

В. П. КРИТСКАЯ

Т. К. МЕЛЕШКО

ПАТОПСИХОЛОГИЯ ШИЗОФРЕНИИ



**ИНСТИТУТ ПСИХОЛОГИИ
РОССИЙСКОЙ АКАДЕМИИ НАУК**

Т. К. Мелешко-Брушлинская

Патопсихология шизофрении

«Когито-Центр»

2015

УДК 159.9

ББК 88

Мелешко-Брушлинская Т. К.

Патопсихология шизофрении / Т. К. Мелешко-Брушлинская —
«Когито-Центр», 2015

ISBN 978-5-9270-0306-8

В монографии обобщен многолетний опыт изучения авторами патологии психики, характерной для широко распространенного психического заболевания – шизофрении. Проблема разрабатывалась в русле системной субъектно-деятельностной теории, с позиций преодоления фрагментарно-функционального подхода к ее анализу. В результате комплексного лонгитюдного исследования определен патопсихологический синдром шизофренического дефекта. Основное фундаментальное содержание этого понятия заключается в том, что психические нарушения при шизофрении не исчерпываются негативными изменениями, которые вносит болезненный процесс. Они выступают в тесном сплаве с предшествующими заболеванию аномалиями психики. Определены как относительно устойчивые, так и изменяющиеся под влиянием болезненного процесса характеристики психики, установлены их взаимосвязи. Выявлен ведущий компонент патопсихологического синдрома, типичный для шизофренической патологии, – дефицит социальной направленности, социальной регуляции деятельности и поведения, исследована потребностно-мотивационная природа этого дефицита. Базисные исследования, определившие как нарушенные, так и сохраненные компоненты этого синдрома, создают дополнительные возможности решения практических задач диагностики, прогноза и реабилитации больных. На основе полученных данных рассматривается ряд общепсихологических проблем: взаимосвязи биологического и социального в психическом развитии человека, опосредствования внешних воздействий индивидуально-типологическими особенностями личности, патологии и творчества. Книга адресована специалистам в области психологии, психиатрии, социологии, биологии и генетики.

УДК 159.9

ББК 88

ISBN 978-5-9270-0306-8

© Мелешко-Брушлинская Т. К., 2015

© Когито-Центр, 2015

Содержание

Предисловие	7
Теоретико-методологические основы исследования: Введение в проблему	10
Конец ознакомительного фрагмента.	28

В. Критская, Т. Мелешко
Патопсихология шизофрении

© ФГБУН Институт психологии РАН, 2015

* * *

Предисловие

В предлагаемой книге обобщен многолетний опыт экспериментального изучения авторами патологии психики, характерной для наиболее распространенного во всех странах мира психического заболевания – шизофрении.

Своеобразие психики больных шизофренией, отличающее их от больных других нозологических форм, парадоксальность и причудливость психических проявлений у этих пациентов издавна привлекали внимание исследователей – психиатров, психологов, физиологов, генетиков и др. На этом пути достигнуты определенные результаты, однако проблема природы, генезиса и структуры шизофренической патологии остается открытой.

Предложено множество частных теорий и концептуально-объяснительных схем, касающихся разных аспектов патопсихологии шизофрении. Преобладающим является фрагментарный, функциональный подход к ее анализу. Основная масса исследований на эту тему в последние годы посвящена изучению психических функций как элементов когнитивного дефицита. Следует отметить, что это понятие весьма универсально, оно отражает чрезвычайно широкий диапазон патологических явлений. Наряду с эндогенными расстройствами, когнитивный дефицит наблюдается при органической патологии, при соматических заболеваниях, и его признаки встречаются даже в норме (например, при невысоком IQ). В связи с этим при употреблении данного понятия необходима его конкретизация и спецификация применительно к разной патологии.

Функциональный подход к анализу шизофренической патологии не отражает ее специфики. Например, такое сложное психическое образование, как аутизм, присущее данной патологии, не может быть объяснено с этих позиций.

Отсутствие обобщающей целостной теории, а также доминирование формализованных подходов над содержательно-психологическим качественным анализом, отражающим специфику психической патологии шизофренического генеза, значительно затрудняют продвижение в исследуемой области знаний.

Современную патопсихологию характеризует недостаточная связь с основной фундаментальной психологической проблематикой, не используются в должной мере достижения в других направлениях: общей и социальной психологии, психологии развития и индивидуальных различий. Разработка патопсихологических проблем в масштабе общепсихологической науки наталкивается на целый ряд трудностей, связанных со сложностью построения системного многопланового исследования, экспериментального изучения, обобщения и обоснования полученных результатов.

Все сказанное определяет основную задачу предлагаемой монографии: попытаться наметить подходы и пути, способствующие разработке обобщающей психологической концепции, отражающей специфические закономерности шизофренической патологии, – то общее, что объединяет разные варианты ее проявлений, и то, чем они различаются.

Исходными методологическими ориентирами решения поставленной задачи являются следующие положения.

1. Исследование строится с опорой на отечественную психологическую традицию, реализуя системный подход при изучении человека как целостного активного субъекта, представленный в работах С. Л. Рубинштейна, К. А. Абульхановой-Славской, А. В. Брушлинского, Б. Н. Ломова, А. Л. Журавлева, В. В. Знакова, Е. А. Сергиенко, Н. Е. Харламенковой и др.

2. В исследовании реализуется принцип: «Внешние причины действуют через внутренние условия» (С. Л. Рубинштейн).

3. Важным принципом исследования является положение о единстве биологического и социального, где социальное рассматривается как наследственно закрепленное в антропогенезе родовое свойство, присущее всем людям и проявляющееся еще на ранних стадиях развития в потребности в общении. Однако эта потребность выражена не в одинаковой степени у разных людей.

4. Системный подход к проблеме психической патологии шизофренического генеза реализуется в понятии патопсихологического синдрома как структурированного образования, позволяющего вскрыть внутренние взаимосвязи между основными психическими характеристиками.

5. Парадигма, положенная в основу исследования, заключается в тезисе о существовании внутренней взаимосвязи причудливых и противоречивых свойств психического склада при этой патологии, не раскрываемых лишь через анализ клинических проявлений, а требующих специально организованного экспериментально-психологического исследования.

Результаты определенного этапа исследования были обобщены авторами в монографии «Патология психической деятельности при шизофрении: Мотивация, общение, познание» (Критская, Мелешко, Поляков, 1991). В структуре патопсихологического синдрома был выделен *ведущий фактор*, специфичный для шизофренической патологии, – *снижение социальной направленности и социальной регуляции* деятельности и поведения, обусловленное аутистическими установками пациентов.

Результаты предыдущих исследований послужили отправной точкой для новых циклов работ: были значительно расширены рамки предмета и объекта изучения, осуществлен выход за пределы шизофрении, рассмотрена вся группа эндогенных расстройств – аффективных и шизоаффективных.

В соответствии с современными тенденциями развития психологической науки произошли некоторые изменения в рассмотрении структурных компонентов патопсихологического синдрома, существенную роль в анализе которых приобрело понятие *познавательного стиля* как важной, одновременно когнитивной и личностной характеристики, существенно определяющей избирательность познавательной деятельности, особенности общения и стиля поведения.

Поскольку наряду с больными шизофренией в исследование были включены пациенты с аффективными расстройствами, которые характеризовались меньшей выраженностью психических расстройств и по своим психическим характеристикам стояли ближе к норме, чем больные шизофренией, был сделан особый акцент на изучение личностных, в первую очередь преморбидных, особенностей пациентов.

В целях выявления взаимосвязи компонентов в структуре патопсихологического синдрома проведено лонгитюдное исследование больных аффективного спектра расстройств и больных шизофренией. Эти исследования послужили критерием валидности использованных методов и проверкой адекватности гипотез и прогнозов.

Важной частью изучаемой проблемы является помощь пациентам в поиске путей преодоления и совладания, поиске новых жизненных ориентаций и способа жизни в условиях болезни. Реабилитационный процесс, основанный на использовании сохранных психологических ресурсов, необходимо предусматривает опору на собственную сознательную активность пациентов с учетом их индивидуальных особенностей, склонностей и интересов.

Изучение патопсихологических синдромов всего спектра эндогенных психических расстройств, выявление сохранных и нарушенных компонентов в их структуре закономерно предполагает использование полученных данных для создания программ коррекционной работы с больными в период ремиссии.

Отдавая себе отчет в сложности и многогранности изучаемой проблемы, мы далеки от мысли, что нам удалось решить все поставленные вопросы. Постоянно продолжается научный поиск. Ряд проблем нам удалось решить, удалось подтвердить ряд гипотез, однако часть важных вопросов остается нерешенными, но и сама их постановка очень важна, так как это способствует продвижению исследования к намеченной цели.

Учитывая опыт исследования проблемы патологии шизофренического спектра другими авторами, мы попытались усвоить и развить все, что способствует ее интегральному изучению.

На протяжении многих лет наша работа велась в тесном сотрудничестве с ведущими клиницистами Научного центра психического здоровья РАМН: М. Я. Цуцульковской, Г. П. Пантелеевой, В. Г. Каледой, Г. И. Копейко, И. В. Олейчиком, Л. И. Абрамовой, П. В. Бологовым и др., которым мы выражаем самую глубокую признательность и благодарность за столь длительный союз, поддержку, доверие и готовность поделиться своим большим клиническим опытом. Мы благодарны также директору Центра психического здоровья РАМН академику А. С. Тиганову и руководителю отдела медицинской психологии С. Н. Ениколопову за предоставленную возможность проводить исследования в указанном направлении. Выражаем благодарность Т. И. Медведевой и А. И. Хромову за помощь в математической обработке данных и О. Ю. Воронцовой за помощь в оформлении работы.

Наша огромная признательность сотрудникам Института психологии РАН А. Л. Журавлеву, В. В. Знакову, Е. А. Сергиенко, Т. Н. Ушаковой, Н. Е. Харламенковой за сотрудничество, поддержку и те знания, которые мы почерпнули при знакомстве с их трудами.

Мы храним светлую память о Ю. Ф. Полякове, в сотрудничестве с которым эта работа начиналась и велась долгие годы.

Теоретико-методологические основы исследования: Введение в проблему

Патопсихология, являясь отраслью психологии, по определению Блюма Вульфовны Зейгарник, опирается как на положения общей психологии, так и на данные психиатрии. При этом она не должна утрачивать свою специфику. Клинические феномены должны быть квалифицированы в понятиях современной психологии, включены в структуру психологического анализа. Только при этом условии патопсихологическое исследование может быть введено в контекст клинической проблематики (Зейгарник, 1986). Выступая против эмпиризма и редуccionизма в науке, Блюма Вульфовна неустанно подчеркивала важность теоретического знания.

В стремлении наметить пути, способствующие разработке концепции, отражающей психологические закономерности шизофренической патологии, мы опираемся на отечественную психологическую традицию, реализуя системный подход в изучении человека как целостного активного субъекта. Мы придерживаемся легших в его основу принципов: действия внешних причин через внутренние условия (С. Л. Рубинштейн), единства биологического и социального.

Существенным в рассмотрении проблем психической патологии является также положение о единстве сознательного и бессознательного, о включении последнего в контекст изучения проблем регуляции психической деятельности и поведения.

В рассмотрении взаимоотношений психики и мозга мы исходим из положения, что мозг не является источником психического, он – орган, осуществляющий и интегрирующий связь человека с миром. Снятию дихотомий перечисленных важных психологических категорий способствует разработанный А. В. Брушлинским континуально-генетический метод – подход к анализу психических процессов с учетом их непрерывности и принципа развития (Брушлинский, 1973, 2003). Существенной чертой системного субъектно-деятельностного подхода является рассмотрение психики в единстве ее организации: субъект как носитель определенной системности раскрывается в его взаимосвязи с миром.

Постановка проблемы своеобразия психической патологии шизофренического генеза, необходимость нового подхода к ее изучению и формулировка конкретных гипотез, требующих экспериментального исследования, основывались на анализе и обобщении истории изучения данного вопроса. И в этом отношении трудно переоценить значение многолетних клинических исследований *проблемы аутизма*, поставленной Е. Блейлером в начале прошлого столетия. Обсуждение этих проблем продолжается до настоящего времени.

Понятие *«аутизм»* было предложено Е. Блейлером в его монографии «*Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*» (Bleuler, 1911) и определено как важнейший симптом шизофрении – отдаление от реальности с относительным или абсолютным преобладанием внутренней жизни. Е. Блейлер был первым, кто привлек внимание исследователей к психологии внутренней жизни пациента в области познания, аффективности, субъективного опыта. Он описал различные клинические проявления аутизма: снижение способности вступать в контакт с другими, уход или недоступность, ригидные установки и поведение, индифферентность, личная закрытая иерархия ценностей и целей, экспрессивность, идеосинкретическая логика и мышление, склонность к образованию заблуждений.

Согласно представлениям Е. Блейлера, шизофренический процесс нарушает соотношение двух типов мышления – реалистического и аутистического. Его концепция аутистического мышления основывалась на психоаналитических теориях З. Фрейда и К. Юнга: аутистическому мышлению свойственны уход от действительности и тенденция к формированию субъективных представлений, вызывающих чувство удовлетворения, когда логические законы

замещаются аффективными стремлениями. Формирование аутистического мышления Блейлер рассматривал в качестве защитного механизма, преимущественно подчеркивая его позитивную роль и преуменьшая негативный, дефицитарный характер аутистически направленной личности.

Эти две стороны аутизма получили свою трактовку в концепции «бедного» и «богатого» аутизма последователя Е. Блейлера Э. Миньковского (Minkowski, 1927). По его мнению, основной характеристикой шизофрении является потеря витального контакта с реальностью – утрата эмоционального отношения к действительности, эмоциональное опустошение, которое замещается «болезненным рационализмом», следствием чего является нарушение мировосприятия. Это составляет суть «бедного» аутизма. Болезненная продукция, мечтательность – вторичное явление, своеобразное «заполнение пустоты» – характеризует «богатый» аутизм. По Миньковскому, манифестация аутизма включает особые разрывы отношений Я с самим собой, с окружающими, способности «резонировать» с миром. Аутизм может проявляться в так называемой «аутистической активности», которая выражает себя не столько в содержании и целях деятельности, сколько в неприемлемых способах ее осуществления.

Современный немецкий психиатр В. Бланкенбург, присоединяясь к Миньковскому, определяет аутизм как «кризис здравого смысла»: «Здравый смысл – это не набор имплицитных или эксплицитных знаний о мире, который может быть выражен с помощью формализованных предположений. Скорее это возможность видеть вещи в соответствующем ракурсе, „схватывание“ правил игры, чувство меры, ощущение адекватности и уместности, предвосхищение контекста и окружения, что необходимо для оценивания других людей, предметов и ситуаций» (Blankenburg, 1988, p. 184).

Э. Кречмер рассматривал аутизм как проявление шизоидного характера, а шизофрению понимал как «кульминацию шизоидного развития» (Кречмер, 1924). Таким образом, он усматривал конституциональную, предрасположенную природу аутизма. Аутизм, с его точки зрения, представлен двумя его видами. Первый, гиперэстетический, характеризуется повышенной чувствительностью и избеганием внешних раздражителей и контактов, уходом «в себя» и «жизнь в грезах». Второй – анестетический аутизм – характеризует душевная опустошенность и отсутствие эмоционального резонанса. Шизофрения сочетает в себе оба вида аутизма.

Попытки раскрыть содержательную структуру аутизма были предприняты сторонниками экзистенциального подхода (Еу, 1954; Лэнг, 1995). В концепции Н. Еу негативная структура личности больного шизофренией характеризуется беспорядочностью, диссоциацией, «дискордантностью». Он называет пять общих клинических проявлений дискордантности: амбивалентность, парадоксальность (причужденность), потеря витальных контактов с реальностью, «деструкция» сознания (расстройство субъективной структуры). Неспособность человека проецировать себя на мир, тенденция к рассмотрению себя в потоке субъективности, диспропорция между «внутренним» и «внешним» существованием составляют постоянную инфраструктуру сознания при шизофрении. Страдающий болезнью пытается отгородить свой внутренний мир от мира других, от реальности, воздвигает «бредовую» стену, т. е. он заменяет реальный мир аутистическим миром. С нашей точки зрения, отождествление аутизма с бредовым состоянием само по себе неправомерно, так как шизофрения и тем более аутизм выходят далеко за рамки бредовых состояний.

Более содержательный анализ аутизма мы находим в концепции Р. Лэнга – представителя экзистенциально-феноменологического направления в психологии. В книге «Расколотое Я» (Лэнг, 1995) он дает определение шизоидной «шизофренической» личности. Это индивидуум, цельность переживания которого расщеплена двойственным образом: в его отношении с миром и с самим собой. Автор исходит из положения, что существует постижимый переход от здорового шизоидного способа бытия в мире к психотическому, и пытается описать его, критикуя психоаналитический подход к анализу проблемы.

Существование шизоида в мире, с точки зрения Лэнга, определяется его изначальной природной *онтологической неуверенностью*. При обычных условиях физического рождения человека быстро запускаются жизненные процессы, благодаря которым младенец начинает ощущать себя реальным и «живым», т. е. за физическим рождением и биологическим приобретением следует экзистенциальное рождение ребенка – фундамент его *онтологической уверенности*. Сходным образом такой ребенок воспринимает и других людей. Онтологическая же неуверенность шизоида с первых шагов развития проявляется в том, что такой ребенок ощущает себя скорее нереальным, чем реальным, рискованно отличающимся от остального мира и от других людей. Его индивидуальность и автономия находятся под вопросом. Индивидуум с подобным самоощущением не может жить в надежном мире.

Если индивиду, чье собственное бытие надежно, связь с другими потенциально доставляет удовольствие, то онтологически неуверенная личность занята скорее сохранением самой себя, так как обычные условия жизни угрожают ее безопасности.

Для подкрепления этих положений Лэнг ссылается на самообосновывающие данные опыта. Он говорит, что исходя из них можно понять, как развиваются определенные психозы. Индивидуум, боящийся потерять свое Я, начинает по-иному воспринимать элементы, события и других людей, они приобретают иную иерархию значимости. Он начинает жить «в ином мире», и мир его переживаний он уже не может делить с остальными людьми.

Экзистенция человека – его бытие в мире. Необходимо связать поступки пациента с его способом переживания ситуации, с тем, как он переживает этот мир и самого себя в мире. В структуре шизоидного характера наблюдается ненадежность при закладывании его фундамента: трудности в различении Я и не-Я, фантазии и реальности. Шизоиду приходится измышлять собственные способы сохранять свою индивидуальность. Одним из способов такой защиты является формирование ложного Я, когда личность характеризуется не самовыражением, а «набором лицетворений». Трагический парадокс заключается в том, что чем сильнее защищается Я, тем сильнее оно разрушается, ибо реальной личностью может быть только общаясь с реальными людьми и вещами. «Если Я начинает играть лишь с объектами фантазии, во всех элементах переживания происходят глубокие феноменологические изменения» (Лэнг, 1995, с. 150).

Непосредственное ощущение реальности мира нельзя удержать с помощью ложного Я. Крайним выражением такой формы защиты является деперсонализация, когда человек утверждает: «Мое собственное бытие находится в чьих-то чужих руках». Предельная парадоксальная форма защиты – мысли о самоубийстве: отрицание бытия как средство сохранения бытия.

Прослеживая онтогенез хронических шизофреников на материале клинических наблюдений, Лэнг отмечает у пациентов дефицит изначальных витальных потребностей: отсутствие реакции на дискомфорт, отсутствие достижения инстинктивного удовлетворения, пассивность во всех жизненных проявлениях, которая может проявляться и в симбиотической связи с матерью, и в излишнем послушании, и в избегании общения с другими людьми. Все это, по мнению автора, является почвой для формирования ложного Я. Лэнг описал начало психоза в подростковом возрасте у пациентки, когда мать выбросила ее любимую куклу, которую она отождествляла с собой. У больной возникла бредовая идея, что мать убила ее. Утрата единства личности размывала границы Я и не-Я: дождь стал ощущаться как собственные слезы, а собственные слезы – как дождь. Появилось чувство овладения кем-то ее мыслями.

Утрату единства личности, расщепление психики, наблюдаемое при шизофрении, Лэнг видит в утрате связи между двумя мирами – внутренним и внешним, когда внутреннее лишено сущности, а внешнее – значения.

Психотерапию Лэнг рассматривает как постоянную попытку двух людей путем установления взаимоотношений друг с другом восстановить полноту человеческого бытия. Вза-

имодействию без переживания явно недостает специфически личностного смысла. Бихевиористскую терапию он рассматривает как предельный пример методики манипулирования и контроля. Приспособление к социализации – это, по его мнению, мистификация, когда насилие прикрывается «любовью». И весьма пессимистически он заключает: «Лишь ужасающим насилием над собой достигаем мы нашей способности жить, относительно приспособившись к цивилизации, явно стремящейся к саморазрушению» (Лэнг, 1995, с. 267). В приведенном высказывании отражена суть экзистенциального подхода, противопоставляющего внешнее и внутреннее и рассматривающего окружающий мир как угрозу человеческой индивидуальности.

С позиций же субъектного подхода «подлинное существование субъекта как сознательного человеческого существа обязательно предполагает выход за собственные пределы, умение отнестись к себе со стороны той реальности, которую он познает. Иначе говоря, умение взглянуть на себя глазами других людей, с которыми субъект вступает во внешние и внутренние диалоги» (Знаков, 2005, с. 121). Активная роль субъекта состоит в преобразовании бытия.

Несмотря на очевидное различие в этих двух подходах к проблеме человеческого бытия и несмотря на то, что мы склонны разделять субъектный подход, нельзя не признать, что в концепции Лэнга содержится ряд продуктивных идей, важных для понимания специфики шизофренической патологии. Это, в первую очередь, признание ее природной обусловленности и предиспозиционный, предшествующий заболеванию, характер ее формирования. Проследивание онтогенеза, развития патологического процесса на клиническом уровне также представляет несомненный интерес. В концепции Лэнга показаны роль «ложного Я» в этом процессе и истоки его формирования. Патологический процесс, с его точки зрения, не характеризуется некой беспорядочностью, непознаваемой «дискордантностью», а развивается по определенным законам. И эти положения мы будем стремиться обосновать экспериментально. Мы вполне разделяем критическое отношение Лэнга к бихевиористскому подходу в психотерапии с его методиками научения, манипуляции и контроля, игнорирующими внутренний мир пациентов.

Проблемы аутизма как *фундаментальной характеристики шизофренической патологии* продолжают активно обсуждаться в настоящее время. Столетний юбилей публикации «Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien» стал дополнительным стимулом для рассмотрения «взламывающих» идей Е. Блейлера, оценки роли его научного наследия. До настоящего времени его идеи определяют ряд направлений в изучении шизофрении. Одной из наиболее плодотворных является рассмотрение аутизма как фундаментальной характеристики шизофренической патологии. В статье «Е. Блейлер и шизофрения: 100 лет спустя» исследователи определили значение идей этого ученого для понимания шизофренической патологии и планирования дальнейших исследований в данной области (Peralta, Cuesta, 2011). По их мнению, описание шизофрении в трудах Е. Блейлера остается лучшим, наиболее приемлемым и исчерпывающим: он показал все богатство и разнообразие шизофренической психопатологии, привел образцы тщательных клинических наблюдений, диагностики пациентов.

Большое влияние на исследование психопатологии невротической и шизоидной природы оказали идеи *психоанализа*. Почти все современные психотерапевтические системы вышли из классического психоанализа, который рассматривал в качестве главных движущих сил развития психопатологии влечения и конфликты. Связанный с ними невротический конфликт возникает в результате напряжения, которое не находит разрядки из-за наличия внутренних запретов, навязанных окружающей действительностью. Я интерпретируется как носитель интересов личности и влечений либидозного, агрессивного и нарциссического характеров. Система интериоризированных требований и запретов формирует Сверх-Я, провоцирующее муки совести, вину и стыд. В целях сохранения целостного Я возникают разного рода защитные механизмы. Как это продемонстрировала А. Фрейд, защиты могут иметь специфический характер

в зависимости от индивидуальных особенностей личности (Фрейд, 2004). В основе психоаналитической концепции – конфликт между Я и внешним окружением.

Начиная с середины XX столетия и даже раньше обозначились пересмотр и частичное переосмысление постулатов ортодоксального психоанализа, хотя в последующих концепциях и особенно в психотерапевтических практиках многие принципы и техники психоанализа были сохранены. Остановимся лишь на тех из них, которые имеют отношение к изучаемой проблеме.

Одним из первых оппонентов З. Фрейда стал А. Адлер, в прошлом его сотрудник и единомышленник, который в 1910 г. занял пост президента Венского психоаналитического общества. Вскоре расхождения во взглядах с Фрейдом и Юнгом привели его к отставке с этого поста. В своей книге 1931 г. «Понять природу человека» Адлер делает упор на социальном аспекте этой природы (Адлер, 1997). Признавая врожденность социального чувства – любовь, направленную на других (а не на себя, по Фрейду), – он отмечает, что эти бессознательные устремления могут иметь различные интенсивность и способ выражения. Отсутствие или дефицит социального чувства порождает чувство неполноценности, невозможность поставить себя на место другого, что приводит к отказу от общения. Гипертрофированное стремление преодолеть неполноценность может приобрести антисоциальный характер: патологическое стремление к господству и власти либо пессимизм и враждебность. Взрослый пациент с тревожным складом личности, постоянно пребывающий в сомнениях и подозрениях, направленный на самоизоляцию от общества, обнаруживает аналогичные склонности на третьем или четвертом году жизни. У ребенка, который еще не научился скрывать свои чувства, эти черты характера легче обнаружить и истолковать. На основании своих наблюдений Адлер пришел к выводу, что особенности и склонности, которые проявляются у взрослого, являются непосредственной проекцией пережитого им в детстве. Стилль поведения остается неизменным на протяжении всей жизни, а приобретенный в течении жизни опыт человек извращает и искажает в соответствии с этим стилем. Самое сложное для человека – познать и изменить себя. Все попытки «перевоспитания» затрагивают только внешнюю сторону поведения, так как мотивация остается прежней. Успех зависит от способности невротика к «сверхкомпенсации» своих слабостей, при этом не последнюю роль в этом играют честолюбие и стремление к власти, в той или иной степени присущие любому человеческому существу, что может привести к социально значимым достижениям.

Возражая Адлеру, Э. Кречмер отмечает: «Сверхкомпенсация возникает лишь там, где уже в первичных задатках человека наряду с витальной слабостью содержатся и стенические компоненты, факторы позитивной энергетике» (Кречмер, 1999, с. 198). Последнее высказывание направлено против недооценки Адлером наследственной природы психики.

Нельзя не отметить в связи с этим, что в дискуссиях, продолжающихся до сих пор о том, какими факторами, биологическими или социальными, обусловлено развитие человеческой психики, нам представляется неверной сама постановка вопроса. Речь может идти лишь об участии и биологического, и социального в общей детерминации психического.

К. Хорни произвела критический анализ фрейдовской концепции, отказавшись от теории либидо и поставив на первое место значение социальных факторов в личностном развитии (Хорни, 1997). Г. С. Салливен подчеркнул значимость социального окружения в теории межличностных отношений (Салливен, 1953). Его главным достижением было проникновение в мир фантазий и процессов общения больных шизофренией. Центральной в теории Салливена является мысль о социальном происхождении Я. Он писал, что Я развивается из чувств, пережитых во взаимодействии с другими, зависит от того, какую ценность ребенок представляет для других. Важными сторонами Я являются Я-хорошее, связанное с приятными чувствами, Я-плохое, связанное с угрозами и потерей безопасности, и не-Я, отрицание Я, связанное с непереносимой тревогой. Особенно уязвимым является подростковый и ювенильный период развития, когда репутация в глазах других становится источником самоуважения или тревоги.

Новым направлением в психоанализе стала Эго-психология, основы которой были заложены в работах А. Фрейд, а одним из основателей стал Х. Хартманн. В этом подходе понятие «конфликт» было заменено понятием «диалог индивида со средой». На первое место выступила проблема адаптации к среде, изучались защитные механизмы. Сторонники Эго-психологии утверждали, что адаптивный процесс регулируется со стороны Эго разными способами. Наряду с конфликтной сферой личности, Хартманн признал и неконфликтные, – например, сферу интересов и интеллект. Таким образом, Эго-психология расширила представление о границах приспособления человека к социальному окружению, по сравнению с ортодоксальным психоанализом.

В отечественной психиатрии проблема своеобразия шизофренической патологии изучалась прежде всего в рамках научного направления, основоположником которого был академик А. В. Снежневский. Проблема шизофрении была и является до сих пор центральной в научных исследованиях Института психиатрии АМН СССР, впоследствии преобразованного в Центр психического здоровья.

А. В. Снежневский, разрабатывая концепцию этиологии и патогенеза шизофрении, сформулировал понятие «патоса» и «нозоса» и описал их взаимоотношения. «Патос» рассматривался им как патологический процесс, почва, на которой может развиваться (либо не развиваться) заболевание («нозос») (Снежневский, 1969, 1972).

Он подчеркнул ошибочность противопоставления данных понятий. Это означало, что развитие шизофренического процесса предполагает наличие определенных предпосылок в виде специфических, конституционально обусловленных особенностей (шизоидного преморбида). Рассматривая патогенез шизофрении, Снежневский подчеркивал динамичность взаимоотношений «патоса» и «нозоса», определяющих течение болезненного процесса и его исход.

В работах учеников и последователей А. В. Снежневского аутизм рассматривается как существенная характеристика негативных проявлений шизофренического дефекта (Тиганов, 1985, 1999; Наджаров, 1972; Смулевич, Воробьев, 1988; Цуцуйковская, 1979). Авторы включают аутизм в комплекс негативных расстройств наряду с эмоциональным обеднением, снижением инициативы, сужением круга интересов, редукцией энергетического потенциала, снижением потребности в общении. Выделены типы аутизации: астенический и стенический. Стенический тип характеризует рационализм, педантичность, эмоциональное обеднение и односторонняя активность. Астенический тип – снижение жизненного тонуса и сензитивность. Эти два типа аутизации связаны с формированием двух типов дефекта: диссоциированного и псевдоорганического (Воробьев, 1988).

Проблема аутизма разрабатывалась преимущественно на клиническом уровне. На пути ее клинико-психопатологического анализа был сделан ряд важных обобщений, и главное из них – следующее: аутизм признан фундаментальным признаком шизофрении, определяющим ее специфику. Исследователи обратились к внутреннему миру пациентов и к их взаимоотношениям с действительностью. Проблема аутизма была проанализирована ими с позиций тех психологических теорий, которые они разделяли. Патогенез аутизма одни рассматривали как формирование патологического субъективного опыта, предшествующего заболеванию, другие – как прямое следствие болезненного процесса. С нашей точки зрения, к изучению этой проблемы следует подходить с позиции взаимоотношений «патоса» и «нозоса» (Снежневский, 1972), оно требует обращения к истокам, к формированию ментального опыта пациентов.

Очевидно, что решение проблем шизофренической патологии требовало, наряду с клинико-психопатологическим методом патопсихологического анализа, привлечения экспериментально-психологических исследований. Начиная с середины XX столетия экспериментальные исследования психической патологии при шизофрении были связаны с расцветом *когнитивного направления* в психологии. Когнитивный подход, возникнув в США и Великобритании, произвел подлинную революцию в психологии и до сих пор во многом определяет направле-

ние современной психологической науки. В центре когнитивного подхода – механизмы переработки информации. В рамках информационного подхода компьютеры, интернет и человеческая психика включаются в общий круг понятий. Когнитивный подход принес в психологию математические методы анализа материала и методы компьютерного моделирования человеческой психики. На этом фоне родилась *теория сверхвключений* при шизофрении. Этот термин был введен Н. Камероном (Cameron, 1993, 1994), который в своих работах подчеркивал существенное отличие мышления больных шизофренией от детского мышления, с одной стороны, и от нарушений мышления, наблюдаемых при органических заболеваниях центральной нервной системы, – с другой. Автор характеризует мышление больных как «сверхвключающее» – т. е. они при решении различных задач привлекают избыточное количество категорий, или, как это обозначалось впоследствии, избыточное количество информации.

Факты сверхвключений в познании шизофрении были широко описаны и в разных исследованиях часто получали весьма неоднозначную интерпретацию. Так, в работах канадского исследователя Т. Вековича и его сотрудников (Wekowitz, 1959, 1960) эти явления были интерпретированы с позиций известной и широко распространенной в настоящее время селективной теории Дж. Брунера (Брунер, 1977). Наличие сверхвключений в мышление больных шизофренией связывалось с их неспособностью к удержанию установки (Shakow, 1962), с невозможностью противостоять эмоциональным стимулам (Venables, 1964). Дальнейшие исследования проблемы сверхвключающего познания связаны как с уточнением самого понятия, так и с усовершенствованием методов его изучения (см., например: Chapman, 1996; Payne et al., 1959; Narrow et al., 1973).

Направление исследований, связанных с изучением сверхвключений при шизофрении, представляется продуктивным прежде всего в отношении выявления фактов, отражающих своеобразие патологии мышления при шизофрении в сравнении с другими видами нарушений мышления. Эти факты свидетельствуют о расширении у больных шизофренией объема информации, круга свойств и отношений, включенных в процесс мышления и восприятия. Несмотря на многочисленные попытки дать разные интерпретации этим фактам, истинные психологические механизмы данной патологии остаются невыясненными. Полученные данные анализируются либо с позиции теории информации, либо предпринимаются попытки их интерпретации с позиции разных физиологических теорий. При этом собственно психологические закономерности патологии познавательной деятельности не стали предметом анализа.

Исследование своеобразия патологии мышления при шизофрении породило продуктивные гипотезы о снижении избирательности познавательной деятельности таких больных и о роли латентных знаний в этом процессе. Данные гипотезы будут экспериментально изучены и обсуждены на страницах нашей книги.

В связи с проблемой «сверхвключения» в когнитивных процессах больных шизофренией возникает вопрос о внутренней психической организации, детерминирующей данный процесс. Эта проблема непосредственно связана с исследованием когнитивных контролей и их интерпретацией с позиций разных психологических теорий.

Вопрос о когнитивном контроле возник в рамках изучения когнитивного стиля, который был описан и интерпретирован на основе гештальт-психологических представлений о «поле» – предметном и социальном окружении. Когнитивный стиль, образуемый сочетанием когнитивных контролей, рассматривался с привлечением таких категорий, как конкретность/абстрактность, диапазон эквивалентности, широта обобщения, толерантность к нереалистичному опыту, импульсивность/рефлексивность, ригидный/гибкий когнитивный контроль (Gardner et al., 1959, 1968).

Все чаще объектом внимания исследователей становятся устойчивые когнитивные характеристики личности – составные элементы когнитивного стиля. Наиболее ярким выражением когнитивного подхода к личности является теория личностных конструкторов Дж. Келли (Kelly,

1955). Теория касается усилий человека понять, «сконструировать» окружающую действительность. Основная единица анализа личности – «конструкт», эталон, на основе которого происходит одновременная констатация сходства и различия поступающих стимулов и исключаются все события, ему иррелевантные.

Келли не останавливается на процессе формирования конструктов, его интересует функционирование уже готовых. Каждый конструкт имеет ограниченную сферу приложения, за пределами которой его использование неэффективно. «Проницаемость» конструктов – критерий их укладываемости в общую систему с точки зрения прошлого опыта. «Непроницаемость» означает, что события настоящего не связываются с прошлым опытом. Психопатология рассматривается как сбой, неупорядоченность в системе конструктов.

Интерес к теории личностных конструктов особенно проявлялся в 1960-е годы. Появилось высказывание о том, что в основе деструкции Я лежит разрыв концептуальных связей (Harvey, Hunt, Schroder, 1961).

Безусловно, можно согласиться с положением Келли о том, что искать своеобразие личности следует в особенностях понимания человеком происходящего. Основные проблемы – в интерпретациях индивидуальных особенностей понимания. Теория Келли строится на основе формальной логики, из объяснительной схемы выпадает мотивационный аспект личности. Не рассматривается процесс формирования конструктов в онтогенезе. Процесс развития личности и ее деструкции вряд ли можно объяснить с позиций вероятностного прогнозирования, основанного на логике повторяющихся событий.

Начиная с середины 1970-х годов когнитивные стили стали изучаться в отечественной психологии (Козлова, 1974; Колга, 1976; Соловьев, 1977; Егорова, 1979; Палей, 1982; Шкуратова, 1994; и др.). Наиболее детальное и теоретически обоснованное исследование этой проблемы содержится в работах М. А. Холодной (Холодная, 1990, 1998, 2002). Познавательные стили рассматриваются в них как производные по отношению к индивидуальным особенностям структурной организации ментального опыта, который является носителем свойств интеллекта. Ментальный опыт детерминирует наряду с когнитивными личностные характеристики и особенности социальных взаимодействий. Индивидуальные особенности ментальной структуры определяют субъективную форму видения происходящего (репрезентации), т. е. избирательность. М. А. Холодная подчеркивает системообразующую роль понятийных структур в системе ментального опыта.

Ряд положений автора являются важными для понимания своеобразия шизофренической патологии. Например, положение о том, что индивидуальная форма репрезентаций может быть различной, в том числе и фантастической, порождающей дезадаптивное и даже неадекватное поведение. Можно полагать, что «фантастическое» восприятие действительности может быть источником бреда и галлюцинаций. Положение о системообразующей роли устойчивых понятийных структур в ментальном опыте проводит водораздел между «парадоксальной» и «продуктивной» креативностью. В первом случае оригинальность сочетается с низким уровнем категориальности, с предпочтением ситуативных критериев и полезависимостью, что мы отмечаем у больных шизофренией, как это будет показано в дальнейшем изложении результатов экспериментальных исследований. Оригинальность как проявление творческой продуктивности является результатом высокого уровня когнитивного контроля. Таким образом, показатель оригинальности мышления не может быть критерием творческих способностей вследствие неоднородности этого явления. В этом смысле трудно согласиться с утверждением Г. Уиткина (Witkin, 1982), что к стилевым феноменам неприменимы оценочные суждения. Так, например, положение о том, что оба полюса – полезависимость и поленазависимость – в равной степени способствуют эффективности поведения, применимо лишь в норме. У больных шизофренией ситуативная полезависимость сочетается с высвобождением

из социального контекста, что резко снижает их адаптивные возможности. Высвобождение из социального контекста характерно и для пациентов, тяготеющих к полнезависимому стилю.

Концепция когнитивных стилей, направленная на изучение индивидуально-своеобразных способов организации познавательной деятельности и поведения, соотносится с понятием о базовых характеристиках личности, имеющих связь с возрастом, полом и особенностями нервной системы. Установлена связь когнитивных стилей с психофизиологическими характеристиками человека, прежде всего – с темпераментом (Русалов, 2005; Голубева, 2005). Полнезависимость и широкий диапазон эквивалентности (аналитичность) связаны с высоким уровнем ориентировочной реакции и быстрым ее угашением, а также с интроверсией и второсигнальным способом переработки информации. Полнезависимость и узкий диапазон эквивалентности сочетаются с относительно низким уровнем ориентировочной реакции и длительным угашением, а также с экстраверсией и преобладанием первосигнального способа переработки информации. Выявлено также влияние генотипического фактора на особенности стилевого поведения (Егорова, 1997).

Когнитивные стили являются результатом сложного взаимодействия биологических и средовых факторов. В исследованиях Уиткина была показана роль материнского влияния на формирование полнезависимости ребенка при чрезмерной опеке и контроле. Полнезависимость усиливается при ограничении общения детей со сверстниками. Следует отметить, что такое ограничение контактов согласно нашей гипотезе также обусловлено генетически.

Экспериментальные данные, полученные на материале исследования нормальной популяции, и теоретические обобщения по проблеме когнитивных стилей, свидетельствующие о их связи со множеством психологических характеристик личности, послужили основанием для формулировки *гипотезы об особом, своеобразном когнитивном стиле лиц шизоидного круга*. Гипотеза сформулирована на основании собственных экспериментальных исследований и исследований сотрудников лаборатории клинической психологии, проводимых на протяжении многих лет под руководством проф. Ю. Ф. Полякова.

Формулировке гипотезы способствовал также цикл исследований семей, имеющих потомка, больного шизофренией (Gitz, 1962; Wynne, Singer, 1963, 1965, 1972; Schopler, Loftin, 1969; Shenton, Solovay, Holzman, 1987; Hain, Mayer, 1995; Vaever, Licht, Moller et al., 2005). В этих работах отмечена общность стиля мышления и речи больных шизофренией и их ближайших родственников.

В ряде работ некоторые психологические особенности рассматриваются как предрасположенности («уязвимости»), на основе которых могут возникать шизофренические эпизоды. В качестве таких факторов у детей с высокой степенью риска заболевания шизофренией были выделены дисфункции внимания, нарушения коммуникативности и низкая социальная компетенция (Erlenmeyer-Kimling, 2001). Общим итогом этих исследований является вывод о том, что дефицит ряда психических процессов и поведенческих реакций характеризует как больных шизофренией, так и лиц с повышенным риском возникновения данного заболевания, т. е. соответствующие особенности могут рассматриваться как предикторы шизофрении.

Когнитивный стиль как системное психическое образование рассматривается нами в структуре *патопсихологического синдрома*. Характеристики когнитивного стиля, отражающие специфику шизофренической патологии, являются его существенной составляющей и представляют относительно устойчивые типологические свойства лиц шизоидного склада. Обоснование этого положения будет дано в соответствующих разделах книги.

В конце прошлого столетия и до настоящего времени патология психической деятельности при шизофрении интерпретируется с позиций *нейрокогнитивного дефицита*. Основная масса исследований на эту тему посвящена изучению отдельных психических функций (восприятия, мышления, памяти, внимания) как элементов когнитивного функционирования (Mohamed et al., 1999; O'Leary et al., 2000; Galderisi et al., 2002; Cohen et al., 2006; Корсакова,

Сидорова, 2005). Некоторые авторы пытались отнести шизофрению к заболеваниям нейрокогнитивного спектра. Однако нейрокогнитивный подход, разработанный в целях изучения очаговых поражений центральной нервной системы и адекватно применяемый при исследовании органической психической патологии, оказался недостаточно адекватным для исследования шизофренической патологии, так как он не позволял отразить ее специфику. Попытки привязать когнитивный дефицит к определенным морфологическим структурам мозга остаются малопродуктивными, до настоящего времени так и не удалось выделить специфичный для шизофрении нейропсихологический синдром. Анализ таких сложных психических образований, как аутизм, изменения самосознания, механизмы психологической защиты, невозможен с позиций функционального подхода.

Включение *социального аспекта* в анализ шизофренической патологии особенно обозначилось в последнее время в связи с расширением границ когнитивной психологии за пределы узко когнитивных процессов и распространением этого подхода на социальную психологию, психологию личности и эмоций. Социальный подход направлен на понимание социального поведения человека, определяемого его знанием о мире и способами получения им этих знаний. В психологический лексикон вводится понятие «ментальная репрезентация» – избирательное отражение субъектом окружающей действительности. Социальные репрезентации участвуют в поддержании социальных контактов и приемлемых способов социального поведения, они играют важную роль в формировании и поддержании образа Я и в понимании и интерпретации поведения других лиц.

Начиная с 1960-х годов в цикле работ, выполненных в лаборатории патопсихологии Института психиатрии АМН СССР под руководством проф. Ю. Ф. Полякова, было установлено, что когнитивная деятельность больных шизофренией характеризуется снижением избирательности, обусловленным недостаточной опорой на факторы социального опыта, обобщенного в общепринятых понятиях, категориях, знаниях (Критская, 1965, 1966; Мелешко, 1965, 1966а, 1966б; Богданов, 1967; Поляков, 1974). В исследовании Н. П. Щербаковой, Д. Н. Хломова и Е. И. Елигулашвили было обнаружено снижение ориентировки больных шизофренией даже с нерезко выраженным дефектом на социально значимые признаки при классификации человеческих лиц и интерпретации межличностных взаимодействий (Щербакова, Хломов, Елигулашвили, 1982). Так сформировалось целое научное направление в патопсихологии и психиатрии, изучающее нарушение «социального функционирования» у больных шизофренией.

В ряде исследований отмечалось снижение точности распознавания эмоций у больных шизофренией (Dougherty, Baltlett, Isard, 1974; Walker et al., 1980). В работе И. Г. Беспалько больные шизофренией при оценке выражения лиц реже, чем здоровые, ориентировались на эмоциональные признаки и чаще – на формальные особенности изображений (Беспалько, 1975). Особые трудности они испытывали при решении проблем, связанных с анализом межперсональных отношений (Хломов, 1984).

В последние годы отмечается общая тенденция к изучению социальной перцепции в системе других психологических категорий, таких как «*социальный интеллект*», «*эмоциональный интеллект*», «*построение моделей психического*», связанных с пониманием внутреннего мира других людей. Актуализация и внедрение этих понятий сопряжены со все более утверждающимся в психологии принципом системности, с отходом от рассмотрения отдельных функций, процессов и даже «сфер». Так, автор понятия «социальный интеллект» Е. Л. Торндайк определил его как способность понимать людей и управлять ими, т. е. им была подчеркнута социальная направленность интеллекта, которая помогала также понимать самого себя и управлять собой.

Понятие «эмоциональный интеллект» было введено Д. Мэйером, Д. Р. Карузо и П. Сэловеем, которые рассматривали его как часть социального интеллекта и определяли как способ-

ность воспринимать, выражать и регулировать эмоции (Mayer, Caruso, Salovey, 1999). Русскоязычная версия теста измерения эмоционального интеллекта разработана Е. А. Сергиенко и И. И. Ветровой (Сергиенко, Ветрова, 2010). В данной парадигме мотивация, эмоции и познание объединены в сложную систему личностно-социальных процессов. С этих позиций эмпатия – не только эмоциональный отклик на переживание другого, она содержит и оценочный (когнитивный) аспект и поэтому формируется как эмоционально-когнитивная система. Обобщение эмоционального опыта происходит постепенно. Авторы подчеркивают, что средний уровень интеллекта необходим, но недостаточен для эмоциональной и социальной адаптивности к окружающей среде. Ярким примером тому являются аутисты с достаточно высоким уровнем интеллекта. По данным авторов, показатели эмоционального интеллекта у девушек выше, чем у юношей по шкалам идентификации эмоций, использования эмоций при решении проблем и по сознательному управлению эмоциями. Юноши с низкими показателями эмоционального интеллекта обнаруживают склонность к девиантному поведению. Обнаружена связь эмоционального интеллекта с жизнестойкостью как у мужчин, так и у женщин.

Системный подход к проблеме эмоций осуществлялся в середине XX столетия в трудах С. Л. Рубинштейна. Говоря об *эмоциональном стиле личности*, он отмечал: «Совокупность человеческих чувств – это, по существу, совокупность отношений человека к миру и прежде всего к другим людям в живой и непосредственной форме личного переживания» (Рубинштейн, 1989, с. 166). И далее: «В моральных чувствах нечто общественно значимое переживается как личностно значимое» (там же, с. 168). Отмечая разную степень осознанности переживания, он подчеркивает, что неосознанное чувство либо не соотнесено, либо неадекватно соотнесено с объективным миром. Эти положения представляются нам чрезвычайно важными, в частности, для изучения аффективной патологии.

В зарубежных исследованиях последних лет отмечены снижение социального и эмоционального интеллекта и дефицит формирования модели психического (*theory of mind*) у больных шизофренией даже на ранних этапах заболевания, а также у лиц с повышенным риском возникновения этого заболевания (Mayer et al., 1999; Brune, 2005; Penn et al., 2008). В исследовании С. Бэрон-Коен и др. показана связь дефицита внутренней модели психического с аутизмом (Baron-Cohen et al., 1985). Авторы пришли к выводу, что на поведение больных шизофренией оказывает более существенное влияние социальное познание, чем нейрокогнитивный дефицит.

Обращение к проблеме дефицита социального функционирования при шизофрении отмечается в последние годы и у отечественных исследователей. Так, О. В. Рычкова и Г. А. Гуревич проанализировали связь между нейрокогнитивным дефицитом и нарушением социального познания при шизофрении (Рычкова, Гуревич, 2012). Исследование не обнаружило связи между показателями нарушения социальной перцепции и другими перцептивными и гностическими дефицитами. Обнаруженные корреляционные связи между снижением произвольной регуляции и снижением социальной перцепции, не вскрывая причинной зависимости между ними, свидетельствуют о включенности фактора социальной направленности в процесс произвольной регуляции деятельности и поведения субъекта.

Работа О. В. Рычковой и Е. П. Сильчук посвящена исследованию нарушений социального интеллекта у больных параноидной шизофренией (Рычкова, Сильчук, 2010). Авторы отмечают трудности, которые испытывали пациенты при расшифровке логики развития ситуации при предъявлении им картинок, отражающих последовательность действий персонажей. Они плохо понимали смысл их поступков и не могли предвидеть их дальнейшие действия. Выявлены также неадекватные интерпретации мимики и жестов, сниженная способность понимания смысла вербального сообщения в зависимости от включения его в разный контекст. Представляют также интерес отмеченные половые различия у пациентов в характере их ответов: более рациональный подход у мужчин и более импульсивные и необдуманные ответы у жен-

щин. На основании статистического анализа полученных данных и сопоставления их с данными группы нормы авторы делают справедливый вывод о выраженном снижении у исследованных больных социального интеллекта. Особое значение О. В. Рычкова и Е. П. Сильчук придают данным, полученным по опроснику «Шкала социальной ангедонии». На основании результатов, полученных по этому тесту, они пришли к заключению, что дефицит положительных эмоций у исследованных больных и у всех больных шизофренией является причиной их «ухода» от общения. С этим утверждением трудно согласиться, и прежде всего потому, что ангедония присуща не всем больным шизофренией и далеко не всем аутистам, а в первую очередь – пациентам с депрессивным синдромом, который, в свою очередь, характеризует не только больных шизофренией. Как известно, депрессия преодолевается с помощью психофармакологических средств, а аутистические установки сохраняются на протяжении всей жизни пациентов, и это хорошо известно как психиатрам, так и клиническим психологам, имеющим дело с такими больными. Наличие корреляционной связи между показателями снижения социального интеллекта, коммуникативной недостаточностью и ангедонией не вскрывает причинной зависимости между ними. И главное – такое сложное психическое образование, как аутизм, необъяснимо исключительно с позиций принципа удовольствия/неудовольствия. Эмоции, включенные в систему потребностей человека, выступают в качестве важного компонента произвольной и непроизвольной регуляции его поведения наряду с когнитивными и волевыми ее компонентами (Сергиенко, Виленская, Ковалева, 2010).

Опросниковый метод, опирающийся на оценку пациентами собственных эмоциональных состояний, не совсем надежен и не дает достаточно объективных данных об их истинных переживаниях. Об этом свидетельствует и проведенное нами исследование, как это будет показано в дальнейшем изложении.

Весьма дискуссионно положение о «запрете на выражение чувств» у больных шизофренией. Авторы склонны объяснять этот феномен преимущественно логической, рациональной оценкой социальной информации больными, поскольку чувства препятствуют правильному восприятию ситуации. Тогда как это совместимо со снижением произвольной регуляции у этих пациентов?

Представляется вполне объяснимым факт отсутствия корреляционных связей между клиническими характеристиками шизофренического дефекта и показателями снижения социального интеллекта, так как дефицит социальной направленности обусловлен предиспозиционно и невыводим непосредственно из закономерностей развития болезненного процесса, т. е. относится к фактору «патоса», а не «нозоса». Болезненный процесс может лишь усугублять данный дефицит. Это положение мы постараемся обосновать в дальнейшем изложении.

Из приведенных фактов, полученных в разных исследованиях, следует:

1. Нарушение социального функционирования является наиболее устойчивой характеристикой больных шизофренией.

2. Данная особенность отмечается не только у хронических больных, но и у недавно заболевших, а также у ближайших родственников больных шизофренией.

3. В ряде исследований отмечен дефицит построения «внутренней модели психического» – понимания сознания другого – как у больных шизофренией, так и у их ближайших родственников. Некоторые исследователи склонны рассматривать этот феномен как потенциальный предиктор шизофрении (Iraní et al., 2006).

4. Отмечается слабая связь (либо ее отсутствие) нарушения социального функционирования с базовыми когнитивными процессами (память, внимание, восприятие, формально-логическое мышление). Социальный интеллект нельзя оценить с помощью традиционных нейрокогнитивных методов.

5. Подчеркнута связь нарушения социально-когнитивных процессов с социальным функционированием больных шизофренией.

На этой основе была разработана широкая сеть методов «вмешательства», направленных на обучение больных социальным навыкам. Социальные тренинги включают задания на распознавание эмоций, на распознавание социальных ситуаций, ролевые игры и др. В лучшем случае это приводит к повышению показателей социальной перцепции, но поведенческий эффект такого вмешательства оказывается незначительным (см. обзор в кн.: Лоскутова, 2009). С нашей точки зрения, основным недостатком метода обучения социальным навыкам (тренинга) является то, что он предусматривает прежде всего *воздействие* на пациента, а не *взаимодействие* с ним. Об этом достаточно красноречиво свидетельствует широко используемый термин «вмешательство». Как хорошо известно, больные шизофренией особенно настороженно относятся ко всякого рода «вмешательству» в их внутренний мир. Процесс совладания с болезнью должен опираться на собственную активность больных, на их положительную мотивацию и желание принять помощь со стороны психотерапевта. Поэтому так важен индивидуальный подход к каждому из них, с учетом их способностей, интересов, профессиональных навыков и психологических особенностей, как помогающих совладать с болезнью, так и препятствующих этому процессу. И лишь на такой основе становится возможным объединение пациентов в группы и проведение групповых занятий с ними. Организаторам групповой психотерапии следует активнее использовать в своих разработках теоретические и практические обобщения по проблеме группового субъекта (Журавлев, 2002).

Родоначальницей отечественной патопсихологии – области знаний, пограничной между психологией и психиатрией, – по праву считается Б. В. Зейгарник. Ее научная деятельность началась в 1920-е годы под руководством выдающегося представителя гештальтпсихологии К. Левина. На протяжении всей своей творческой деятельности исследовательница отстаивала один из важнейших научных принципов, усвоенных ею в школе К. Левина: важность теоретического подхода и подтверждения теоретических положений экспериментальными данными. Открытый ею феномен – «эффект Зейгарник» – вошел в мировую психологическую литературу. Его суть заключается в потребности снять напряжение, возникающее в результате незавершенного действия, посредством волевого поведения.

Начиная с 1930-х годов ее научная деятельность осуществлялась в нашей стране. Б. В. Зейгарник рассматривала патопсихологию как отрасль психологии, которая, опираясь на положения общей психологии и психиатрии, должна сохранять свою специфику. Ее научные воззрения не утратили актуальности и до настоящего времени. Она придавала принципиальное значение отграничению предмета патопсихологии от предмета психиатрии. Клинические феномены должны быть обязательно квалифицированы в понятиях современной психологии, т. е. они должны быть включены в структуру психологического анализа, и только при таком подходе патопсихологическое исследование может внести нечто новое в понимание клинической картины болезни. Б. В. Зейгарник неустанно подчеркивала важность психологического знания, выступая против эмпиризма и редукционизма в науке (Зейгарник, 1971, 1986).

Важным для изучения проблемы своеобразия психической патологии при шизофрении является цикл работ Б. В. Зейгарник, посвященных патологии мышления, в которых она представила классификацию нарушений мышления при разных нозологиях (Зейгарник, 1958, 1962). Она утверждала, что если для психической патологии органического генеза характерно снижение уровня формально-логического мышления, уровня обобщений, то при шизофрении ведущую роль в структуре патологии мышления играют нарушения *мотивационно-личностных характеристик*: разноплановость, искажение процессов обобщения, снижение критичности и резонерство. Положение Зейгарник о мотивационной природе психической патологии при шизофрении получило экспериментальное подтверждение в работах ее сотрудников и

учеников (Рубинштейн, 1976; Соколова, 1976; Коченов, Николаева, 1978; Кожуховская, 1972; Тепеницына, 1965; Братусь, 1974; и др.).

Будучи ученицей К. Левина, Блюма Вульфовна Зейгарник высоко ценила его вклад в психологическую науку, подчеркивая, что он одним из первых сделал предметом психологического исследования потребностную и мотивационную проблематику. В противовес современной ему эмпирической функциональной психологии К. Левин считал, что источником человеческого мышления и поведения являются потребности, которые возникают в связи с принятыми намерениями и целями. Он ставил вопрос о связи потребности с предметом потребности. Предметы и явления «психологического поля» (конкретной ситуации) всегда выступают в определенном отношении к потребностям человека как средство их удовлетворения. Поэтому каждая «вещь» окружающего «поля» приобретает положительную или отрицательную валентность, определяя поведение человека.

Вместе с тем, отмечая слабую сторону концепции К. Левина, Блюма Вульфовна подчеркивает, что потребность для Левина означает некую внутриспсихическую «динамическую напряженную систему», стремящуюся к разрядке. Недостатки «теории поля» она видит в игнорировании содержательной стороны потребностей и их социальной обусловленности, ссылаясь на критику теории К. Левина Л. С. Выготским (Выготский, 1960).

В разработке методик, направленных на экспериментальное исследование важного аспекта изучения проблемы мотивации – уровня притязаний, – Б. В. Зейгарник опиралась на методические разработки сотрудника К. Левина Ф. Хоппе, суть которых заключалась в предоставлении испытуемым разных по сложности заданий при возможности свободы выбора более сложной или менее сложной задачи. Таким образом, следующее задание выбиралось в зависимости от успеха или неуспеха достижения цели, что дало возможность определить *уровень притязаний* испытуемого и проследить его динамику. Б. В. Зейгарник особо подчеркивала связь уровня притязаний с самооценкой личности. Диагностика уровня притязаний в норме характеризуется гибкой зависимостью от успеха/неуспеха, т. е. адекватным учетом своих достижений и поражений.

В цикле исследований, проведенных под руководством Б. В. Зейгарник, у больных шизофренией не было обнаружено зависимости выбора задания от успешности или неуспешности предыдущего решения: уровень притязаний не формировался, так как не вырабатывалась адекватная самооценка своих возможностей (Холмогорова, 1983). В исследовании М. М. Коченова и В. В. Николаевой было обнаружено изменение мотивационного аспекта деятельности у больных шизофренией, заключающееся в утрате побудительной и смыслообразующей функции мотива: испытуемые осознавали, что им надлежит делать, но «знаемый мотив» не приобретал действенной, побудительной функции (Коченов, Николаева, 1978). В тех случаях, когда мотив в какой-то степени сохранял побудительную силу, все же происходило сужение круга смысловых образований: то, что ранее имело для больного личностный смысл (учеба, работа, отношение к родным), постепенно утрачивалось. В связи с этим Б. В. Зейгарник подчеркивает, что одной из важнейших мер психокоррекции является включение пациентов в адекватную деятельность, способствующую повышению их социального статуса. Это положение подтверждено работами Д. Е. Мелехова, Э. А. Коробковой, С. Я. Рубинштейн и др. (Мелехов, 1963; Коробкова, 1939; Рубинштейн, 1970).

Последние годы жизни Блюму Вульфовну особенно занимала проблема мотивационного аспекта саморегуляции и различные формы ее нарушения, в том числе при шизофрении (Зейгарник, Холмогорова, Мазур, 1989). В основе процесса саморегуляции находится изменение смысловых образований, что предполагает наличие сформированной системы значений. Механизмом саморегуляции является «смысловое связывание», которое нарушается у больных шизофренией вследствие того, что цель, задаваемая обстоятельствами или экспериментатором, не насыщается побудительным смыслом для больного, т. е. не происходит превраще-

ния нейтрального содержания в эмоционально заряженное. Заметим, что этот объяснительный механизм можно отнести к пациентам со сниженной психической активностью, но он неприменим, например, к больным со склонностью к сверхценным образованиям, которые, напротив, характеризуются сверхмотивацией и эмоциональной насыщенностью. С другой стороны, перестройка смысловых систем может пойти по ложному, непродуктивному пути («ложное Я», деперсонализация и т. д.), конечно, не без участия бессознательного компонента регуляции. Основанием для этого являются недостаточная связь с реальностью, аутистические установки, обуславливающие снижение социальной направленности и социального аспекта регуляции.

Ближайший ученик и соратник Б. В. Зейгарник Юрий Федорович Поляков (1927–2002) унаследовал от нее основные принципы анализа нарушения психики. В 1962 г. он был приглашен академиком А. В. Снежневским на должность заведующего лабораторией патопсихологии Института клинической психиатрии АМН СССР (в дальнейшем преобразованным в Центр психического здоровья РАМН), где проработал до 1991 г. Ю. Ф. Поляков был одним из зачинателей мультидисциплинарных исследований в психиатрической клинике, включающих специалистов-психологов, психиатров, нейрофизиологов, генетиков и др. Он создал коллектив единомышленников, организовал цикл экспериментальных работ, направленных на изучение своеобразия шизофренической патологии, выполненных на очень высоком уровне. Авторам этой книги посчастливилось находиться у истоков данного направления, принимать активное участие в создании оригинальных методик, в теоретических дискуссиях и обсуждении полученных результатов. Созданная руководителем творческая атмосфера сохранялась на протяжении многих лет нашего сотрудничества. Совместными усилиями впервые было дано теоретическое обоснование возможности выделения *патопсихологического синдрома* как важнейшего инструмента анализа нарушений психики при шизофрении (Критская, Мелешко, Поляков, 1991). В самом общем виде он был определен как система нарушенных и сохраненных компонентов психической деятельности, включающих как факторы патологического развития, предшествующие заболеванию, так и факторы болезненного процесса (факторы «патоса» и «нозоса», по А. В. Снежневскому (Снежневский, 1972)). Выделенный синдром постепенно наполнялся конкретным содержанием благодаря результатам экспериментальных исследований и психологическому анализу полученных данных. Исследования продолжались и после ухода Юрия Федоровича из лаборатории и перехода на заведование кафедрой пато- и нейропсихологии психологического факультета МГУ им. М. В. Ломоносова в 1991 г. На их построение и ход исследования существенное влияние оказали работы Е. Блейлера и его последователей, послужившие основанием для рассмотрения аутизма как дефицита потребности в общении, обусловленного генетическими и средовыми факторами. Этот дефицит проявляется в снижении социальной направленности в широком диапазоне психической деятельности и поведения. Являясь центральной, гипотеза о снижении социальной направленности больных шизофренией нуждалась в экспериментальной проверке и доказательстве.

Существенный вклад в изучаемую проблему внесли достижения когнитивного направления в психологии, – в первую очередь, исследования когнитивных стилей. Достижения этого направления послужили основой для формулировки нами ряда продуктивных гипотез:

- 1) об особом типе формирования ментального опыта у лиц шизоидного круга;
- 2) о снижении избирательности когнитивных процессов, обусловленном недостаточной опорой на факторы социального опыта – общепринятые понятия, категории, признаки и отношения;
- 3) о снижении у больных шизофренией социальной перцепции;
- 4) о «парадоксальной креативности» больных шизофренией;
- 5) о постановке вопроса о связи «гениальности и помешательства».

Итогом перечисленного послужила постановка вопроса об особом когнитивном стиле, характеризующем как больных шизофренией, так и представителей шизоидного спектра.

Системный подход в нашем исследовании реализуется в понятии патопсихологического синдрома как структурного образования, позволяющего вскрыть внутренние взаимосвязи между основными психическими характеристиками, образующими особое качество проявлений шизофренической патологии. Патопсихологический синдром был определен нами как система нарушенных и сохранных психических процессов и свойств личности, которые являются сплавом как predispositional факторов «патоса», так и факторов «нозоса», обусловленных болезненным процессом. Снижение (ослабление) социальной направленности и социальной регуляции деятельности и поведения было определено в качестве ведущего фактора в структуре патопсихологического синдрома, специфичного для шизофренической патологии.

В связи с этим следует отметить, что к проблеме дефицита социального интеллекта у больных шизофренией мы впервые в патопсихологии обратились еще в начале 1960-х годов, со времени основания лаборатории патопсихологии (руководитель – проф. Ю. Ф. Поляков) Института психиатрии АМН СССР, что реализовалось в цикле исследований особенностей познавательной деятельности больных шизофренией. В те времена эта проблема не привлекла особого внимания ученых, и лишь с недавнего времени она стала широко обсуждаться на страницах психологических и психиатрических журналов. В наших дальнейших исследованиях проблема социальной направленности и социальной регуляции и их дефицита при шизофренической патологии получила свое развитие и распространилась на другие аспекты психической деятельности и поведения (Мелешко, 1985; Критская, Мелешко, 1988, 1997, 2004, 2009, 2012).

Методические принципы исследования

Системное исследование шизофренической патологии с позиций патопсихологического синдрома основано на применении двух взаимодополняющих методических принципов: *номо-тетического*, связанного с выведением общих закономерностей из многочисленных частных случаев, и *идиографического*, основанного на описании индивидуальных уникальных явлений. Сочетание этих методов способствует выявлению общих закономерностей с учетом индивидуальных особенностей человека и его целостности.

Номотетический метод, основанный на статистической обработке данных, направлен на определение средней величины изучаемого признака (свойства, черты), их вариаций в популяции и величины стандартного отклонения. Он помогает представить место, которое занимает испытуемый в системе показателей, характеризующих ту или иную экспериментальную группу. Такой подход позволяет применить статистический метод не только к группе, но и к отдельному человеку, и к индивидуальному развитию человека, например, в лонгитюдном исследовании.

Придавая большое значение количественному анализу полученных данных и используя его, мы отдаем себе отчет в том, что он должен вытекать из логики исследования, а не определять ее. За пределами операционного анализа и подсчета корреляций остается богатое психологическое содержание, не поддающееся математической обработке. К сожалению, в современной психологии выражена тенденция относиться к количественным данным как к конечным, не требующим психологического анализа: «Всеобъемлющий эмпиризм, наш нынешний общий недуг, несетя вперед, как всадник без головы, у него нет рациональной цели, он не использует никаких рациональных методов, кроме математических, он не приводит к рациональным выводам. Он пытается согласовать несогласуемые выводы» (Олпорт, 1961, с. 50). Только узкая теория может быть проверена экспериментально, но и для этого надо исключить из сферы рассмотрения большую часть непредвиденных обстоятельств. Нельзя не согла-

ситься с «категорическими императивами» Олпорта, которые он адресует исследователям: 1. Не забывайте о том, чем вы решили пренебречь. 2. Любое положение об окончательности выводов недопустимо. 3. Математические методы не отражают сферу сознания.

Идиографический метод, направленный на анализ индивидуальных характеристик личности, становится возможным после того, когда номотетическим способом выделены показатели, подлежащие психологическому анализу. В нашем исследовании он основан на использовании разных вариантов биографического метода: анамнестических данных (объективных, полученных со слов близких родственников пациентов, и субъективных, полученных со слов самих больных), дневниковых записей, наблюдений за поведением пациентов. Полученные данные использовались в качестве критерия адекватности самооценок пациентов по данным направленного интервью и личностных опросников.

Наиболее сложным и ответственным этапом исследования является интерпретация результатов. Она безусловно вытекает из теоретических позиций исследователя, но и ограничена определенными рамками. Наибольшую трудность представляет проблема проникновения во внутренний мир другого человека. На этом пути приходится сталкиваться с различного рода препятствиями, связанными с разным отношением пациентов к ситуации эксперимента и экспериментатору, с неоднозначными мотивациями, порождающими систему защит и притязаний. Особенно осторожно следует относиться к данным, полученным с помощью опросникового метода. Они обязательно должны быть соотнесены с данными исследования другими методами и с фактами реального поведения пациента в жизни.

Толкование полученных данных не может быть свободно от элемента субъективности и даже от включения интуитивного момента в процесс анализа. В этом отношении научный подход включает в себе и некоторый элемент искусства. Сохранению определенных границ объективности способствует экспертный метод оценки полученных результатов, проводимый несколькими специалистами-психологами.

Для решения задач нашего исследования был создан специальный комплекс методик, как оригинальных, так и традиционных, модифицированных в целях исследования. Он отвечал следующим требованиям:

- 1). направленность заданий на выявление качественного своеобразия изучаемой патологии;
- 2) экономичность заданий по времени выполнения;
- 3) доступность заданий основному контингенту контрольной группы испытуемых нормальной популяции (предъявляемые задания не должны быть сверхтрудными);
- 4) их относительная новизна для испытуемых по содержанию и по способу решения;
- 5) возможность формализации и статистической обработки результатов.

Для исследования когнитивного стиля – системного образования, включающего как когнитивные, так и личностные характеристики, – мы привлекли к анализу не все его показатели, а лишь те, которые помогают вскрыть специфику шизофренической патологии: характеристики избирательности, социальной перцепции, полезависимости/полнезависимости.

В целях определения уровня избирательности познавательных процессов и социальной перцепции как характеристик познавательного стиля были использованы задачи «открытого типа» без предлагаемых вариантов ответов, что существенно расширило возможности качественного анализа данных. Использовались приемы создания ситуаций неопределенности и дефицита информации при решении мыслительных и перцептивных задач: свободная классификация предметов, методика конструирования предметов по заданным признакам, пиктограмма, идентификация неопределенных фигур, методика распознавания эмоционально-выразительных движений (жестов) и др. Снятие неопределенности здесь должно про-

исходить 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.

Определение полезависимости/полнезависимости производилось по следующим показателям: выделение фигуры из фона (по методике «Включенные фигуры» Готтшальдта); конкретность/ символичность (по характеру опосредствующих образов, методика «Пиктограмма»); конкретность/ категориальность (по числу конкретно-ситуационных и категориальных обобщений при сравнении и классификации предметов); оригинальность мышления и восприятия (по соотношению актуализированных латентных и стандартных признаков); ригидность (по числу стереотипных ответов). Подробное описание методик будет дано в соответствующих главах.

Применяемые в исследовании методические приемы позволили определить индивидуальные особенности пациентов – способы их восприятия, понимания и интерпретации происходящего. Анализировались различные показатели социальной направленности, проявляющиеся в когнитивной деятельности больных: степень использования общепринятых понятий и категорий, зафиксированных в социальном опыте, понимания и употребления «социальных меток», приемов и способов действий.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.