

ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В СИСТЕМНОМ ИССЛЕДОВАНИИ ПАТОЛОГИИ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

© 2004 г. В. П. Критская*, Т. К. Мелешко**

**Кандидат психологических наук, старший научный сотрудник
отдела клинической психологии НЦПЗ РАМН, Москва*

***Кандидат психологических наук, старший научный сотрудник, там же*

Дается определение патопсихологического синдрома, специфичного для шизотипической и шизофренической патологии. Приведены данные лонгитюдного исследования, позволяющие проследить динамику входящих в его структуру компонентов. Обозначены пути конкретной реализации системного подхода с позиций патопсихологического синдрома к разработке проблем дифференциальной диагностики и психологической коррекции больных эндогенными психозами.

Ключевые слова: системный подход, патопсихологический синдром, аутизм, социальная направленность, саморегуляция, лонгитюд, психологическая коррекция.

Современная экспериментальная патопсихология решает свои специфические задачи на основе теоретических положений и методологических принципов общей психологии. На данном этапе развития психологической науки все большее место приобретает системный подход при изучении человека как целостного активного субъекта [3, 15].

Задача психологического исследования – выделить отдельные компоненты и раскрыть структурные взаимосвязи внутри этого единства. Один из основателей гуманистической психологии А. Маслоу использовал для определения личности как целостной системы, в которой все элементы неразрывно взаимосвязаны, клиническое понятие “синдром”. В качестве основных компонентов этой системы он выделил мотивацию и личностную направленность. Отмечая принципиальные трудности на пути формализации “личностного синдрома”, особое значение он придавал его качественному анализу [17].

В патопсихологии личностный подход осуществлялся прежде всего в трудах Б.В. Зейгарник и ее учеников [8, 9, 13]. Для Б.В. Зейгарник важнейшим являлся вопрос об основополагающих принципах анализа нарушений психики. Она вплотную подошла к мысли о необходимости выделения особого – патопсихологического – синдрома, не тождественного клиническому. Однако в ее работах не содержится этого понятия, хотя, по свидетельству ее учеников (см., например, [20]), эта тема обсуждалась ею с коллегами.

Вслед за А.Р. Лурия, осуществившим синдромный подход к анализу локальной (очаговой) патологии головного мозга [16], в лаборатории клини-

ческой психологии Научного центра психического здоровья РАМН разрабатывается и используется синдромный подход при изучении природы психических заболеваний.

Применительно к анализу шизофренической патологии было определено понятие патопсихологического синдрома как системы нарушенных и сохранных психических процессов и свойств личности. На основе проведенного цикла исследований [14] в качестве ведущего компонента патопсихологического синдрома при шизофрении был выделен феномен **снижения потребности в общении**. Эта потребность имеет разную выраженность. Ее снижение определяет ряд специфических черт психики: недостаточность социальной регуляции деятельности и поведения, обеднение социально-направленных эмоций, неадекватность самооценки и др. Крайнее проявление этих нарушений находит выражение в аутизме, суть которого, по определению Э. Блейлера, впервые использовавшего этот термин, заключается в отрыве личности от реальности и погружении ее в мир внутренних переживаний [2]. На уровне психологического анализа аутизм рассматривается нами как патология личности со стороны одного из значимых ее качеств – социальной направленности, что обнаруживается прежде всего в нарушении процесса общения. Однако даже явно выраженный аутизм не означает полной асоциальности личности. Сам по себе аутизм – признак заболевания лишь в сочетании с другими клиническими проявлениями.

Предположение о ведущей роли нарушения потребностного компонента общения при аутизме подтверждают данные исследования дизонтоге-

неза младенческого возраста у детей с генетически обусловленным повышенным риском заболевания шизофренией. Среди отклонений развития, свойственных им, отмечается ряд психофизиологических особенностей, свидетельствующих о нарушениях процесса формирования потребностной сферы. У этих детей наблюдаются нивелированность эмоционально-волевых реакций, слабость коммуникативных связей, особое гипомимическое выражение лица, задержки предречевого развития при нормальном слухе, отсутствие коммуникативного характера голосовых реакций, бедность и невыразительность звукопроизношения, рудиментарность “комплекса оживления” на появление близких [1, 7]. Все это – признаки нарушения базовых компонентов общения. В норме ребенок уже на самых ранних этапах развития проявляет индивидуализированные реакции, он способен избирательно взаимодействовать с внешним миром и окружающими людьми [25, 26].

У исследованных нами детей с ранним аутизмом шизофренического и шизотипического генеза еще с младенческого возраста отсутствовало инициативное поведение, которое, как правило, связано со стремлением привлечь к себе внимание близких улыбкой, голосом, движением [6]. Позднее внимание к взрослому в целях контакта с ним привлекается через игрушки. Все эти проявления активности обычно выражают коммуникативную потребность и зарождающееся произвольное поведение.

Снижение потребности в общении является фактором, тесно связанным с особенностями психики, входящими в систему патопсихологического синдрома. К ним относятся: недостаточность социальной направленности и регуляции деятельности и поведения, включающие эмоциональные и волевые компоненты, а также особый познавательный стиль, который характеризуется склонностью к актуализации необычных, нетривиальных, латентных свойств и отношений предметов, нестандартных речевых связей и перцептивных образов, т.е. их меньшей обусловленностью факторами социального опыта, обобщенного в образах, понятиях, категориях. Указанные характеристики психической деятельности, относимые к основным компонентам патопсихологического синдрома, как показали экспериментальные исследования, проведенные нами ранее, были выявлены не только у больных шизофренией, но и у их ближайших родственников, т.е. у людей с повышенным риском заболевания шизофренией, а также у шизоидных психопатов [14].

Факт наличия общих черт психики больных шизофренией и их здоровых родственников, описываемых в понятиях личностных характерологических свойств, таких, как шизоидность, аутизм, интравертированность, нередко подчеркивается

в психиатрической литературе [2, 5, 30]. Более полное значение этих данных раскрывается в контексте общей проблемы “патоса” и “нозоса” [28], где “патос” рассматривается как патологические факторы, предшествующие заболеванию, а “нозос” – как сам болезненный процесс.

Таким образом, основные компоненты патопсихологического синдрома – “сплав” как предиспозиционных, конституционально детерминированных типологических особенностей психики, так и факторов, обусловленных самим болезненным процессом. Текущий шизофренический процесс (“нозос”) вносит в структуру патопсихологического синдрома ряд изменений: снижение психической активности и саморегуляции деятельности, нарушение адекватности самооценок, сужение круга интересов, эмоциональное снижение и т.д.

В большинстве клинических исследований отмечается сложность структуры шизофренического дефекта, включающего разнородные его составляющие [4, 22]. Однако, несмотря на многообразие выделяемых типов этого дефекта, они имеют тенденцию к оформлению двух основных групп: 1) с преобладанием личностных изменений шизоидного типа и выраженной диссоциацией психической деятельности (парциальный тип дефекта), 2) с более глобальным снижением психической активности, с преобладанием нарушений по типу псевдоорганических расстройств (тотальный тип дефекта).

Психологический анализ разных типов шизофренического дефекта и их сопоставление показали, что структура каждого из них определяется теми или иными ведущими компонентами патопсихологического синдрома. Общим, что объединяет эти типы и определяет специфичность шизофренической патологии, является снижение потребностно-мотивационных компонентов социальной регуляции психической деятельности. Это проявляется в нарушениях основных составляющих ведущего компонента психологического синдрома: в снижении уровня общения, социальных эмоций, уровня самосознания, избирательности познавательной деятельности. Эта недостаточность наиболее проявляется при формировании дефекта парциального типа, создавая своеобразную диссоциацию (парциальность) нарушений психической деятельности. У больных она оказывается нарушенной в тех случаях, когда в большей мере опосредуется социальными факторами. Когда же роль этого опосредования уменьшается, явной патологии не обнаруживается.

Ведущим компонентом второго типа дефекта (псевдоорганического) является нарушение потребностно-мотивационных характеристик психической активности, приводящее к тотальному снижению всех видов психической деятельности, что в первую очередь выражается в нарушении

эмоциональной и волевой регуляции. В этой картине общего снижения можно отметить лишь отдельные “островки” сохранной психической активности, связанной с интересами больных.

При анализе результатов клинических исследований и экспериментальных данных прослеживается тесная связь изменений психической деятельности при парциальном дефекте с конституционально обусловленными, типологическими личностными особенностями [14]. По мере движения болезненного процесса они видоизменяются — часть из них еще более углубляется, а некоторые сглаживаются. Не случайно, что у ряда авторов этот тип дефекта получил название дефекта шизоидной структуры. В формировании дефекта с преобладанием псевдоорганических расстройств выявляется более выраженная связь с факторами движения болезненного процесса, в первую очередь, с его прогредиентностью.

Плодотворность системного подхода к изучению шизофренической патологии с позиций патопсихологического синдрома получила подтверждение в клинической практике. В частности, определение и описание патопсихологического синдрома шизофренического дефекта содержится в последнем выпуске “Руководства по психиатрии” [22].

Дальнейшее исследование проводится в двух направлениях: 1. Расширение границ применения патопсихологического синдрома, выход за рамки шизофрении и изучение с этих позиций всей группы эндогенных психозов (аффективных и шизоаффективных). 2. Выявление взаимосвязи компонентов в структуре патопсихологического синдрома в динамике.

Это определило задачи настоящего исследования:

1. Разработка дифференциально-диагностических критериев личностных изменений у больных, относимых к разным нозологическим группам эндогенных психозов.

2. Дальнейшая верификация и уточнение принятых дифференциально-диагностических критериев.

3. Определение степени устойчивости и изменчивости компонентов, входящих в структуру патопсихологического синдрома.

Последние две задачи решались на основе лонгитюдного исследования.

МЕТОДИКА

Для решения поставленных задач был создан специальный комплекс методик, как оригинальных, так и традиционных, модифицированных для целей исследования.

Используемый методический комплекс отвечал следующим требованиям:

1. Доступность задания основному контингенту здоровых испытуемых контрольной группы (т.е. предъявляемые задания не должны быть сверхтрудными).

2. Относительная новизна для испытуемых задания по содержанию и способу решения.

3. Направленность задания на выявление качественного своеобразия изучаемой патологии.

4. Возможность формализации и статистической обработки результатов исследования.

5. Задания должны быть достаточно экономичными по времени их выполнения.

Экспериментальный комплекс включал следующие методики:

1. В целях определения уровня *избирательности познавательных процессов* как характеристики *познавательного стиля* были использованы задачи “открытого типа” без предлагаемых вариантов ответов, что существенно расширяло возможности качественного анализа данных. Использовались приемы с созданием ситуаций неопределенности и дефицита информации при решении мыслительных и перцептивных задач: свободная классификация предметов, методика конструирования предметов по заданным признакам [27], “Пиктограмма”, идентификация неопределенных фигур, методика распознавания эмоционально-выразительных движений (жестов) и др. [14]. Снятие неопределенности здесь должно происходить за счет преобразования и структурирования ситуации, что требовало интеллектуальной активности субъекта. Критерием снижения избирательности являлся показатель использования латентных, нестандартных, необычных свойств и отношений предметов, перцептивных образов, речевых связей. По этому критерию все ответы характеризовались как стандартные или нестандартные. К стандартным были отнесены те из них, частота использования которых в группе здоровых превышала среднюю величину, остальные ответы относились к нестандартным. Коэффициент стандартности представлял собой отношение числа стандартных к общему числу ответов.

Используемые методические приемы также позволяли выявить индивидуальные особенности познавательного стиля испытуемых, которые выражались в показателях полезависимости и полезависимости.

2. Вторая группа методов была направлена на определение уровня саморегуляции; один из его показателей — мотивационный фактор, который существенно детерминирует проявление спонтанной активности (инициативности) при решении интеллектуальных задач, а также способность

повышать уровень регуляции. Эти параметры психической деятельности изучались в ситуации общения, что позволяло выявлять особенности коммуникативной деятельности пациента, возможности его взаимодействия с партнером, построения адекватной стратегии с учетом действий последнего. С этой целью был использован модифицированный вариант “Эксперимента с коммуникацией” З. Кэррола, а также М. Коула, С. Скрибнер [12, 32].

Процедура в нашем варианте эксперимента состояла в следующем. Испытуемому предъявлялся набор карточек с изображением человеческих лиц, при этом второй, идентичный первому, набор находился перед экспериментатором. Между участниками эксперимента ставилась ширма, так что каждый из них не мог наблюдать действий, производимых партнером. От испытуемого требовалось что-то сказать о каждом изображении, чтобы партнер (по его описаниям) мог найти соответствующее в своем наборе. Затем ширма убиралась, и партнеры определяли, правильно ли были подобраны пары. При необходимости по ходу выполнения задания вводились дополнительные мотивирующие стимулы: экспериментатор говорил, что он не может выбрать соответствующий объект по тем характеристикам, которые дает испытуемый, так как они слишком субъективны и присущи нескольким объектам. Эти методические приемы были направлены на повышение уровня мотивации испытуемого в процессе взаимодействия с партнером. На основе результатов исследования все испытуемые были разделены по уровню мотивации на три группы. К 1-му были отнесены те из них, которые осуществляли взаимодействие с партнером без дополнительных мотивирующих стимулов (саморегуляция). Испытуемые со 2-м уровнем мотивации могли успешно взаимодействовать с партнером лишь при введении дополнительных мотивирующих стимулов. У испытуемых с 3-м уровнем так и не удалось сформировать мотивацию совместной деятельности.

Важным моментом саморегуляции деятельности и поведения является **адекватность самооценки**, которая определялась при их сопоставлении с объективными результатами деятельности испытуемого.

Адекватность эмоционального реагирования больных определялась по их реакциям на успех/неуспех в ходе эксперимента на основе экспертной оценки.

В исследовании участвовали 90 больных шизоаффективным психозом (ШАП), маниакально-депрессивным психозом (МДП) и приступообразно-прогредиентной шизофренией. В каждой группе было по 30 пациентов мужского пола. Группы статистически не различались по возрас-

ту к началу заболевания и по его длительности. Контрольную группу составили 50 здоровых мужчин соответствующего возраста и уровня образования. Результаты исследования анализировались и обобщались на основе формализованной карты психологического статуса испытуемых. Они определялись, исходя из качества выполнения испытуемыми каждого задания. На этой основе давались оценки деятельности испытуемого в ходе эксперимента – характеристики уровней (1 – высокого, 2 – среднего, 3 – низкого) его инициативности, мотивации, возможностей регуляции и т.п.

Статистический анализ проводился по критерию χ^2 , различия считались значимыми при $p < 0.05$. Используемый нами термин “снижение” означает степень отклонения от среднего показателя контрольной группы здоровых испытуемых. Поскольку не все анализируемые параметры психической деятельности поддавались статистической обработке, дополнительно был использован экспертный метод оценки полученных результатов.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ полученных данных целесообразно начать с рассмотрения стилевых характеристик познавательной деятельности субъекта, в частности, ее избирательности, которая является одной из особенностей когнитивного стиля.

Исследования последних лет показали, что когнитивный стиль относится к личностным аспектам познания. “Стилевые особенности сопрягают в себе мотивационные параметры, показатели способностей, направленности, что обеспечивает их функционирование в качестве личностных образований” [24].

Проведенные нами ранее исследования выявили общую “сквозную” особенность познавательного стиля, характерную как для больных шизофренией, так и для лиц с повышенным риском заболевания ею. Данная особенность проявляется в продуцировании в актуальной познавательной деятельности латентных, оригинальных свойств и отношений предметов, нестандартных перцептивных образов и речевых связей, в способности выходить за рамки стереотипных ассоциаций. Людям с такой особенностью свойственна склонность к высвобождению из перцептивного контекста, т.е. перцептивная полнезависимость. Другой стороной этой особенности познавательного стиля является наличие такой отрицательной тенденции, как высвобождение из социального контекста, что затрудняет установление эмоциональных контактов с окружающими, вызывает нарушение делового общения, формирование не-

адекватных самооценок и в целом – снижение социальной направленности личности.

В табл. 1 приводятся данные исследования стилевых характеристик познавательной деятельности испытуемых сравниваемых групп – больных разными вариантами эндогенных психозов.

Как видно из табл. 1, у больных всех сравниваемых групп средние показатели избирательности познавательной деятельности (коэффициенты стандартности) близки между собой и значимо отличаются от среднего показателя нормы, который составляет 73%. Однако по показателям полнезависимости/полнезависимости обнаруживается явная тенденция к увеличению числа лиц с полнезависимым познавательным стилем в группе больных шизофренией, т.е. намечается связь показателя полнезависимости с выраженностью шизоидных черт в структуре личности этих больных.

Одной из важнейших характеристик шизоидного склада личности является дефицит потребности в общении, что проявляется в первую очередь в снижении инициативного общения, в трудностях установления межличностных отношений, эмоциональных контактов, в ситуациях, требующих взаимодействия с другими людьми, в частности, в ситуации совместной деятельности.

В табл. 2 приведены результаты исследования больных трех групп и группы здоровых в “Эксперименте с коммуникацией”.

Как следует из приведенных данных, результаты всех групп больных эндогенными психозами достоверно отличаются от результатов здоровых испытуемых ($p < 0.01$). Обнаружен относительно низкий уровень саморегуляции в ситуации совместной деятельности испытуемых трех групп больных по сравнению с группой здоровых. Однако под влиянием стимулирующих факторов (уточнение инструкции, разъяснение цели и смысла задания и др.) больные МДП и ШАП значимо повышали уровень взаимодействия с партнером (55%). Это означает, что они достаточно восприимчивы к коррекции извне, в отличие от больных шизофренией, среди которых 55% вообще не корректировались. Таким образом, по анализируемым показателям группы больных ШАП и МДП, статистически достоверно не различаясь между собой ($p > 0.05$), значимо отличались от группы больных шизофренией ($p < 0.05$).

Приведенные данные позволяют перейти к анализу более обобщенной характеристики особенностей саморегуляции испытуемых трех сопоставляемых групп больных в процессе выполнения разных видов экспериментальных заданий.

Психологический механизм саморегуляции рассматривается нами, как и другими авторами [11, 19], в качестве важнейшего системного субъектного качества, которое включает потребност-

Таблица 1. Стилиевые характеристики познавательной деятельности в группах больных

Группы испытуемых	Средний коэффициент стандартности	ПН	ПЗ
Шизофрения	51%	70%	30%
ШАП	54%	46%	54%
МДП	53%	38%	62%

Примечание. ПН – полнезависимые, ПЗ – полнезависимые. Указан средний коэффициент стандартности в процентах.

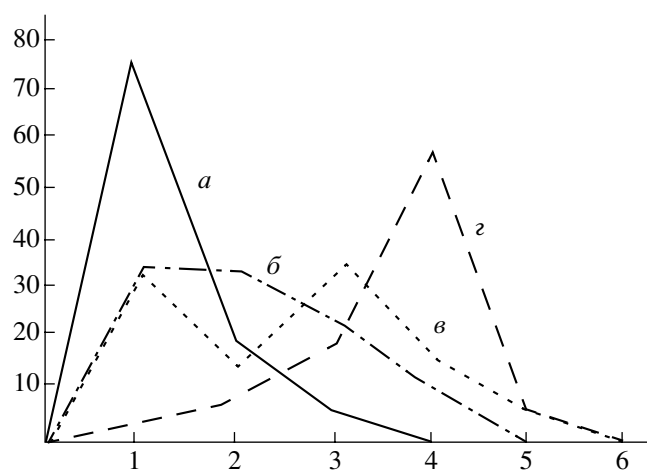
Таблица 2. Уровни регуляции в совместной деятельности

Группы испытуемых	Саморегуляция	Уровни регуляции с коррекцией	
		Улучшение взаимодействия	Отсутствие улучшения
Здоровые (50 испытуемых)	75%	25%	–
Шизофрения	25%	55%	20%
ШАП	30%	55%	15%
МДП	10%	35%	55%

но-мотивационные факторы, психическую активность, контроль на основе самооценок личности. Результаты оценивались по пятибалльной шкале, отражающей уровни регуляции деятельности в ходе выполнения разного вида заданий (логический поиск задуманного объекта, разного вида классификации, деловое общение с партнером и др.). Уровни регуляции определялись экспертным методом. Оценивались: мотивация, инициативность, самоконтроль, самооценка, эмоциональное реагирование на успех/неуспех в ходе эксперимента. Полученные результаты приведены на рисунке.

Как видно из рисунка, 75% здоровых испытуемых характеризовались высоким уровнем саморегуляции и лишь 3.3% больных шизофренией соответствовали этому уровню. У большинства из последних (65%) уровень саморегуляции был резко снижен. Больные ШАП и МДП занимали промежуточное положение между здоровыми и больными шизофренией. Показатели саморегуляции больных этих групп, значимо не различаясь между собой, статистически достоверно отличались как от показателей здоровых, так и от показателей больных шизофренией ($p < 0.05$).

Таким образом, сопоставление результатов исследования трех клинических групп больных эндогенными психозами позволяет говорить об особенностях когнитивного стиля, проявляющегося в тенденции к актуализации латентных, необычных, нестандартных свойств и отношений предметов, речевых связей, перцептивных образов, присущих всем исследованным группам. Наряду с этим обнаружена связь показателя полне-



Распределение интегральных показателей саморегуляции.

По оси абсцисс – показатель снижения уровня саморегуляции в условных единицах; по оси ординат – процент испытуемых: а – здоровые испытуемые, б – больные МДП; в – больные ШАП, г – больные шизофренией.

зависимости с выраженностью шизоидных черт (шизорадикала) в структуре личности этих больных.

Исследование показало также, что больные шизоаффективным психозом по особенностям психической деятельности, составляющим основу патопсихологического синдрома, ближе к группе больных маниакально-депрессивным психозом, чем к группе больных шизофренией. Наличие признаков дефекта в структуре личности отмечалось только в группе больных шизофренией и не характерно для больных ШАП и МДП.

Таким образом, в исследовании были получены дополнительные критерии, значимые для дифференциальной диагностики эндогенных психозов.

ЛОНГИТЮДНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Полученные данные позволили поставить вопрос о динамике изучаемых параметров психиче-

ской деятельности, входящих в структуру патопсихологического синдрома. Для решения этой задачи были проведены повторные эксперименты с ранее обследованными больными, находящимися в состоянии ремиссии через временные интервалы (от трех до пятнадцати лет). В лонгитюдном исследовании участвовал 51 человек. Использовался комплекс экспериментально-психологических методик, описанный выше.

Исследовались больные двух нозологических групп – с приступообразной шизофренией (31 человек) и МДП (20 человек).

Сопоставление данных первичного и повторного исследований больных показало разные тенденции в динамике изучаемых параметров психической деятельности. Так, одни из них обнаружили стабильность, другие претерпели определенные изменения по мере течения заболевания. Наиболее устойчивыми оказались стилевые характеристики познавательной деятельности, к которым, в первую очередь, принадлежат показатели ее избирательности. К достаточно устойчивым характеристикам относится также и когнитивный стиль – индивидуальные способы познания, имеющие своеобразие восприятия, структурирования материала, категоризации, понимания и интерпретации происходящего. Характеристики познавательного стиля выражались в показателях полезависимости/полenezависимости.

Полученные данные об устойчивости стилевых характеристик когнитивных процессов подтверждают предположение о существенной роли конституциональных факторов в их детерминации [23, 29]. Это позволяет рассматривать стилевые характеристики когнитивных процессов в системе типологических особенностей личности.

В табл. 3 представлены результаты сопоставления исследований стилевых характеристик познавательной деятельности двух нозологических групп испытуемых.

Как видно из табл. 3, процент больных шизофренией с выраженным снижением показателей избирательности познавательной деятельности остается устойчивым на протяжении длительного

Таблица 3. Лонгитюдное исследование стилевых характеристик познавательной деятельности

Группы испытуемых	Характеристики познавательной деятельности							
	избирательность		социальная перцепция		полезависимость/полenezависимость			
	1	2	1	2	1		2	
					ПН	ПЗ	ПН	ПЗ
Шизофрения	75%	79%	73%	96%	70%	30%	67%	33%
МДП	80%	70%	80%	75%	42%	58%	42%	58%

Примечание. Указан процент больных с выраженным снижением показателей; 1 – первоначальное исследование, 2 – повторное исследование; ПН – полenezависимость, ПЗ – полезависимость.

Таблица 4. Характеристики психической активности в двух нозологических группах больных

Группы испытуемых	Мотивация		Инициатива		Контроль		Темп	
	1	2	1	2	1	2	1	2
Шизофрения	32	58	52	64	39	64	22	39
МДП	15	20	55	25	40	25	15	20

Примечание. Указан процент больных с выраженным снижением показателей; 1 – первое исследование; 2 – повторное исследование.

периода времени (от трех лет и более). У больных МДП он также с течением времени меняется незначительно.

Неизменным в исследованных группах оставалось и соотношение больных с полнезависимым и полезависимым когнитивными стилями познавательной деятельности. В группе больных шизофренией со временем возрастает число пациентов с выраженным снижением показателей социальной перцепции (73–96%). Вероятно, это обусловлено нарастанием шизофренического дефекта и понижением чувствительности к социальным влияниям.

В группе МДП число больных с выраженным снижением показателей социальной перцепции оставалось практически неизменным (80–75%).

Проанализируем те стороны психической деятельности, которые по результатам проведенного исследования обнаружили наибольшую зависимость от факторов движения эндогенного процесса. К ним относится, в первую очередь, нарушение потребностно-мотивационных характеристик психической деятельности, существенно снижающих уровень регуляции, особенно на этапе самоконтроля. Ограниченность потребностно-мотивационных и волевых (произвольная регуляция) компонентов патопсихологического синдрома тесно связана с дефицитом психической активности (инициативности, продуктивности, темпа деятельности). Ранее нами было показано [14], что снижение психической активности нельзя оценивать однозначно, сводя его к дефициту энергетического потенциала, как это часто принято в клинических исследованиях. Специфическим для этой патологии является снижение потребностно-мотивационных характеристик активности, хотя любой недостаток активности выражается и в дефиците энергетических характеристик.

В табл. 4 представлены результаты исследования особенностей мотивации, инициативности, контроля деятельности испытуемых сравниваемых групп в эксперименте.

Как видно из табл. 4, при повторном исследовании (с интервалом от трех и более лет) в группе больных шизофренией процент пациентов с выраженным снижением анализируемых показателей возрастал, тогда как в группе больных МДП процент таких больных, напротив, отчетливо

уменьшался. Динамика показателей мотивации и темпа деятельности, исходно незначительно сниженных в этой группе, не была выражена.

Таким образом, приведенные данные свидетельствуют о нарастающем снижении психической активности у больных приступообразной шизофренией, что можно рассматривать как один из признаков шизофренического дефекта. В группе больных МДП явных признаков нарастания вышеуказанных изменений не только не наблюдалось, но при повторном исследовании отмечалась положительная динамика показателей инициативности и контроля деятельности.

Ранее проведенные исследования [14] позволили выделить в качестве ведущего компонента патопсихологического синдрома при шизофренической патологии нарушение потребностно-мотивационных характеристик социальной регуляции психической деятельности и поведения. Снижение роли социальных факторов проявляется, в первую очередь, в трудностях коммуникации, недостаточной активности в установлении эмоциональных контактов с другими людьми, снижении инициативного общения, определенных затруднениях при выполнении разных видов совместной деятельности. С недостаточностью социальной регуляции связаны также неадекватность самооценок, так как они существенно опосредованы социальными факторами – опорой на объективную оценку достижений, мнение других.

В табл. 5 приведены результаты исследования совместной деятельности (делового общения): са-

Таблица 5. Показатели делового общения и самооценок в двух нозологических группах больных

Группы испытуемых	Деловое общение		Самооценка деятельности		Эмоциональное реагирование	
	1	2	1	2	1	2
Шизофрения	35	58	50	80	48	60
МДП	20	15	33	37	15	20

Примечание. По показателю делового общения указан процент больных с низким уровнем взаимодействия с партнером; по показателю самооценки деятельности – с неадекватными самооценками; по показателю эмоционального реагирования – с отсутствием эмоциональных реакций на успех/неуспех в ходе эксперимента; 1 – первое исследование; 2 – повторное исследование.

мооценок деятельности и эмоционального реагирования больных сопоставляемых групп.

Анализ данных, приведенных в табл. 5, показывает, что процент больных шизофренией, недостаточно взаимодействующих с партнером в ситуации совместной деятельности – делового общения, значительно превосходит таковой в группе больных МДП. Та же закономерность выявляется при повторном, катamnестическом исследовании. Примечательно, что если при первом исследовании показатели грубого нарушения совместной деятельности отмечались примерно у трети больных шизофренией, то при повторном – уже более чем у половины из них. Среди больных МДП исходно лишь 20% обнаруживали признаки нарушения делового общения, далее этот показатель даже несколько снижался (15%).

Те же закономерности выявляются по показателю самооценки деятельности: как при первичном, так и при повторном исследовании число больных шизофренией с неадекватными самооценками собственной деятельности значительно превышает число больных МДП с аналогичными самооценками. При этом при повторном исследовании число больных шизофренией с неадекватными самооценками значительно возрастало, в то время как в группе больных МДП оно оставалось практически неизменным. Показатели эмоционального реагирования на успех/неуспех в ходе исследования обнаруживают ту же закономерность.

Таким образом, лонгитюдное исследование больных эндогенными аффективными психозами позволило выявить компоненты патопсихологического синдрома, как относительно устойчивые, так и более подверженные изменениям под влиянием текущего болезненного процесса.

ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И ПРОБЛЕМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ

Изучение патопсихологического синдрома, специфического для шизотипической и шизофренической патологии, его ведущих компонентов, **нарушенных и сохранных** аспектов психической деятельности в его структуре дает возможность практически использовать полученные данные для коррекционной работы с больными. Психологическая коррекция строится с учетом и на основе **сохранных** компонентов психической деятельности и личностных свойств, а также с учетом **компенсаторных** механизмов, позволяющих в той или иной степени преодолеть исходную, личностную дефицитарность.

Поскольку в структуре патопсихологического синдрома определяющим является снижение потребностно-мотивационных характеристик пси-

хической деятельности, применяемый нами коррекционный комплекс необходимо включал методики, направленные на **повышение мотивации деятельности**. Повышение мотивации создавалось разными способами: доведением до сознания пациента стоящей перед ним задачи, сообщением нормативных данных и сопоставлением их с результатами самого испытуемого, введением социальных оценок, поощрением и т.д. В результате введения таких стимулов у некоторой части больных повышались активность, уровень регуляции и контроля их деятельности.

Несмотря на то, что формируемая в эксперименте мотивация носит ситуационный характер и касается выполнения конкретных видов деятельности, повторение, закрепление таких ситуаций с осознанием успеха совершаемых действий приводят к возникновению положительного эмоционального отношения и обобщению частных мотиваций, что впоследствии может способствовать их переходу в достаточно устойчивые личностные характеристики. Проблема такой трансформации ситуационных мотивов в устойчивые является одной из наиболее сложных и в то же время очень важной и перспективной в коррекционной практике.

Достаточно высокий уровень социально-трудовой адаптации невозможен без активного участия самого больного в реабилитационном процессе. Этот факт отмечается и другими авторами (например, [10]). С позиций анализируемого нами психопатологического синдрома особое значение приобретают формирование у больных **произвольной мотивации** на основе осознания своей недостаточности и максимальной мобилизации усилий на ее преодоление. Реабилитационные возможности больных существенно определяются уровнем их рефлексивных способностей и волевой активности. При выраженном дефекте снижены оба эти компонента и в первую очередь – волевые характеристики личности. Следствие этого – снижение психической активности в целом, т.е. нарушение субъектной основы, на которой должна строиться коррекция. Больные в ряде случаев не могут принять помощь, оказываемую им со стороны. По меткому замечанию А.В. Брушлинского, парадокс заключается в том, что помощь не в состоянии принять именно тот, кто больше всего в ней нуждается. “Помощь ... действует не прямо, а только опосредствованно, через внутренние условия того, кому она оказывается, и лишь в меру этой его собственной активности может быть использована” [3, с. 72].

В регуляции деятельности и поведения особо важен **самоконтроль**, своеобразный индикатор уровня социального развития субъекта. Самоконтроль “держит” человека в рамках общепринятых требований, социальных и моральных правил

и установок. В нормальном состоянии самоконтроль не связан с постоянным напряжением воли и сознания, поскольку многие нормы поведения усваиваются человеком в процессе жизни, воспитания и превращаются в “психические навыки”, выполняемые на подсознательном уровне. Ребенку-аутисту для овладения этими правилами необходимо их осознание, значительные волевые усилия. Это точно подметил Г. Аспергер: “То, что другие могут усвоить в бессознательном подражании взрослым, дети-аутисты могут с большим трудом выучить с помощью понимания, с помощью правил и законов” [31, с. 2].

Наши собственные исследования [4], свидетельствующие об опережающем развитии формально-логических операций у детей-шизоидов наряду с недостаточной социальной направленностью, позволяют высказать предположение о **компенсаторной природе** развития преимущественно формального мышления. Раннее развитие формально-логического мышления, с одной стороны, и снижение его социальной детерминации – с другой, усиливает склонность к формальному анализу, когда способность к абстракции и переносу открывает неограниченные возможности для умственных упражнений, а формальный подход к анализу предметов и явлений как рядоположенных не ограничивается рамками социально значимых оценок. Это и лежит в основе “оригинального” и необычного мышления, столь часто отмечаемого у больных шизофренией. Говоря об этой особенности познавательного стиля, нельзя забывать о существеннейшем факторе, который способствует безграничному ее развитию. Речь идет о недостаточной мотивации быть понятым другими. Мышление для других требует саморегуляции и организации деятельности, использования общепринятых способов и адекватной вербализации.

Как показали результаты лонгитюдного исследования, именно стилевые характеристики познавательной деятельности и поведения оказались наиболее устойчивыми: они в наименьшей степени подвержены как влиянию текущего болезненного процесса, так и коррекционным воздействиям. Однако они могут быть частично компенсированы за счет других, более подвижных и, следовательно, поддающихся коррекции компонентов патопсихологического синдрома.

Многие больные, осознавая свою недостаточность в общении и социальной адаптации, пытаются “совершенствовать” себя: составляют различные программы и режимы работы, учебы, спортивных занятий. Часто это приводит к срывам, поскольку они не могут адекватно оценить свое состояние и возможности, соотнести их с жизненными требованиями. Одна из главных задач психологической коррекции – использование

и регулирование такой **инициативы**, которая может осуществляться в рамках индивидуальной работы с больным. В тех случаях, когда такой инициативы не отмечается, усилия психолога должны быть направлены на формирование произвольной мотивации деятельности. Наиболее эффективным оказывается включение больного в реальную совместную деятельность с постановкой конкретных и доступных ему целей и осуществление своевременного контроля за ее выполнением на всех этапах реализации. Социальная направленность формируется здесь вторично, сознательным путем.

Преимущество такого **деятельностного** подхода к реабилитационной практике больных шизофренией отмечают и другие авторы. Например, М.М. Кабанов [10] подчеркивает, что включение больных шизофренией даже с чертами выраженного дефекта в адекватную деятельность дает лучшие результаты, чем проведение с ними психотерапевтических бесед.

ВЫВОДЫ

1. В исследовании реализован системный подход к анализу психической деятельности с позиций патопсихологического синдрома, разработанного на большом контингенте больных с эндогенными психическими расстройствами. Основным компонентом патопсихологического синдрома, характеризующего шизофреническую патологию, является нарушение потребностно-мотивационных характеристик социальной регуляции психической деятельности и поведения, в первую очередь, нарушение потребности в общении.

2. Разработан специальный комплекс оригинальных и модифицированных в целях исследования методик, позволяющих выявить как качественное своеобразие изучаемой патологии психической деятельности, так и степень ее выраженности.

3. Реализация системного подхода с позиций патопсихологического синдрома позволила установить дифференциально-диагностические критерии для разных вариантов эндогенных психозов.

4. Примененный лонгитюдный метод дал возможность верифицировать и показать валидность установленных дифференциально-диагностических критериев.

5. Исследование выявило устойчивость ряда компонентов патопсихологического синдрома, специфических для шизотипической и шизофренической патологии. Показатели избирательности познавательной деятельности и когнитивного стиля остаются относительно неизменными на протяжении длительного времени, независимо от фактора движения болезненного процесса. Силевыми особенностями определяется своеобразная окраска облика и поведения не только больных, но

и их здоровых родственников. Относительная неизменность позволяет рассматривать их в системе конституционально-обусловленных типологических особенностей личности.

6. Изменение других компонентов патопсихологического синдрома (снижение показателей мотивации и регуляции коммуникативной деятельности, неадекватность самооценок и др.) было связано с нарастанием дефекта у больных шизофренией.

7. Принципы психологической коррекции больных эндогенными психозами базируются на реализации субъектно-деятельностного подхода. Она основывается на использовании как личной инициативы больных, так и в случаях ее отсутствия – применении методических приемов, способствующих формированию произвольной мотивации деятельности. Квалификация патопсихологического синдрома позволяет выявить как нарушенные, так и сохранные компоненты психической деятельности больных, которые вследствие снижения мотивации и активности остаются нереализованными. Коррекционная работа строится с учетом потребностей, интересов, способностей больных, их склонностей, навыков и умений. На этом основываются рекомендации, касающиеся их профессиональной деятельности, трудоустройства, выбора наиболее адекватного места в жизни.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Баженова О.В. Диагностика психического развития детей первого года жизни. М., 1986.
2. Блейлер Э. Аутистическое мышление. Одесса, 1927.
3. Брушлинский А.В. Психология субъекта. СПб., 2003.
4. Воробьев В.Ю. Шизофренический дефект (на модели шизофрении, протекающей с преобладанием негативных расстройств) // Дисс. ... докт. мед. наук. М., 1988.
5. Ганнушкин П.Б. Избранные труды. М., 1969.
6. Гончарова Л.В., Мелешко Т.К. Психологический анализ и коррекция раннего детского аутизма шизофренического генеза // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1990. Вып. 1. С. 88–93.
7. Горюнова А.В., Козловская Т.В. Нервно-психическая дезинтеграция в раннем онтогенезе детей из группы высокого риска к эндогенным психическим заболеваниям // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1990. Вып. 10. С. 1534–1538.
8. Зейгарник Б.В. Личность и патология деятельности. М., 1971.
9. Зейгарник Б.В., Братусь Б.С. Очерки по психологии аномального развития личности. М., 1980.
10. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. Л., 1985.
11. Конопкин О.А. Психическая саморегуляция произвольной активности человека (структурно-функциональный аспект) // Вопросы психологии. 1995. № 1. С. 5–17.
12. Коул М., Скрибнер С. Культура и мышление. М., 1977.
13. Коченов М.М., Николаева В.В. Мотивация при шизофрении. М., 1978.
14. Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. М., 1991.
15. Ломов Б.Ф. Системность в психологии. Избранные психологические труды. М.–Воронеж, 1996.
16. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. М., 1973.
17. Маслоу А.Г. Мотивация и личность. СПб., 1999.
18. Мелешко Т.К., Критская В.П., Цуцельковская М.Я., Каледа В.Г. К проблеме нозологической дифференциации юношеского шизоаффективного психоза (клинико-психологический анализ) // Аффективные и шизоаффективные психозы. М., 1998. С. 286–294.
19. Моросанова В.И. Личностные аспекты саморегуляции произвольной активности человека // Психол. журн. 2002. Т. 23. № 6. С. 5–17.
20. Николаева В.В. Личностные аспекты саморегуляции произвольной активности человека // Психол. журн. 2003. Т. 24. № 3. С. 13–21.
21. Пантелеева Г.П. Место аффективных и шизоаффективных психозов в современной систематике эндогенных заболеваний // Аффективные и шизоаффективные психозы. М., 1998.
22. Руководство по психиатрии / Под ред. А.С. Тиганова. М., 1999.
23. Русалов В.М. Природные предпосылки и индивидуально-психофизиологические особенности личности // Психология личности в трудах отечественных психологов. СПб., 2000. С. 66–74.
24. Селиванов В.В. Личностные характеристики субъекта мышления. Университетский вестник. Смоленск, 2003. № 2. С. 37–47.
25. Сергиенко Е.А. Об онтогенезе субъекта. Психология индивидуального и группового субъекта. М., 2002. С. 270–309.
26. Сергиенко Е.А., Лебедева Е. И. Понимание обмана детьми дошкольного возраста в норме и при аутизме // Психол. журн. 2003. Т. 24. № 4. С. 54–65.
27. Слободчиков В.И. Эмпирическое исследование организации предметного содержания сознания. Опыт системного исследования психики ребенка. М., 1975.
28. Снежневский А.В. Nosos et pathos schizophreniae. Шизофрения. Мультидисциплинарное исследование. М., 1972.
29. Холодная М.А. Когнитивные стили // Стилль человека: психологические стили. М., 1998. С. 52–63.
30. Юнг К. Психологические типы. СПб.–М., 1995.
31. Asperger H. Die "autistischen Psychopaten" im Kindesalter // Arch. Psychiat. Nervenkr. 1944. Bd. 117. S. 2.
32. Carrol Z.B., Laurence J. C., Maclay H.C., Ervin S.M. Studies in comparative efficiency // Field Manual of the South – West Project in Comparative Psycholinguistics. Cambridge, 1956.

PATHOPSYCHOLOGICAL SYNDROME IN SYSTEM RESEARCH OF MENTAL ACTIVITY PATHOLOGY

V. P. Kritskaya*, T. K. Meleshko**

**Cand. sci. (psychology), senior researcher of department of clinical psychology SCMH RAMS, Moscow*

***Cand. sci. (psychology), senior researcher, the same place*

The pathopsychological syndrome, specific for schizotypic and schizophrenic pathology is defined. The longitudinal data are described, possessed to trace the dynamic of components of named syndrome. The ways of application of system approach from the position of pathopsychological syndrome to the developing the problems of differential diagnostic and psychological correction of patients with endogenous psychosis are pointed out.

Key words: system approach, pathopsychological syndrome, autism, social *direction*, self-regulation, longitude, psychological correction.