

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИКИ «КОМПЛЕКСНАЯ ФИГУРА РЕЯ – ОСТЕРРИТА» ПРИ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ОЦЕНКЕ КОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА В КЛИНИКЕ ПЕРВИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

**Б.Б. Ершов<sup>1</sup>, А.И. Колчев<sup>2</sup>, А.Н. Гвоздецкий<sup>3</sup>, Н.А. Даева<sup>4</sup>,  
М.В. Петров<sup>5</sup>, А.В. Тагильцева<sup>6</sup>**

<sup>1</sup> Северно-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург

<sup>2</sup> Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург

<sup>3</sup> Санкт-Петербургский государственный университет, г. Санкт-Петербург

<sup>4</sup> Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена, г. Санкт-Петербург

<sup>5</sup> Городской психоневрологический диспансер № 1; г. Санкт-Петербург

<sup>6</sup> Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, г. Санкт-Петербург

По данным литературы и на материале эмпирического исследования 61 пациента рассматривается эффективность использования стандартизированной методики «Комплексная фигура Рея – Остеррита» в оценке когнитивного дефицита у пациентов с шизофренией и аффективными психическими расстройствами. Обсуждается дифференциально-диагностическое значение количественных и качественных показателей методики в контексте первичной и дифференциальной нейропсихологической диагностики первичных психических расстройств. Сравнение указанных групп пациентов и сопоставление их с нормативными данными по параметрам конструктивных навыков и зрительно-моторного запоминания выявляет умеренно выраженное снижение конструктивных навыков в больных шизофренией, тогда как различие параметров зрительно-моторного запоминания не достигает статистической значимости. Делается вывод о том, что нарушения зрительно-моторных конструктивных навыков, зрительно-моторного запоминания характерны только для части пациентов с шизофренией и, еще в меньшей степени, для пациентов с аффективными расстройствами, поэтому возможности применения данной методики с целью решения задач дифференциально-диагностической нейропсихологической оценки ограничены.

*Ключевые слова:* тест комплексной фигуры «Рея – Остеррита», когнитивный дефицит, конструктивные навыки, зрительно-пространственная память, шизофрения, аффективные расстройства.

### Введение

Актуальность нейропсихологической оценки когнитивного дефицита у пациентов с шизофренией и аффективными психическими расстройствами определяется важным дифференциально-диагностическим значением характеристик когнитивной деятельности для определения нозологической специфичности, структуры и степени выраженности нарушений, прогноза заболевания, методов лечения и коррекции. Несмотря на обилие существующих публикаций по этой теме, сохраняется и

новизна проблемы применения нейропсихологического подхода к дифференциальной оценке пациентов с первичными психическими расстройствами. Прежде всего, такой вывод представляется важным в связи со сравнительной ограниченностью в отечественной практике набора стандартизированных методов, предполагающих количественную оценку и обеспечивающих возможность объективного сопоставления нозологических групп.

Результаты некоторых сравнительных исследований когнитивного дефицита пациен-

тов с шизофренией и аффективными психическими расстройствами указывают, среди прочих когнитивных нарушений, на дефицит конструктивных навыков, зрительно-пространственной и зрительно-моторной памяти. Так в работе С.В. Ткаченко и А.В. Бочарова (1991) при нейропсихологическом обследовании пациентов с шизофренией и аффективными расстройствами среди других нейропсихологических нарушений отмечено ослабление «зрительно-пространственного фактора» при выполнении различных проб, включая распознавание, копирование и запоминание зрительных стимулов. В исследовании австралийских ученых (Gogos A. et al., 2010) также выявлено снижение конструктивных навыков, кратковременной и долговременной зрительно-моторной памяти как у больных шизофренией, так и у пациентов с биполярным расстройством.

Имеются данные и о неоднородности нарушений конструктивных навыков и зрительно-моторной памяти в группах больных шизофренией и аффективными расстройствами. В работе Czobor P. et al. (2007) показано, что снижение невербальных конструктивных навыков более характерно для больных шизофренией, чем для пациентов с биполярным расстройством. В обширном обзоре голландских ученых (Krabbandam L. et al., 2005), охватывающем 31 эмпирическое исследование, доказывается, что при эквивалентности клинических и демографических характеристик пациенты с шизофренией в стабильном периоде заболевания уступают пациентам с биполярным расстройством вне обострения по 9 из 11 изученных параметров когнитивной деятельности, в том числе и по оценкам долговременной зрительно-моторной памяти. Эти данные позволяют предполагать, что нарушения конструктивных навыков, кратковременной и долговременной зрительно-пространственной памяти могут иметь значение при решении задач дифференциальной нейропсихологической диагностики шизофрении и аффективных расстройств.

В настоящее время в зарубежной нейропсихологии разработано и внедрено в практику значительное число различных нейропсихологических тестов и стандартизированных батарей методик, ориентированных как на качественную, так и количественную оценку структуры и степени выраженности когнитивных нарушений и обла-

дающих весомым диагностическим потенциалом для решения дифференциально-диагностических задач в клинике психических расстройств. В контексте проблемы оценки когнитивного дефицита при шизофрении и аффективных расстройствах приоритетным является использование диагностических комплексов, составленных из усложненных (сенсibiliзированных) тестовых заданий. Успешность выполнения таких заданий требует эффективной интеграции различных процессов и способностей, навыков испытуемого в контексте целенаправленного поведения. Известно, что именно эти функции обнаруживают наибольшую уязвимость с развитием и течением заболевания, а степень их нарушения обладает высокой значимостью при определении прогноза.

Всем перечисленным условиям, как представляется, соответствует стандартизированная методика «Тест комплексной фигуры Рея – Остерриета» (The Handbook of Rey-Osterrieth Complex Figure Usage..., 2003).

Эта методика предназначена для количественной и качественной оценки зрительно-конструктивных навыков, непосредственного и отставленного (отсроченного) зрительно-моторного запоминания. Результаты применения методики позволяют судить о состоянии или об уровне развития исполнительских функций (организации, планирования и контроля деятельности, навыков решения проблем), а также, в некотором приближении, о продуктивности невербального интеллекта. Процедура выполнения методики заключается в копировании сложной графической фигуры по представленному образцу с последующим воспроизведением этой фигуры по памяти: непосредственно сразу после копирования (немедленное воспроизведение) и повторно, через 20–30 минут (отставленное воспроизведение). Необходимо отметить, что испытуемого заранее не предупреждают о необходимости запоминать фигуру, то есть задания на немедленное и отложенное воспроизведение фигуры являются для испытуемого неожиданными.

Разработаны несколько различных конкурирующих между собой систем оценки результатов выполнения методики. Для количественной оценки наличия копирования и воспроизведения составных элементов комплексной фигуры, с сохранением их точности и качественных особенностей, в каждой системе разработаны собственные критерии.

В одной из систем, а именно в Бостонской Системе Качественной Оценки (Boston Qualitative Scoring System) для теста «Комплексной фигуры Рея – Остеррита» соединен психометрический количественный подход с возможностью качественного анализа изображения (асимметрия, размеры и наклон рисунка и т. п.), количественная регистрация феноменов персеверации и конфабуляции элементов фигуры, параметров планирования, стиля и уровня организации.

Усилиями Л.И. Вассермана и Т.В. Чередниковой была осуществлена рестандартизация Бостонской системы оценки методики «Комплексная фигура Рея – Остеррита» на репрезентативной отечественной выборке взрослых от 18 до 80 лет с последующей апробацией на различных клинических группах (Вассерман, Чередникова, 2011).

Опыт применения данной методики в клинической нейропсихологической диагностике убедительно продемонстрировал ее эффективность для исследования когнитивного дефицита при неврологических заболеваниях, диффузной и локальной патологии головного мозга у детей, взрослых и лиц пожилого возраста (The Handbook of Rey-Osterrieth Complex Figure Usage..., 2003).

Основную задачу в описываемом исследовании составляло изучение дифференциально-диагностического значения количественных и качественных параметров теста в нейропсихологической оценке когнитивной сферы пациентов с шизофренией и аффективными расстройствами.

#### **Выборка и методы исследования**

В исследовании приняли участие 61 пациент (в том числе 44 женщины и 17 мужчин) в возрасте от 25 до 45 лет, все с выраженной праворукостью. У 29 человек из них был установлен клинический диагноз «шизофрения параноидная» (код F20.0 по Международной классификации болезней 10-го пересмотра, МКБ-10), у 19 – диагноз «биполярное аффективное расстройство» (код F33 по МКБ-10). Все испытуемые на момент обследования находились в стабильном состоянии, получали поддерживающее лечение.

Исследование проводилось в городских психоневрологических диспансерах № 1 и № 7 города Санкт-Петербурга.

Итоговые суммарные оценки выполнения теста комплексной фигуры Рея – Остеррита

пациентами сравнивались с нормативами, полученными на отечественной выборке в результате процедуры рестандартизации (Вассерман, Чередникова, 2011). Для сравнения качественных оценок клинической группы дополнительное исследование было проведено на выборке психически здоровых испытуемых (численностью 24 человека, в том числе 8 мужчин и 16 женщин, в возрасте 20–31 год, все со средним и высшим образованием). Для повышения точности результатов, обработку и анализ протоколов осуществлял один и тот же специально подготовленный специалист.

Социально-демографические и клинические характеристики пациентов представлены в табл. 1.

По данным табл. 1, изучаемые группы пациентов сопоставимы по основным социально-демографическим и клиническим характеристикам. В каждой группе преобладают лица женского пола. Имеют место различия по уровню образования и трудовому статусу: пациенты с аффективными психическими расстройствами чаще имели высшее образование, многие из них на момент исследования сохранили работоспособность и постоянное место работы. Вполне ожидаемы различия и в характере получаемого лечения, что, предположительно, могло сказаться на полученных данных.

#### **Основные результаты и их анализ**

Описание полученных эмпирических данных производилось с помощью характеристик положения (мер центральной тенденции) и характеристик рассеяния, причем для количественных данных использовались характеристики среднего арифметического и стандартного отклонения ( $M \pm \sigma$ ), для порядковых данных – значения медианы и доверительный интервал для медианы ( $Md[CI]$ ). Дискретные и качественные данные указаны в виде количества наблюдений ( $n$ ). Для показателей фигуры строилась логистическая регрессия с проверкой гипотезы равенства нулю значений коэффициентов регрессии. Если гипотеза отклонялась, то производилось попарное сравнение контрастов. В качестве коррекции на множественные сравнения использовалась поправка Бенъямин-Йекутили. Пропущенные значения игнорировались, выбросы не подвергались преобразованию. Для статистического анализа полученного материала был

Социально-демографические и клинические характеристики пациентов

Характеристики групп	Клиническая группа	
	Шизофрения параноидная	Аффективные расстройства
Общая численность (n)	29 11,31	32 12,06
Социально-демографические характеристики		
Возраст (в годах), (M±σ)	34,2±9,2 9,2	35,3±7,8
Пол: женщины/мужчины	19/10 13,86	25/7 13,86
Образование: среднее/высшее	16/13 13,86	11/21 13,86
Длительность обучения (годы)	14,0±2,3	15,0±2,0
Трудовой статус: работает/нет	4/25 13,86	20/12 13,86
Клинические характеристики		
Возраст манифестации болезни (в годах, M±σ)	24,7±6,9	23,2±6,9
Длительность заболевания, (M±σ)	9,6±6,9	11,9±9,1
Количество госпитализаций, (M±σ)	3,0±1,7	3,1±3,7
Количество эпизодов болезни, (M±σ)	4,4±3,3	4,9±4,1
Получаемое лечение (группа психофармакологических препаратов)		
Типичные нейролептики (n/%)	13 (44,8)	5 (19,2)
Атипичные нейролептики (n/%)	19 (65,5)	15 (57,7)
Антидепрессанты (n/%)	4 (13,8)	18 (69,2)
Транквилизаторы (n/%)	3 (10,3)	5 (19,2)
Холинолитики (n/%)	8 (27,6)	1 (3,8)
Нормотимики (n/%)	5 (17,2)	13 (52,0)

использовано компьютерное приложение R (в v.3.2.3) – программное обеспечение (программная среда) для статистической обработки данных и работы с графикой, свободно распространяемое в рамках проекта GNU (в виде дистрибутивов (в виде дистрибутивов GNU/Linux).

Вероятность ошибки первого рода контролировалась на уровне 0,05.

Основные результаты исследования представлены в табл. 2 и на рис. 1.

Существенное расхождение с нормативными оценками выявлено только по показателю «наличие и точность при копировании», при этом статистическая значимость этого расхождения невелика ( $p < 0,05$ ). По всем остальным суммарным показателям достоверных различий выявить не удалось. В тоже время, можно заметить низкие значения размера доверительного интервала по показателям «наличие и точность при копировании», «наличие и точность при отсроченном воспроизведении», а также «объем отсроченного воспроизведения» у пациентов, страдающих

шизофренией (которые в группе пациентов с аффективными психическими расстройствами практически не встречались).

По качественным оценкам, пациенты с шизофренией достаточно достоверно ( $p < 0,01$ ) уступали психически здоровым испытуемым по показателям «точность образующих элементов при отставленном воспроизведении», «наличие кластеров при отставленном воспроизведении», а также «наличие деталей при немедленном воспроизведении». Качественные оценки пациентов с аффективными расстройствами занимали как бы промежуточное значение между оценками пациентов с шизофренией и психически здоровых испытуемых, и ни по одному из параметров различия не превышали установленного в настоящем исследовании значения статистической достоверности ( $p < 0,01$ ).

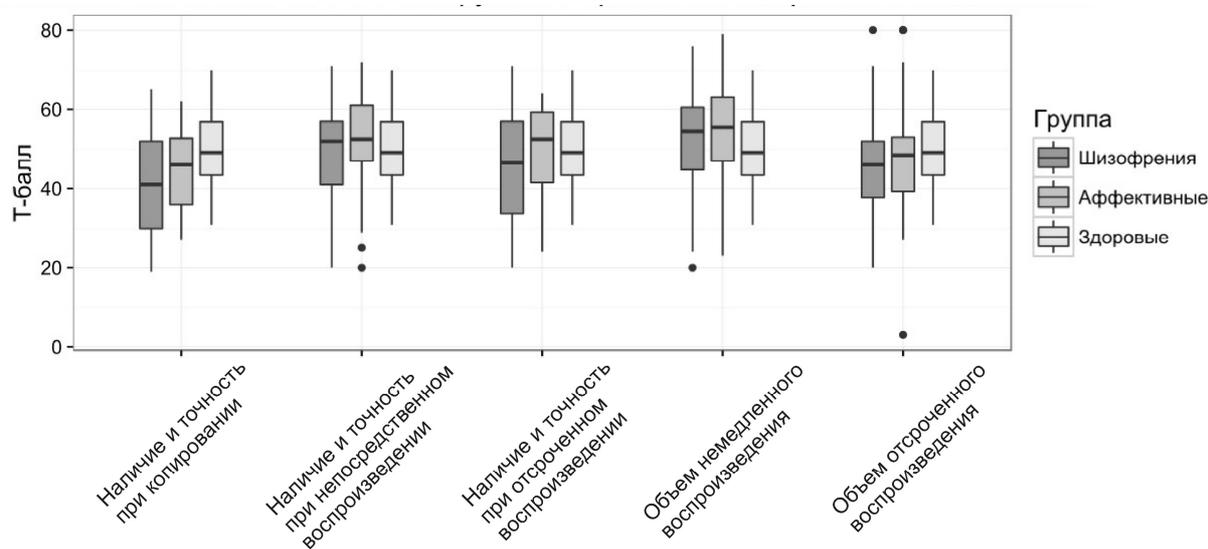
#### Обсуждение результатов и выводы.

В работе Sullivan E.V. et al. (1992), в которой среди прочих методик был использован тест комплексной фигуры Рея –

Таблица 2

Сравнение суммарных оценок выполнения пациентами теста комплексной фигуры Рея – Остеррита с нормативными показателями

Параметр теста фигуры Рея – Остеррита (Т-балл)	Шизофрения параноидная Md[CI]	Аффективные расстройства Md[CI]	Нормативные показатели Md[CI]	$\chi^2$	p
Наличие и точность при копировании	41 [30; 52]	46 [41; 52]	49,2 [45,1; 55,8]	8,27	0,016
Наличие и точность при непосредственном воспроизведении	52 [41; 57]	52,5 [47; 60]	49,2 [45,1; 55,8]	1,44	0,487
Наличие и точность при отсроченном воспроизведении	46,5 [38; 56]	52,5 [45; 57]	49,2 [45,1; 55,8]	3,61	0,165
Объем немедленного воспроизведения	54,5 [50; 60]	55,5 [48; 61]	49,2 [45,1; 55,8]	2,66	0,264
Объем отсроченного воспроизведения	46 [38; 48]	48,5 [42; 53]	49,2 [45,1; 55,8]	2,93	0,231



Итоговые статистики КФРО в подгруппах в сравнении с нормативными данными

Остеррита, указывается на дефицит зрительно-моторного запоминания при шизофрении, что связывается авторами преимущественно с нарушениями конструктивных навыков, а также дефектами способности пациентов к планированию и организации. Аналогично Larry J. Seidman et al., (2003) сравнивали результаты выполнения теста комплексной фигуры Рея пациентов с шизофренией и биполярным расстройством, протекающим с психотическими симптомами. Обнаружено статистически выраженное снижение оценок (по сравнению с данными контрольной группы) у пациентов с шизофренией по параметрам «наличие и точность копирования», «наличие и точность при немедленном воспроизведении», а также по

показателю «организация», причем оценки серьезно ухудшались у пациентов с более длительной продолжительностью заболевания. По полученным в этом исследовании результатам, пациенты с биполярным расстройством также характеризовались заниженными оценками по тем же показателям, но разница с оценками психически здоровых испытуемых здесь была гораздо меньше. Группа корейских ученых (Kim D., et al. 2015) использовала версию теста фигуры Рея в сравнительном исследовании когнитивного функционирования пациентов с шизофренией и с биполярным расстройством. По полученным в исследовании данным авторы делают выводы о снижении зрительно-моторного запоминания при немедленном и

отставленном воспроизведении у пациентов обеих клинических групп при почти нормативных значениях оценок по копированию.

Тем не менее, принимая во внимание ограниченный объем выборки и некоторую неоднородность клинических характеристик сравниваемых групп (по параметру получаемой терапии), на представленном материале нам не удалось убедительно подтвердить гипотезу об очевидности дефицита зрительно-пространственных конструктивных навыков, зрительно-моторного запоминания у пациентов с шизофренией и аффективными расстройствами, а также о различиях в степени выраженности соответствующих когнитивных нарушений в указанных нозологических группах. Можно предполагать, что значимые нарушения исследуемых функций возможны в основном у некоторых пациентов, как правило, с длительным сроком и с неблагоприятным течением заболевания или (в случае аффективных расстройств) – с наличием психотических симптомов. Для них же довольно характерен описанный в литературе (Kalinowski et al., 2003) особый «детально ориентированный», нецелостный стиль копирования, выраженные нарушения навыков планирования и организации, однако, было бы преждевременно относить эти особенности к большинству пациентов и, тем более, рассматривать в качестве эндофенотипического маркера заболевания. Опубликованные на сегодняшний день данные, включая материалы настоящего исследования, скорее позволяют рассматривать нарушения конструктивных навыков, зрительно-моторной памяти как свидетельство более массивного вовлечения в патологический процесс соответствующих мозговых структур. Такой характер патологии, вероятно, может повышать у пациентов с аффективными расстройствами риск формирования психотической симптоматики, а у пациентов с шизофренией – вероятность неблагоприятного течения заболевания.

Таким образом, при высокой эффективности методики «Комплексная фигура Рея – Остеррита» для качественной диагностики, в отдельно взятом клиническом случае, структуры и степени нарушений конструктивных навыков, зрительно-моторной памяти, исполнительских функций, ее потенциал для решения задач дифференциальной диагностики в клинике первичных психических расстройств представляется ограниченным.

### Литература/ References

1. Вассерман Л.И., Чередникова Т.В. Психологическая диагностика нейрокогнитивного дефицита: рестандартизация и апробация методики «Комплексная фигура Рея – Остеррита»: Методические рекомендации. СПб., 2011. 68 с. [Wasserman L.I., Cherednikova T.V. (Psychological Assessment of Neurocognitive Deficits: Reliability and Validity “Complex Figure Rey-Osterrita Test”: Guidelines. St. Petersburg, 2011. p. 68. (in Russ.)]
2. Ткаченко С.В., Бочаров А.В. Нейропсихологический анализ дефекта при шизофрении и аффективных психозах. Шизофренический дефект (диагностика, патогенез, лечение): сб. под ред. Р.Я. Вовина, изд. НИПНИ им. В.М. Бехтерева. 1991. С. 95–123. [Tkachenko S.V., Bocharov A.V. (Neuropsychological Analysis of the Defect in Schizophrenia and Affective Psychosis). *Shizofrenicheskiy defekt (diagnostika, patogenez, lecheniye)* [Schizophrenic Defect (Diagnosis, Pathogenesis, Treatment)], NIPNI im. V.M. Bekhtereva Publ., 1991, pp. 95–123. (in Russ.)]
3. Czobor P., Jaeger J., Berns S.M., Gonzalez C., Loftus S. Neuropsychological Symptom Dimensions in Bipolar Disorder and Schizophrenia. *Bipol. Disord.*, 2007, vol. 9, pp. 71–92. DOI: 10.1111/j.1399-5618.2007.00428.x.
4. Gogos A., Joshua N., Rossell S.L. Use of the Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status (RBANS) to investigate group and gender differences in schizophrenia and bipolar disorder. *Austral. and New Zeal. J. of Psych.*, 2010, vol. 44, pp. 220–229. DOI: 10.3109/00048670903446882.
5. Kalinowski A.G., Weinstein C.S., Seidman L. Organizational and Retrieval Deficits on the ROCF in Schizophrenia. *The Handbook of Rey-Osterrieth Complex Figure Usage: Clinical and Research Applications*. J.A. Knight (ed.), E. Kaplan (ed.). PAR, Florida, USA, 2003. pp. 463–475.
6. Kim D., Kim J., Koo T., Yun H., Won S. Shared and Distinct Neurocognitive Endophenotypes of Schizophrenia and Psychotic Bipolar Disorder. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience*. 2015, vol. 13(1), pp. 94–102. DOI: 10.9758/cpn.2015.13.1.94.
7. Krabbendam L., Arts B., van Os J., Aleman A. Cognitive Functioning in Patients with Schizophrenia and Bipolar Disorder: a Quantitative Review. *Schizophr. Res.*, 2005, vol. 80, pp. 137–149. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2005.08.004>.
8. Knight J.A., Kaplan E. (eds.) *The Handbook of Rey-Osterrieth Complex Figure Usage: Clinical and Research Applications*. PAR, Florida, USA, 2003. 738 p.
9. Seidman L.J., Lanca M., Kremen W.S., Faraone S.V., Tsuang M.T. Organizational and Visual Memory Deficits in Schizophrenia and Bipolar Psychoses Using the Rey-Osterrieth Complex Figure: Effects of Duration of Illness. *J. of Clin. and Exp.*

*Neuropsych.*, 2003, vol. 25(7), pp. 949–964. DOI: 10.1076/jcen.25.7.949.16482.

10. Sullivan E.V., Mathalon D.H., Ha C.N., Zipsky R.B., Pfefferbaum A. The contribution

of constructional accuracy and organizational strategy to nonverbal recall in schizophrenia and chronic alcoholism. *Biol. Psychiatr.*, 1992, vol. 32, pp. 312–333. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0006-3223\(92\)90036-Y](http://dx.doi.org/10.1016/0006-3223(92)90036-Y).

**Ершов Борис Борисович**, кандидат психологических наук, старший преподаватель кафедры психологии и педагогики, Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова (Санкт-Петербург), [magus@nxt.ru](mailto:magus@nxt.ru)

**Колчев Александр Иванович**, доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры психиатрии, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова (Санкт-Петербург), [a.kolchev1@gmail.com](mailto:a.kolchev1@gmail.com)

**Гвоздецкий Антон Николаевич**, врач-ординатор кафедры психиатрии и наркологии, Санкт-Петербургский государственный университет (Санкт-Петербург), [comisora@yandex.ru](mailto:comisora@yandex.ru)

**Даева Наталья Андреевна**, аспирант кафедры клинической психологии; Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена (Санкт-Петербург), [hon73@yandex.ru](mailto:hon73@yandex.ru)

**Петров Максим Владимирович**, медицинский психолог, Городской психоневрологический диспансер № 1 (Санкт-Петербург), [PETROV\\_M@list.ru](mailto:PETROV_M@list.ru)

**Тагильцева Алла Викторовна**, кандидат психологических наук, старший преподаватель кафедры клинической психологии, Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет (Санкт-Петербург), [malef@mail.ru](mailto:malef@mail.ru)

*Поступила в редакцию 12 января 2016 г.*

DOI: 10.14529/psy160114

## **USE OF REY – OSTERRIETH COMPLEX FIGURE FOR NEUROPSYCHOLOGICAL ASSESSMENT OF COGNITIVE DEFICIT IN PATIENTS WITH PRIMARY PSYCHIATRIC DISORDERS**

**B.B. Ershov**<sup>1</sup>, [magus@nxt.ru](mailto:magus@nxt.ru)

**A.I. Kolchev**<sup>2</sup>, [a.kolchev1@gmail.com](mailto:a.kolchev1@gmail.com)

**A.N. Gvozdetskiy**<sup>3</sup>, [comisora@yandex.ru](mailto:comisora@yandex.ru)

**N.A. Daeva**<sup>4</sup>, [hon73@yandex.ru](mailto:hon73@yandex.ru)

**M.V. Petrov**<sup>5</sup>, [PETROV\\_M@list.ru](mailto:PETROV_M@list.ru)

**A.V. Tagiltseva**<sup>6</sup>, [malef@mail.ru](mailto:malef@mail.ru)

<sup>1</sup> North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, St. Petersburg, Russian Federation

<sup>2</sup> Militari Medical Academy named after S.M. Kirov, St. Petersburg, Russian Federation

<sup>3</sup> Saint Petersburg State University, St. Petersburg, Russian Federation

<sup>4</sup> Herzen State Pedagogical University of Russia, St. Petersburg, Russian Federation

<sup>5</sup> City mental hospital № 1, St. Petersburg, Russian Federation,

<sup>6</sup> St. Petersburg State Pediatric Medical University, St. Petersburg, Russian Federation

According to the literature and empirical research considered the potential of the use of the Rey – Osterrieth Complex Figure Test in the assessment of cognitive deficits in patients with schizophrenia and affective disorders. We discuss the differential diagnostic value of quantitative and qualitative indicators in the context of primary and differential diagnosis of primary mental disorders. Comparison of these groups of patients and comparing them with normative data on the parameters of constructive skills and visual-motor memory reveals moderately

pronounced decrease constructive skills in a group of patients with schizophrenia, whereas the difference in the parameters of visual-motor memory does not reach statistical significance. It is concluded that the impairment of visual-motor design skills, visual-motor memory are typical only for some patients with schizophrenia, and even to a lesser extent, in patients with affective disorders, so the possibility of applying this method to solve problems of differential diagnostic neuropsychological evaluating limited.

*Keywords:* Complex Figure Test "Rey – Osterriett"; cognitive deficit; constructional skills; visuospatial memory; schizophrenia; affective disorders.

*Received 12 January 2016*

---

### ОБРАЗЕЦ ЦИТИРОВАНИЯ

Опыт применения методики «Комплексная фигура Рея – Остеррита» при нейропсихологической оценке когнитивного дефицита в клинике первичных психических расстройств / Б.Б. Ершов, А.И. Колчев, А.Н. Гвоздецкий и др. // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». – 2016. – Т. 9, № 1. – С. 123–130. DOI: 10.14529/psy160114

### FOR CITATION

Ershov B.B., Kolchev A.I., Gvozdetskii A.N., Daeva N.A., Petrov M.V., Tagiltseva A.V. Use of Rey – Osterrieth Complex Figure for Neuropsychological Assessment of Cognitive Deficit in Patients with Primary Psychiatric Disorders. *Bulletin of the South Ural State University. Ser. Psychology*. 2016, vol. 9, no. 1, pp. 123–130. (in Russ.). DOI: 10.14529/psy160114