

ЭМОЦИИ И МОТИВАЦИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ В СИТУАЦИЯХ КООПЕРАЦИИ И КОНКУРЕНЦИИ¹

© 2002 г. М. Г. Кириллова*, Н. С. Курек**

*Психолог, Центр психолого-медико-социального сопровождения детей и подростков, Москва

**Доктор психол. наук, профессор, МГПУ, Москва

Изучали эмоциональное состояние и эмоциональное отношение к партнерам до и после кооперации и конкуренции, восприятие успехов–неудач, желание повторно участвовать в интеракции. Исследовали 40 диад больных шизофренией, 2 контрольные группы больных шизофренией и 30 здоровых испытуемых. Применяли методы: экспериментальные модели Ж. Нюттена, шкалы эмоционального состояния и эмоционального отношения к партнеру, опрос, наблюдение. По результатам сравнительного исследования у больных шизофренией обнаружены: дефицит позитивного эмоционального реагирования в кооперации и парадоксальное позитивное реагирование в конкуренции; дефицит мотивации самооценки, который выражен сильнее, чем дефицит мотивации социальных контактов; дефицит коммуникативных навыков и нарушение вероятностных законов эмоциональной импресии; выявлено, что кооперация обладает психотерапевтическим потенциалом.

Ключевые слова: интеракция, кооперация, конкуренция, эмоции, мотивация, аутизм, ангедония, потребности социальных контактов, потребности самооценки, больные шизофренией.

Аутизм, описанный Е. Блейлером [1] в начале XX в., отражает сущность шизофрении. Он определяется как состояние необычной поглощенности человека самим собой [18]. До конца не выяснены его природа, механизмы и способы компенсации и лечения. Экспериментальная психология может внести свой вклад в решение этих вопросов. Проблемы удовлетворения потребностей самооценки (т.е. нарциссических) и потребностей социальных контактов отчетливо отражаются в многообразных шизофренических симптомах, составляя их основное психологическое содержание. Шизофренический бред и галлюцинации можно рассматривать как ирреальное, аутистическое удовлетворение потребностей, осуществляемое в символическом плане.

В 1984 г. Ч. Волейс [19] опубликовал обширный обзор исследований общения больных шизофренией. Эти исследования позволяют предположить, что к аутистическому удовлетворению базальных потребностей приводят различные системные нарушения общения, предшествующие началу заболевания и во многом предопределяющие также исход шизофрении: 1) снижение роли межличностных стимулов как подкрепляющих общение; 2) стремление к ограничению социальных контактов, 3) дефицит навыков, необ-

ходимых для инициации и поддержания межличностных контактов.

В качестве рабочих гипотез, которые уточняют первые две, указывая на механизм снижения роли межличностных стимулов и стремления к ограничению контактов, мы выдвинули следующие положения.

Гипотеза 1. У больных шизофренией имеется дефицит положительного эмоционального реагирования в ситуации общения, являющейся источником положительных эмоций. Мы предполагали, что в такой ситуации у больных недостаточно усиливаются положительные эмоции, в меньшей мере, чем у здоровых, ослабевают отрицательные эмоции и слабо улучшается отношение к партнеру.

Гипотеза 2. У больных шизофренией нарушение как мотивация социальных контактов, так и мотивация самооценки (в частности, мотивация достижения).

Потребности, соответствующие этим двум классам мотивов, побуждают человека вступать в различные формы коммуникаций и взаимодействия, если формируются адекватные мотивы, направляющие активность человека.

Первая гипотеза основана на исследованиях ангедонии С. Радо [17], Л.Дж. Чепмана и др. [13], Н.С. Курека [5], а также на представлениях о неспособности больных шизофренией формировать чувства по отношению к другим людям и себе [11]. Принимали мы во внимание также взгляды анти-

¹ Работа выполнена в конце 80-х годов на базе клиники Института психиатрии АМН СССР, и в 1992 г. ее результаты были представлены на XXV Международном психологическом конгрессе.

психиатров на страх больных шизофренией потерять свое "Я" в общении с другими [14].

Вторая гипотеза основывалась на многочисленных зарубежных исследованиях поведения больных шизофренией в группах [11, 12, 19] и на исследованиях мотивации достижения этих больных, проведенных Куреком [3, 4]. По А. Маслоу [15], потребностям социальных контактов соответствуют мотивы любви, нежности, социальной присоединенности, идентификации, а потребностям самооценки – мотивы достижения, поиска признания и одобрения. В соответствии с идеей А. Маслоу об иерархическом строении структуры потребностей, мы полагали, что мотивация социальных контактов может быть нарушена у больных шизофренией в меньшей степени, чем мотивация самооценки, поскольку последняя в иерархии потребностей надстраивается над первой и удовлетворение высших потребностей невозможно без удовлетворенности низших.

Наш интерес к исследованию конкуренции и кооперации в диадах обусловлен тремя следующими причинами:

1. Эти формы интеракции являются основными в жизни людей, они играют важную роль в семье и общественной жизни индивидов.

2. Мы полагали, что эти формы интеракции содержат потенциальные возможности для дифференцированного изучения мотивации, так как конкуренция может актуализировать мотивы достижений, а кооперация, в которой для достижения общей цели необходимо распределять функции между участниками, может актуализировать, кроме мотивов достижения, и мотивы социальной присоединенности.

3. Ж. Нюттен [6] экспериментально показал, что конкуренция и кооперация влияют на восприятие собственных успехов-неудач; по его мнению, это свидетельствует об их эмоциогенности [6, 16].

Конкуренция представлялась нам более конфликтной ситуацией, сопряженной с отрицательными эмоциями в случае проигрыша. Кооперация имеет гораздо меньший потенциал конфликтности и предрасполагает к положительным эмоциям обоих участников.

Эмоции интересовали нас и сами по себе – в связи с первой гипотезой и механизмом их влияния на восприятие успехов-неудач. Возник вопрос: не опосредованно ли мотивацией искажающее влияние эмоций на восприятие собственных успехов-неудач. Исследования К. Левина и Б.В. Зейгарник [20], экспериментальные работы в рамках теории деятельности А.Н. Леонтьева (П.В. Зинченко [2], А.А. Смирнов [10]) показывают, что точнее и полнее отражаются субъектом те аспекты реальности и собственной деятельности, которые имеют более прямое отношение к

актуальным его потребностям, целям и задачам реализуемой деятельности. Исходя из этих закономерностей, мы считали, что восприятие успехов-неуспехов релевантно потребности самооценки (в нашем случае – мотивации достижения), а восприятие партнера по интеракции релевантно потребности социальных контактов (в нашем случае – мотивации социальной присоединенности).

Характеристики этих восприятий послужили и для анализа особенностей мотивации больных шизофренией в сравнении со здоровыми испытуемыми.

Более непосредственный анализ мотивации в конкуренции и кооперации может быть основан на рефлексии испытуемыми собственных желаний, а также на особенностях их эмоциональных реакций в ситуации взаимодействия. Ведь общепринятым в психологии является положение, что эмоции отражают значение ситуации и отдельных ее характеристик для субъекта в их отношении к удовлетворению его актуальных потребностей. Эту закономерность, учитывая еще и фактор вероятности удовлетворения потребности, П.В. Симонов [9] представлял формулой $\mathcal{E} = f(\Pi, И...)$, где $\mathcal{E}$ – эмоция, Π – потребность, $И$ – разность информации, необходимой и существующей для удовлетворения потребности.

Следовательно, позитивный сдвиг в эмоциональном состоянии субъекта в какой-то определенной ситуации может свидетельствовать об удовлетворении актуальных потребностей. Конечно, предпочтительнее было бы анализировать отдельные ситуативные эмоции различных модальностей, тем более, что они, согласно Симонову, специфичны для отдельных потребностей. Но в этом вопросе очень много теоретически неясного и методически трудно осуществимого. Поэтому мы предпочли изучать не отдельные эмоции, а эмоциональное состояние и его динамику как результат экспериментального воздействия, помещая испытуемых в ситуации кооперации и конкуренции.

Под эмоциональным состоянием мы понимаем обусловленное ситуационными и внутренними факторами состояние здесь и теперь, которое является условной суммой всех аффективных составляющих (настроения, ситуативных эмоций разных модальностей и т.п.). Эмоциональное состояние характеризуется содержанием переживаний, их силой и длительностью. В нашей работе нас интересовало соотношение положительных эмоций (радости) и отрицательных (страха, гнева, печали). Мы анализировали только переживание, или субъективное ощущение (по К.Э. Изарду), оставляя без внимания такие компоненты эмоций, как физиологический и отчасти экспрессивный.

Экспериментальная проверка двух рабочих гипотез требовала изучения межличностных отношений. В них нас интересовал знак эмоционального отношения к партнеру по интеракции, его динамика и динамика количества оценок различных качеств партнера.

МЕТОДИКА

Характеристики групп испытуемых. В исследовании участвовали больные шизофренией с разной степенью выраженности дефекта в форме апатии и эмоциональной уплощенности в рамках параноидной и непараноидной шизофрении. На момент исследования продуктивная симптоматика у испытуемых практически отсутствовала или была выражена минимально.

40 больных участвовали в 1-й серии (кооперация), 40 больных – во 2-й (конкуренция), 20 больных – в 3-й (индивидуальный счет), 20 больных – в 4-й (индивидуальное распознавание эмоций). При этом 19 пациентов участвовали и в кооперации, и в конкуренции. Возраст больных варьировал от 17 до 56 лет, 80% были в возрасте от 20 до 40 лет. Подавляющее большинство имело среднее, незаконченное высшее или высшее образование. Продолжительность болезни у 97% пациентов не превышала 15 лет, у 63% – давность заболевания не больше 5 лет. Контрольные группы больных и две основные группы не имели между собой значимых различий по психопатологическим, исходным, психологическим, эмоциональным характеристикам, а также по возрасту, полу и образованию.

В качестве контрольных были также исследованы здоровые испытуемые: 30 мужчин в кооперации и 28 – в конкуренции.

Экспериментальная процедура. Исследование больных и здоровых в интеракции состояло из 4 этапов.

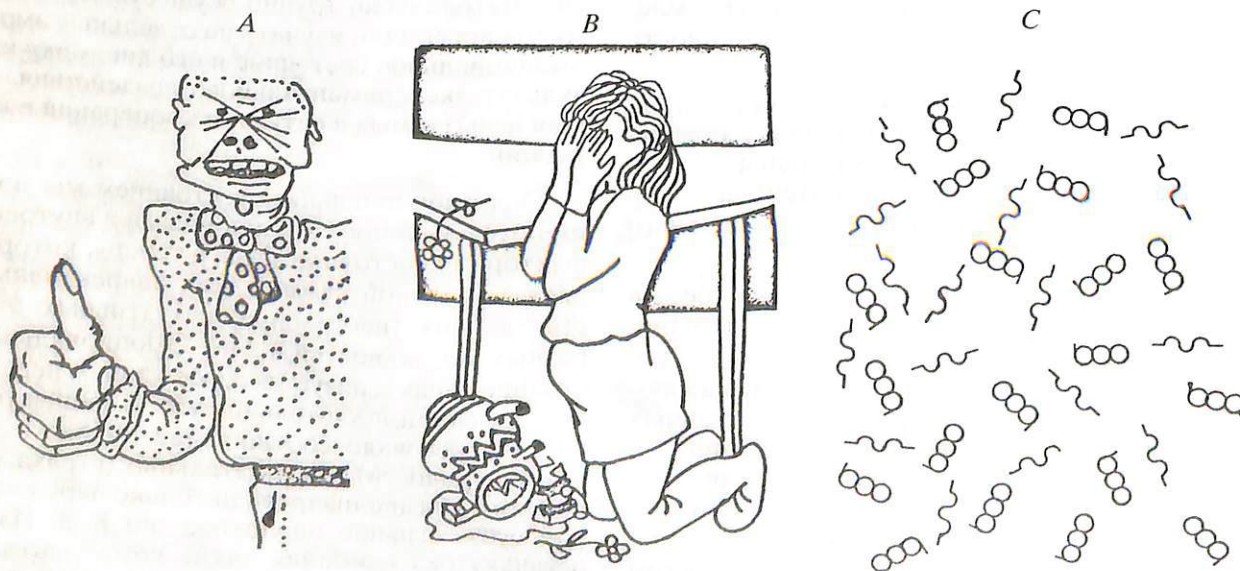
1-й этап. Приглашались двое больных (или двое здоровых) испытуемых. Им сообщали о предстоящем участии в кооперации (или конкуренции). После этого с каждым отдельно проводилась процедура измерения исходного эмоционального состояния и исходных эмоциональных отношений партнеров друг к другу. Для этого использовались следующие методики.

1. Дифференциальная шкала эмоций (модификация метода А.Е. Ольшанниковой [7]), включавшая феноменологическое описание четырех эмоций – печали, страха, гнева и радости). Испытуемому давали инструкцию: "Оцените, в какой мере выражено каждое из описанных переживаний у вас в данный момент, используя оценки "очень сильно", "сильно", "средне", "слабо", "очень слабо", "нет".

2. Второй методикой был перечень из 42 различных парных характеристик человека, связанных с внешним видом, отношением к другим людям, к делу и т.п. (например, добродушный–злой, старательный–ленивый). Испытуемый должен был отметить на бланке те характеристики, которые, по его мнению, присущи партнеру по будущей интеракции и знаками "+" "–" или "0" показать, нравится ему указанная характеристика или нет, или она ему безразлична.

2-й этап. После измерения эмоционального состояния и межличностных отношений (1-й этап) в *первой серии* экспериментов испытуемым предлагали решать 22 счетные задачи типа гомеостат (см. рисунок, позиция С) в кооперативной деятельности, а во *второй серии* – соревноваться друг с другом в распознавании эмоций по жестам, позам, мимике, изображенным на 24 карточках (см. рисунок, позиции А, В). Стимульный материал для второй серии разработан Н.С. Куреком и О.Ю. Казминой. Эти экспериментальные ситуации представляют собой модификации экспериментальных моделей кооперации–конкуренции Нюттена [6].

В инструкции *первой серии* говорилось: "Вам необходимо как можно более точно сосчитать общее количество фигур, изображенных на каждой карточке. Время предъявления каждой карточки строго ограничено, один человек за это время сосчитать не успеет, вы можете работать вместе и сообщать коллективное мнение-ответ. Этот ответ будет оцениваться как успешный или неуспешный в зависимости от того, попадает ли он в интервал точности задач или нет". Каждый раз перед началом подсчета карточка с изображением множества фигур нескольких типов предъявлялась на несколько секунд для ориентировки в задаче и испытуемым предоставлялась возможность обсудить тактику совместной работы. Когда диада заканчивала обсуждение и приступала к счету, один из экспериментаторов тщательно протоколировал поведение испытуемых, как и при обсуждении тактик, а другой предъявлял карточки и оценивал ответы испытуемых, чтобы сообщить им о 50% успеха и 50% неуспеха (по схеме Нюттена [6, 16].



Коллективное решение испытуемыми 22 счетных задач типа гомеостат в кооперации (С) и по распознаванию эмоций по жестам, позам, мимике, изображенным на 24 карточках, в конкуренции (А, В).

В инструкции второй серии двум испытуемым предлагалось посоревноваться друг с другом в распознавании состояний людей, изображенных на карточках ("Что испытывают изображенные на карточках люди, каково их состояние?"). В конкуренции ответы испытуемых, записываемые ими на отдельных листах бумаги, сравнивались: "лучше/хуже партнера". Успехов и неудач каждый испытуемый также получал по 50%.

3-й этап. Включал опрос испытуемых поодиночке. Задавались вопросы об оценке числа успехов и неудач, о причинах успехов и неудач, о желании в другой раз участвовать в такой же интеракции и с каким партнером (тем же или другим).

4-й этап. Представлял собой повторение процедуры первого этапа, связанной с оценкой эмоционального состояния и качеств партнера.

Кроме того, в исследовании с больными шизофренией проводились две дополнительные контрольные серии (3-я и 4-я), отличавшиеся от первых двух только индивидуальным характером деятельности: в *третьей серии* испытуемые занимались индивидуальным счетом, а в *четвертой* – индивидуальным распознаванием эмоций.

Таким образом, в эксперименте *независимыми переменными* были ситуации (конкуренция, кооперация, индивидуальная деятельность) и психическая норма-патология (здоровые, больные шизофренией), а *зависимыми переменными* – эмоциональное состояние, эмоциональные межличностные отношения членов диады, восприятие успехов-неуспехов, желание участвовать в подобной деятельности в будущем.

Основные показатели и процедура их подсчета

1. Показатели эмоционального состояния:

А). Показатель актуального эмоционального состояния (положительного или отрицательного знака) подсчитывался по формуле:

$$\text{ЭС} = P - \frac{П + С + Г}{3},$$

где ЭС – показатель общего эмоционального состояния отрицательного или положительного знака, Р – показатель интенсивности радости, П – печали, С – страха, Г – гнева. Эти показатели могли принимать значения 0, 1, 2, 3, 4, 5 в соответствии с субъективными оценками испытуемых "нет", "очень слабо", "слабо", "средне", "сильно", "очень сильно". Чем выше уровень радости и ниже – отрицательных эмоций, тем выше показатель ЭС. Если индекс радости у испытуемого выше среднего индекса отрицательных эмоций (печали, страха и гнева), он имеет положительное значение, если ниже – отрицательное.

Б). Показатель изменения эмоционального состояния подсчитывался по формуле:

$$K = \text{ЭК}(к) - \text{ЭС}(и),$$

где ЭС(к) – конечное эмоциональное состояние (после экспериментальной деятельности), ЭС(и) – исходное эмоциональное состояние (перед экспериментальной деятельностью). Если эмоциональное состояние ухудшалось, т.е. ослабевала радость, и усиливались отрицательные эмоции, то значение $K < 0$. Если, напротив, эмоциональное состояние улучшалось, радость повышалась, а негативные эмоции снижались, то $K > 0$. Если же эмоциональное состояние не менялось, то $K = 0$.

2. Показатели эмоционального отношения к партнеру:

Уровень актуального эмоционального отношения к партнеру подсчитывался по формуле

$$\text{ЭОП} = \frac{п}{н},$$

где п – количество субъективных позитивных характеристик партнера, н – количество субъективных негативных характеристик партнеров.

Второй показатель характеризовал динамику эмоционального отношения к партнеру и подсчитывался по формуле:

$$k = \text{ЭОП}(к) - \text{ЭОП}(и),$$

где ЭОП(и) – показатель исходного (перед экспериментальной деятельностью), а ЭОП(к) – показатель конечного эмоционального отношения к партнеру (после экспериментальной деятельности).

3. Показатель точности восприятия успехов-неуспехов подсчитывался по формуле

$$B = Y - \text{НУ},$$

где Y – количество воспринятых успешных задач; НУ – количество воспринятых неуспешных задач.

4. Точность распознавания эмоций анализировалась на основе соответствия ответов испытуемых эмоциональному содержанию изображений. С этой целью подсчитывались три показателя точности распознавания эмоций:

ТРЭ(1) – показатель точности однозначных изображений (на которых человек испытывает и выражает одно чувство) подсчитывался по формуле

$$\text{ТРЭ}(1) = \text{ВО} : M \cdot 100\%,$$

где ВО – количество верных ответов, M – максимальное количество верных ответов, равное 16.

ТРЭ(2) – показатель точности двухзначных изображений (на которых человек выражает несколько, часто совершенно противоположных чувств). ТРЭ(2) подсчитывался по аналогичной формуле, но максимально возможное количество верных ответов равно 8. Верным считался ответ, правильно называвший хотя бы одну из изображаемых эмоций.

ТРЭ – суммарный показатель точности распознавания эмоций подсчитывался по аналогичной формуле, но максимально возможное количество верных ответов равно 24.

На основании ответов при распознавании эмоций подсчитывался также показатель ослабления ориентации на эмоциональное состояние другого человека формуле

$$\text{НЭО} = \frac{нэ}{24} \cdot 100\%,$$

где нэ – количество неэмоциональных ответов испытуемого, 24 – общее количество карточек.

В исследовании подсчитывалась достоверность отличий результатов по критериям: χ^2 , статистическому критерию знаков и парному критерию Вилкоксона.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Исходное эмоциональное состояние и эмоциональное отношение к партнеру у здоровых испытуемых и больных шизофренией перед экспериментальной деятельностью

а). У больных шизофренией перед началом экспериментальной деятельности эмоциональное состояние гораздо хуже, чем у здоровых испытуемых. Показатель ЭС(и) у больных шизофренией, по сравнению со здоровыми, гораздо более низкий (χ^2 -критерий, $p > 0.05$). Его снижение определяется более высокой (приблизительно в 1.9 раза) интенсивностью отрицательных эмоций и более низкой интенсивностью (приблизительно в 1.6 раза) положительных эмоций. В контрольных группах больных уровень исходного эмоционального состояния несколько выше, чем у больных основной группы, но эти различия незначительны и незначимы по χ^2 -критерию. Возможно, это минимальное различие связано с

Таблица 1. Частота позитивных ($K > 0$) и негативных ($K < 0$) изменений эмоционального состояния после интеракции и индивидуальной деятельности

Коэфф.	Здоровые испытуемые		Больные испытуемые			
	1-я серия Кооперация Совм. счет	2-я серия Конкуренция Расп. эмоций	1-я серия Кооперация Совм. счет	2-я серия Конкуренция Расп. эмоций	3-я серия Индивидуальный счет	4-я серия Индивидуальное расп. эмоций
$K > 0$	17	8	25	16	6	9
$K = 0$	8	8	5	8	4	6
$K < 0$	6	12	10	16	10	5

Таблица 2. Коэффициенты корреляции (Спирмена) между показателями исходного эмоционального состояния ($ЭС(и)$) и его изменения (K)

	Здоровые испытуемые		Больные испытуемые	
	Кооперация	Конкуренция	Кооперация	Конкуренция
Коэфф. корреляции	-0.693	0.091	-0.236	-0.158

информированием пациентов основной группы о предстоящей интеракции.

б). У больных шизофренией было выявлено менее положительное отношение к будущему партнеру по диаде, чем у здоровых. Значение показателя ЭОП(и) у здоровых – 6, у больных – 1.5; а перед конкуренцией – 5 и 2.4. Некоторые различия в показателе ЭОП(и) перед конкуренцией и кооперацией, возможно, отражает влияние предварительной информации о том, в какой интеракции предстоит участвовать испытуемому.

Особенности поведения больных шизофренией в интеракции в сравнении со здоровыми

а). Больные шизофренией, по сравнению со здоровыми, значительно менее активны и инициативны в общении. 50% больных не вступали вначале в кооперативную деятельность совместного счета, несмотря на необходимость, предложения, а порой и требования экспериментатора. Эти больные демонстрировали индивидуалистические установки. Один из них даже заявил: «Как мы можем считать вместе? У нас разные диагнозы».

20% больных продемонстрировали эгоцентризм, не умея понятно объяснить партнеру свою позицию и принять его. Около 25% больных при распределении функций выбрали более легкую задачу, создавая себе щадящий режим и не считаясь с интересами партнера и диады. В ходе кооперации больные шизофренией реже реагировали на успех–неуспех, чем здоровые испытуемые. Так, если у здоровых в среднем отмечались в 22 задачах счета 5 отрицательных и 4.6 положительных реакций, то у больных – всего лишь 1.5 положительных и 3.2 отрицательных.

б). В конкуренции многие больные производили впечатление людей, внешне безразличных к

оценкам экспериментатора, в то время как здоровые испытуемые радовались успеху и досадовали на неудачу, что проявлялось в поведенческих реакциях.

Изменение эмоционального состояния и эмоционального отношения к партнеру после экспериментального решения задач и желание участвовать в следующий раз в подобной деятельности

1-я серия: кооперация

а). Кооперация приводит к позитивному изменению эмоционального состояния за счет снижения интенсивности отрицательных и повышения положительных эмоций как у здоровых, так и у больных испытуемых. В табл. 1 представлено количество позитивных, негативных и нулевых показателей $K = ЭС(к) - ЭС(и)$ в группах, участвовавших в кооперации. Эти изменения эмоционального состояния у здоровых и больных статистически достоверны (критерий знаков, $p < 0.01$).

Отметим, что, несмотря на позитивное изменение эмоционального состояния больных шизофренией в результате кооперации, их показатель $ЭС(к)$ все равно не достигает даже исходного уровня здоровых испытуемых. Если у здоровых исходный уровень радости – 2.9, а после кооперации – 3.2, то у больных шизофренией – 1.9 и 2.2. Усредненный показатель отрицательных эмоций у здоровых перед кооперацией равен 1.2, после кооперации – 0.65, а у больных – 1.75 и 1.5. Таким образом, у здоровых $ЭС(И) = 1.7$, а у больных шизофренией $ЭС(к) = 0.7$.

Укажем еще на одну закономерность, выявленную с помощью коэффициента корреляции Спирмена: чем негативнее исходное эмоциональное состояние, тем позитивнее и больше его изменения в кооперации. Эта закономерность осо-

бенно отчетливо выступает в группе здоровых и в значительно ослабленном виде прослеживается в группе больных (см. табл. 2).

б). Кооперация улучшает эмоциональные отношения между партнерами в обеих группах, при этом в группе больных в меньшей степени. Показатель ЭОП возрастает у здоровых с 6 до 12 (критерий знаков, $p < 0.01$), а у больных – с 1.5 до 3.4 (критерий знаков, $p < 0.01$).

в). В группе здоровых 88% испытуемых хотели бы в другой раз участвовать в кооперации и предпочли бы того же партнера. В группе больных только 52% испытуемых хотели бы в следующий раз участвовать в кооперации и 62% предпочли бы того же партнера.

Заметим, что взаимодействие не с больными, а со здоровыми партнерами могло бы привести к несколько иным результатам.

3-я серия (контрольная по отношению к 1-й серии): *индивидуальный счет* (исследовались только больные шизофренией)

а). Индивидуальная деятельность счета с 50% оценок “правильно” и 50% оценок “неправильно”, даваемых экспериментатором, предрасполагает к негативному изменению эмоционального состояния больных шизофренией (см. табл. 1). Эти изменения статистически значимы (парный критерий Вилкоксона, $p = 0.05$).

б). Только 20% испытуемых контрольной группы больных хотели бы участвовать в другой раз в подобной деятельности. Это были в основном те испытуемые, у которых возник хороший контакт с экспериментатором.

2-я серия: конкуренция

а). Объективно бесприигрышное соревнование в распознавании эмоций предрасполагает к негативному изменению эмоционального состояния здоровых испытуемых (см. табл. 1). Эти изменения статистически значимы (критерий знаков, $p = 0.05$).

У больных шизофренией такое соревнование порождало статистически незначимые, слабые тенденции к улучшению эмоционального состояния (см. табл. 1). Больных с отрицательным показателем К на 5% меньше, чем среди здоровых, а процент больных с положительным показателем К в 1.4 раза больше, чем в контрольной группе здоровых. Эта разница между группами больных и здоровых возникла не только из-за более частого и существенного снижения интенсивности отрицательных (преимущественно печали) эмоций у больных шизофренией. У них обнаруживается не-

которая паратимическая тенденция усиления радости. Так, у 25% здоровых испытуемых после конкуренции показатели радости снизились, у 17.9% – повысились, у больных шизофренией, наоборот, у 17.5% они снизились, у 25.6% – повысились.

б). В группе здоровых эмоциональное отношение к сопернику имеет тенденцию ухудшаться. Она статистически достоверна (критерий знаков, $p < 0.01$). Однако степень изменения отношения к партнеру в конкуренции у здоровых значительно меньше, чем в кооперации, что определяется меньшим числом задействованных характеристик. В конкуренции средний по группе показатель ЭОП изменяется только от 5.05 до 4.83.

В группе больных шизофренией отношение к сопернику имеет парадоксальную тенденцию к улучшению (критерий знаков, $p < 0.05$). Среднегрупповой показатель эмоционального отношения к партнеру у больных увеличился вследствие конкуренции с 2.5 до 3. После конкуренции 32% здоровых увеличили количество положительных характеристик партнера, 28% – уменьшили, у больных шизофренией – 42.5% и 27.5%. Приблизительно одинаковое количество случаев как увеличения, так и уменьшения отрицательных характеристик партнера отмечалось в обеих группах после конкуренции.

а). 78.5% здоровых испытуемых хотели бы еще раз участвовать в подобном соревновании, при этом 53.5% предпочли того же партнера. В группе больных только 39% проявили такое желание и 45% больных предпочли бы того же партнера.

4-я серия (контрольная по отношению ко 2-й серии): *индивидуальное распознавание эмоций* (исследовались только больные)

а). Распознавание эмоций в индивидуальной деятельности с 50% успехов и 50% неудач предрасполагает к позитивному сдвигу в эмоциональном состоянии больных шизофренией (см. табл. 1). Эти позитивные изменения статистически достоверны (критерий знаков, $p < 0.05$).

б). 22% больных контрольной группы хотели бы участвовать в следующий раз в подобной деятельности.

Восприятие успехов–неудач и его взаимосвязь с эмоциональными переменными

У здоровых испытуемых восприятие своих успехов–неудач реалистичнее в конкуренции, чем в кооперации (см. табл. 3). При этом недооценка числа успехов больше в кооперации.

Таблица 3. Частота встречаемости различных показателей точности восприятия успехов–неудач (в %)

Вид интеграции	Здоровые испытуемые			Больные испытуемые		
	$B > 0$	$B = 0$	$B < 0$	$B > 0$	$B = 0$	$B < 0$
Кооперация	32	13	54	20	17.5	62.5
Конкуренция	25	47	28	45	17.5	37.5

Таблица 4. Коэффициент корреляции (Спирмена) между показателем точности восприятия успехов–неудач (В) и показателями эмоционального состояния (К и ЭС(к))

Группы и вид интеракции		Коэфф. корр. между В и К	Коэфф. корр. между В и ЭС(к)
Здоровые	Кооперация	0.093	0.038
	Конкуренция	0.309	0.248
Больные	Кооперация	0.065	-0.106
	Конкуренция	0.098	-0.134

У больных шизофренией реалистичность восприятия своих успехов–неуспехов приблизительно одинакова в обоих видах интеракции и существенно снижена по сравнению с реалистичностью восприятия здоровых в конкуренции (см. табл. 3). Как и у здоровых, недооценка успехов у больных встречается чаще и больше выражена в кооперации. В конкуренции у больных шизофренией наблюдается противоположная здоровым тенденция переоценивать свои удачи.

Коэффициент корреляции (Спирмена) между В и К указывает на некоторую прямую взаимосвязь изменения эмоционального состояния и восприятия успехов и неудач в конкуренции у здоровых испытуемых (табл. 4). Такой зависимости нет у них в кооперации и нет у больных шизофренией ни в одном виде интеракции (см. табл. 4). Чем позитивнее конечное эмоциональное состояние здоровых испытуемых в конкуренции, тем больше успехов у себя склонны они видеть (см. коэффициент корреляции между В и ЭС(к) в табл. 4). У больных в конкуренции нет такой тенденции.

Навыки распознавания эмоций и ориентация на эмоциональное состояние другого человека

Точность распознавания эмоций у больных шизофренией на 11% ниже, чем у здоровых ($p < 0.05$). При этом у больных изменяются вероятностные законы социальной перцепции: двойные изображения, вызывающие затруднения у здоровых, больными распознаются легче, а однозначные изображения распознаются хуже, чем двухзначные. Последнее соответствует ранее выявленным нарушениям в познавательной деятельности (Поляков Ю.Ф., 1976) [8].

У больных шизофренией, по сравнению со здоровыми испытуемыми, на 13% больше неэмоциональных ответов (например, “думает”, “делает зарядку”, “рот раскрыл”). Это свидетельствует о снижении ориентации на эмоциональное состояние другого человека.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

В кооперации (1-я серия) у больных шизофренией и здоровых происходили позитивные сдвиги как в эмоциональном состоянии, так и в эмоциональном отношении к партнеру. Но величина этих изменений была меньше у больных, чем у здоровых испытуемых. Индивидуальная деятельность счета (3-я серия) в противоположность счету в диаде (1-я серия) приводила к ухудшению эмоционального состояния больных шизофренией и в 3 раза реже, чем в кооперации, вызывала у них желание участвовать еще раз в подобной деятельности. Кроме того, в отличие от индивидуального счета, индивидуальное распознавание эмоций (4-я серия), которое является коммуникативной активностью, позитивно сказывалось на эмоциональном состоянии больных шизофренией, хотя существенно и не увеличило (по сравнению с индивидуальным счетом) количество пациентов, желавших участвовать в такой деятельности повторно.

Таким образом, сравнение результатов 3-й и 4-й серий и прежде всего 1-й серии экспериментов, в которой у больных выявлены выраженные тенденции реагирования, аналогичные здоровым реакциям, а также 1-й и 3-й контрольных серий позволяют говорить об относительно сохранной мотивации социальных контактов у больных шизофренией. Однако эту мотивацию можно считать несколько сниженной, так как в 1-й серии:

1) больные испытуемые значительно реже, чем здоровые, выражали желание повторно участвовать в кооперации с одним и тем же партнером;

2) эмоциональное отношение к партнеру улучшалось в гораздо меньшей мере, чем у здоровых;

3) на основе выявленной в “норме” закономерности более значительного улучшения эмоционального состояния при более негативном исходном эмоциональном состоянии можно было бы ожидать, что при абсолютной сохранной мотивации социальных контактов значительно сниженное исходное эмоциональное состояние больных претерпит более выраженные позитивные изменения. Этого не произошло, и конечное эмоциональное состояние больных не достигло даже исходного уровня эмоционального состояния здоровых.

Два последних факта указывают также на дефицит положительного эмоционального реагирования больных шизофренией в положительной эмоциогенной ситуации общения. Об этом свидетельствуют и данные наблюдения за поведенческими реакциями в кооперации и при успехе в конкуренции.

Сопоставление данных 4-й и 2-й серий экспериментов, в которых группы здоровых и больных испытуемых сильно различаются между собой по

направленности происходящих эмоциональных изменений, а также отсутствие у больных взаимосвязи между восприятием успехов-неуспехов и изменением эмоционального состояния, которая есть в конкуренции у здоровых, снижение (по сравнению со здоровыми) реалистичности восприятия успехов-неудач в конкуренции и более редкое желание участвовать в соревновании повторно – все это свидетельствует о значительном нарушении мотивации достижения (мотивации самооценки). Можно предположить, что у больных сохраняются нарциссические потребности, поскольку после конкуренции у них в 2.5 раза чаще, чем после аналогичной индивидуальной деятельности регистрировалось желание участвовать повторно. Но у них словно не формируются адекватные мотивы, направляющие активность на удовлетворение этих потребностей в реальном взаимодействии. Их как будто не интересует реальное соотношение побед и поражений, а положительные эмоциональные реакции в соревновании почти не связаны даже с воображаемой успешностью.

Наши наблюдения за экспериментальным взаимодействием больных шизофренией и исследование их эмоциональной импрессии подтверждают давно и широко обсуждаемую гипотезу о дефиците коммуникативных навыков больных шизофренией, который не может не ослаблять мотивацию инициации и поддержания контактов.

Исследование некоторых детерминант восприятия успехов-неудач в интеракции позволяет говорить о более важном воздействии на это восприятие характера мотивов деятельности, чем непосредственное влияние эмоций, о котором писал Нюттен [6, 16].

Таким образом, экспериментальное исследование подтвердило две рабочие гипотезы, сформулированные в начале статьи.

ВЫВОДЫ

1. У больных шизофренией (по сравнению со здоровыми испытуемыми) отмечается дефицит позитивного эмоционального реагирования в кооперации и парадоксальные положительные реакции в конкуренции.

2. У больных шизофренией дефицит мотиваций самооценки выражен сильнее, чем дефицит мотивации социальных контактов.

3. Кооперация обладает психотерапевтическим потенциалом.

4. Больные шизофренией с симптомами апатии имеют дефицит коммуникативных навыков.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Блейлер Е. (1926). Аутистическое мышление // Хрестоматия "Общая психология", М.: МГУ, 1981. С. 113–122.
2. Зинченко П.В. Непроизвольное запоминание. М.: Изд-во АПН РСФСР, 1961.
3. Курек Н.С. Исследование особенностей мотивации больных шизофренией // Сб. трудов 23 (посвящается памяти Цуладзе). Тбилиси: Мецниереба, 1978. С. 71–74.
4. Курек Н.С. Экспериментально-психологическое исследование некоторых аспектов снижения активности у больных шизофренией // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1979. № 12. С. 71–74.
5. Курек Н.С. Психологический анализ эмоционального дефекта у больных шизофренией // Сб. тезисов 8-го Всесоюзного съезда невропатологов, психиатров и наркологов. Москва. 1988. Т. 2.
6. Нюттен Ж. Влияние вербального и невербального общения на восприятие человеком успешных и неуспешных результатов его деятельности // Психологические исследования общения: Академия наук СССР, Ин-т психологии. М.: Наука, 1985. С. 130–141.
7. Ольшанникова А.Е. К психологической диагностике эмоциональности // Проблемы общей, возрастной и педагогической психологии. М.: Педагогика, 1978. С. 93–105.
8. Поляков Ю.Ф. Патология познавательной деятельности при шизофрении. М.: Медицина, 1974.
9. Симонов П.В. Мотивированный мозг. М.: Наука, 1987.
10. Смирнов А.А. Психология запоминания. М.: Изд-во АПН РСФСР, 1948.
11. Шибутани Т. Социальная психология. М.: Прогресс, 1969.
12. Argyl M. Social interaction. N.Y., Basic Boolk, 1981.
13. Chapman L.J., Chapman J.P., Raulin M.L. Scales for physical and social anhedonia // J. of Abnormal Psychology. 1976. № 85. P. 374–383.
14. Laing R.D. Self and Others. Harmondsworth, 1969.
15. Maslow A.H. Motivation and Personality. N.Y., 1954.
16. Nuttin J. Tache: reussite et échec. Théory de la conduite humaine. Louvain: Publications universitaires de Louvain, 1961.
17. Rado S. Psychoanalysis of Behavior: Collected Papers. N.Y.: Grun & Stratton, 1956.
18. Reber S.A. The Penguin Dictionary of Psychology. L.: Penguin, 1985.
19. Wallace C.J. Community and interpersonal functioning in the course of Schizophrenic disorders // Schizophrenic Bulletin. 1984. V. 10. № 2. P. 233–257.
20. Zeigarnik B. Über das Behalten erledigter und unerledigter Handlungen Psychologische Forschung. Bd. 9. Berlin, 1927.

EMOTIONS AND MOTIVATIONS OF PATIENTS SUFFERED FROM SCHIZOPHRENIA IN CONDITIONS OF COOPERATION AND COMPETITION

M. G. Kirillova*, N. S. Kurek**

*Psychologist, The Center of psychological-medical-social assistance for children, Moscow

**Dr. sci. (psychology), professor, Moscow State Pedagogic University, Moscow

There were studied emotional states and emotional relations to the partners before and after cooperation and competition along with perception of success and fail and desire to interact again. The sample consisted of 40 dyads of patients suffered from schizophrenia, two control groups of patients suffered from schizophrenia and 30 healthy Ss. Several methods were used including Nutten's experimental models, scales of emotional state and emotional relation to the partner, interview and observation. Comparative analysis revealed deficit of positive response in cooperation and paradoxical positive response in competition, deficit of communicational skills and disturbance of probability laws of emotional impression. It was shown that deficit of motivation of self-rating is stronger than deficit of motivation of social contacts, also. It was found that cooperation has psychotherapeutic potential.

Key words: interaction, cooperation, competition, emotions, motivation, autism, unhedonia, needs of social contacts, needs of self-rating, schizophrenia.

РАННЯЯ ПРИВЯЗАННОСТЬ И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА УСТОЙЧИВОСТЬ К ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМЕ: ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМЫ (СООБЩЕНИЕ 1)¹

© 2002 г. Е. С. Калмыкова*, М. А. Падун**

*Канд. психол. наук, ст. научный сотр. лаб. психологии посттравматического стресса и психотерапии, ИП РАН, Москва

**Аспирантка ИП ГУГН, Москва

Излагаются психодинамические и когнитивистские концепции психической травмы и развития посттравматической симптоматики. Рассматривается теория привязанности Дж. Боулби, анализируется его понятие "внутренней рабочей модели" во взаимосвязи с теоретическим конструктом "базисных убеждений" Р. Яноф-Бульман. Приводится обзор современных исследований по теории привязанности. Предлагается разработанная авторами гипотетическая модель влияния ранних детско-родительских отношений индивида на устойчивость к психотравмирующим воздействиям.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, психическая травма, теория привязанности, "внутренняя рабочая модель", базисные убеждения.

Данная работа посвящена изучению взаимосвязи двух систем психической организации индивида – мотивационной системы привязанности к значимым другим и системы защитных механизмов, совокупная работа которых проявляется в способности к стабильному функционированию психической организации в условиях психотравмирующего воздействия. Интерес современной психологической науки к изучению ранних детских привязанностей и их роли в функционировании психики взрослого побуждает задаться вопросами, имеющими для нас как теоретическое, так и прикладное значение: оказывает ли опыт

ранних отношений с родителями и другими близкими людьми влияние на способность взрослого эффективно противостоять стрессогенным и психотравмирующим воздействиям? Каким образом взаимодействуют мотивационные структуры, обеспечивающие социальную активность индивида, с его защитными структурами? Как и вследствие чего происходит сбой в работе структур психологической защиты? Что позволяет индивиду возвращаться к стабильному психическому функционированию?

Эти и многие другие вопросы позволяет прояснить, по крайней мере, отчасти, теория привязанности, предложенная Дж. Боулби и развиваемая его последователями. На наш взгляд, использова-

¹Работа выполнена при финансовой поддержке Российского фонда фундаментальных исследований (грант № 00-06-80/65а).