity at the children with schizophrenia], Cand. psychol. sci. avtoreferat [PhD thesis abstract], Moscow, 1985. (in Russ.).
2. Bashina V.M. *Rannaya detskaya shizofreniya (statika i dinamika)* [Early Childhood Schizophrenia (Static and Dynamic)]. Moscow, Meditsina Publ., 1980. (in Russ.).
3. Vrono M.Sh. *Shizofreniya u detey i podrostkov* [Schizophrenia of Children and Adolescents]. Moscow, Meditsina Publ., 1971. (in Russ.).
4. Zvereva N.V. *Kognitivnye narusheniya i osobennosti poznavatel'nogo razvitiya pri endogennoy psikhicheskoy patologii u detey i podrostkov* [Cognitive disorders and peculiarities of cognitive development in children and adolescents with endogenous mental disorders]. *Psychiatry*, 2013, no. 3 (59). (in Russ.).
5. Zvereva N.V., Koval'-Zaytsev A.A. *Diagnostika kognitivnogo dizontogeneza pri rastroystvakh shizofrenicheskogo spektra v detskom vozraste* [Diagnosis of cognitive dysontogenesis with schizophrenia spectrum at children's age] *Mir psichologii* [World of psychology], 2010, no. 1(61). (in Russ.).
6. Zvereva N.V., Kaz'mina O.Yu., Karimulina E.G. *Patopsikhologiya detskogo i yunosheskogo vozrasta* [Pathopsychology of childhood and adolescence], Moscow. Publ Academy, 2008. (in Russ.).
7. Zvereva N.V., Khromov A.I. *Spetsifika kognitivnogo defitsita u detey i podrostkov pri shizofrenii: klinicheskie i voznrastnye factory* [Specifics of cognitive deficiency at children and teenagers at schizophrenia: clinical and age factors] *Medical psychology in Russia: electronic scientific magazine*, 2014, no. 1 (24), C. 7.
8. Kovalev V.V. *Psikhiatriya detskogo vozrasta* [Psychiatry of childhood]. Moscow, Meditsina Publ., 1979. (in Russ.).
9. Koren E.V., Kupriyanova T.A. *Klassifikacija v detskoj psihiatrui v perspektive prinjatija MKB-11* [Classification in child psychiatry in the perspective of future ICD-11]. *Social and clinical psychiatry*, 2014, no. 2. (in Russ.).
10. Kritskaya V.P., Meleshko T.K., Polyakov Yu.F. *Patologiya psikhicheskoi deyatel'nosti pri shizofrenii: motivatsiya, obshchenie, poznanie* [Pathology of mental activity in schizophrenia: +motivation, communication, cognition]. Moscow, Izd-vo MGU Publ., 1991. (in Russ.).
11. Lebedinskiy V.V. *Narusheniya psikhicheskogo razvitiya u detey* [Disorders of Mental Development in Children]. Moscow, MGU Publ., 1985. (in Russ.).
12. Meleshko T.K., Aleynikova S.M., Zakharova N.V., Vrono M.Sh. (Ed.) *Osobennosti formirovaniya poznavatel'noy deyatel'nosti u detey, bol'nykh shizofreniy. Problemy shizofrenii detskogo i podrostkovogo vozrasta* [Features of the formation of cognitive activity in children with schizophrenia. In: Vrono M.Sh. (Ed.) Problems of schizophrenia in childhood and adolescence]. Moscow, 1986. (in Russ.).
13. Simson T.P. *Shizofreniya rannego detskogo vozrasta*. [Schizophrenia of early childhood]. Publishing house of the Academy of medical Sciences USSR, Moscow, 1948. (in Russ.).
14. Suhareva G.E. *Lekcii po psihiatrui detskogo vozrasta*. [Lectures on psychiatry childhood] Selected chapters. Moscow, Meditsina Publ., 1974. (in Russ.).
15. Filimonenko Ju.I., Timofeev V.I. *Test Vekslera. Diagnostika urovnja razvitija intellekta (Detskij variant): metodicheskoe rukovodstvo* [Wechsler Test. Diagnostics of the level of development of intelligence (Children's option): methodical guide]. IMATON, St. Petersburg, 2011. (in Russ.).
16. Khromov A.I. *Dinamika kognitivnogo razvitiya pri endogennoy patologii u detey i podrostkov*. Avtoreferat diss. kand. psikh. nauk. [Dynamics of Cognitive Development when Endogenous Pathology in Children and Adolescents. Abstract of cand. diss.]. St. Petersburg, 2012. (in Russ.).
17. Gochman, P.A. *IQ stabilization in childhood-onset schizophrenia*. *Schizophrenia Research*. 2005. Vol. 77, no. 2–3, pp. 271–277.

Received 28 August 2014