

РАЗДЕЛ 2

СОВРЕМЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ (КЛИНИЧЕСКАЯ) ПСИХОЛОГИЯ: ОТ ТРАДИЦИЙ К ПЕРСПЕКТИВАМ

ДЕФИЦИТ СОЦИАЛЬНОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ ПРИ ПАТОЛОГИИ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Т.К. Мелешко, В.П. Критская

С именем Ю.Ф.Полякова связана организация цикла исследований, посвященных роли дефицита социальной направленности в структуре шизофренической патологии. Юрий Фёдорович Поляков (1927 – 2002) - крупный специалист в области патопсихологии, ближайший ученик и соратник Б.В.Зейгарник. Память о нём увековечена в книге «Выдающиеся психологи Москвы» (М., 2007).

Наше знакомство и совместная с ним работа, длившаяся без малого 30 лет, началась с 1962 года, когда он был приглашен академиком РАМН А.В.Снежневским на должность руководителя лаборатории патопсихологии Института психиатрии АМН СССР (в дальнейшем преобразованном в Научный Центр Психического Здоровья - НЦПЗ РАМН).

Институт начал работать по новой научной программе, в центре которой стояла проблема шизофрении, и было положено начало мультидисциплинарному исследованию этой проблемы. Такое исследование предполагало совместное изучение болезни на разных уровнях: биологическом, физиологическом, психологическом и клиническом. Для всех сотрудников Института и больницы им. П.П.Кащенко был организован цикл лекций по психиатрии. Лекции читали А.В.Снежневский, Р.А.Наджаров, Э.Я.Штернберг, Д.Е.Мелехов, А.С.Тиганов и др. Мы с большим интересом и пользой для себя прослушали этот курс. Следует отметить, что уровень психологического анализа наиболее тесно соприкасается с клиническим уровнем. Ю.Ф.Поляков специально подчёркивал, что если клиника

изучает проявления психической патологии, то патопсихология призвана выявлять закономерности нарушений психической деятельности при разных видах патологии.

Когда в 1962 г. Ю.Ф.Поляков пришел руководить лабораторией патопсихологии, в ней работали всего 4 сотрудника - Т.К.Мелешко, В.П.Критская, Е.И.Богданов, Л.А.Абрамян. С первого же дня знакомства в лаборатории установилась атмосфера творческого сотрудничества и взаимопонимания. Этому способствовало то обстоятельство, что мы, независимо, с разных концов экспериментально подошли к проблеме своеобразия шизофренического мышления, его несводимости к другим видам психической патологии. Юрий Федорович, изучая формирование искусственных понятий по методике Выготского – Сахарова, обратил внимание на склонность больных шизофренией к актуализации скрытых, латентных, обычно не используемых здоровыми испытуемыми, свойств предметов. Мы обнаружили даже некоторое преимущество интеллектуально сохранных больных шизофренией при решении некоторых творческих задач, решение которых основывалось на выявлении слабых латентных свойств, замаскированных более сильными, функционально зафиксированными признаками (например, в задаче Секея - свойство свечи терять вес при горении - замаскировано более сильным признаком - давать свет). Мы сразу же нашли общий язык, и как-то само собой исчезло состояние напряжённого ожидания, связанного с приходом нового руководителя. В связи с этим следует отметить, что Юрий Федорович являл собой пример нового, демократического стиля руководства, что было совсем нехарактерно и нетипично для того времени. Он не был кабинетным учёным-одиночкой, всегда стремился к диалогу, к обсуждению своих идей и мыслей с сотрудниками, был очень восприимчив и внимателен к мнению других, был склонен не только учить, но и учиться у других. Если к этому прибавить живость ума, оригинальность мышления и чувство юмора, которым он обладал, то создавалась неплохая почва для совместной работы и творчества.

На этой основе был создан целый цикл оригинальных методик, направленных на изучение своеобразия познавательной деятельности больных шизофренией: особенностей их восприятия, речи и мышления.

На первом этапе основным предметом исследования стало изучение особенностей познавательной деятельности больных шизофренией. Это потребовало специальной организации эксперимента, создания новых оригинальных методик, ранее не использовавшихся в патопсихологии. В исследовании были реализованы новые методические подходы к анализу полученных данных, всё более утверждавшиеся в мировой науке. Впервые в патопсихологии исследование больных проводилось в сопоставлении с результатами групп здоровых. Осуществлялся статистический анализ полученных результатов. Особое значение придавалось клинически определённым подбору больных для включения их в экспериментальное исследование.

Отличительной особенностью новых оригинальных методик являлось создание ситуации неопределённости, в которой пациент не мог действовать по установленному алгоритму, а вынужден был самостоятельно структурировать ситуацию, отбирая ту или иную информацию согласно своим субъективным предпочтениям. На основе этих методических приёмов было предпринято экспериментальное исследование у больных шизофренией разных сторон познавательной деятельности: зрительного восприятия, восприятия речи и мышления. Исследование проводилось в сопоставлении с репрезентативными группами здоровых испытуемых. Новые методические приемы и первые результаты исследования были обсуждены с Б.В.Зейгарник и её сотрудниками и получили поддержку и одобрение.

Проведённое исследование выявило ряд особенностей познавательной деятельности больных шизофренией (Поляков Ю.Ф., 1966, 1974). В зрительном восприятии у больных шизофренией отмечалось изменение системы привлекаемых для опознания образов-эталонов, что проявлялось в расширении круга образов-гипотез. Это снижало эффективность опознания обычных и несколько облегчало опознание необычных изображений в ситуациях, затрудняющих опознание, например, при недостаточной их сфокусированности (исследование Е.И.Богданова, 1967).

В исследовании В.П.Критской (1965, 1966) была выявлена меньшая зависимость восприятия речи больными шизофренией от смыслового контекста. При этом больные обнаруживали большую перцептивную точность и меньшую

опору на прошлый опыт при опознании речевых стимулов в условиях, затрудняющих восприятие (при наложении шума).

В исследовании мышления Т.К.Мелешко (1965, 1966) в заданиях на сравнение и классификацию предметов больным шизофренией была присуща тенденция к рассмотрению их в необычных аспектах и к актуализации широкого круга нестандартных, латентных свойств и отношений.

Таким образом, познавательная (когнитивная) деятельность больных шизофренией характеризовалась снижением избирательности, обусловленным недостаточной опорой на факторы социального опыта, обобщенного в общепринятых понятиях, категориях, знаниях. Природа такого снижения уходит корнями в ранний дизонтогенез. Большинство пациентов с эндогенными психическими расстройствами отличаются рядом специфических особенностей личности, относящихся к кругу шизоидных черт. Эти особенности включают в разной степени выраженности дефицит в сфере потребностей (дефицит потребности в эмоциональных контактах и потребности в общении), что проявляется уже в раннем возрасте.

В отечественной психологии общение рассматривается как одна из фундаментальных человеческих потребностей, которая выступает в качестве внутренней детерминанты развития, как родовая сущность человеческой психики, как проявление её изначальной социальности. Экзистенциальная потребность в другом человеке обусловлена историей развития человечества (Рубинштейн С.Л., 1989). «Уникальная целостность природного и социального, составляющая сущность человека и его психики, возникла в ходе антропогенеза и социогенеза и развивается дальше в процессе истории человечества и жизненного пути каждой личности» (Брушлинский А.В., 2003).

Реализуя системный подход в изучении формирования личности, Л.И.Анцыферова подчёркивает: «Психологическая организация личности формируется в процессе включения ребёнка в социальные системы. Но никакая система не могла бы включить его в социум, если бы в самой природе ребёнка не было ещё недифференцированного, но сильного устремления к социальному миру, если бы его глаза уже с первых дней жизни не задерживались на лице человека, если бы одобрение взрослого не было бы самой желанной наградой и

если бы, наконец, вся телесная организация ребёнка не была бы преадаптирована для тончайших форм общения с социальным миром» (Анцыферова Л.И., 1982).

Т.Н.Ушакова при рассмотрении природы речи и языка особо важное значение придаёт доречевым вокализациям, появляющимся с момента рождения ребёнка. Они проявляются не только в форме негативных эмоций. В гулении и лепете проявляются эмоции позитивного знака, становясь со временем всё более выразительными. Важной их особенностью является спонтанность проявления. Автор считает, что на дословесном этапе развития младенец уже пользуется средствами выразительности, имеющими эндогенный характер и практически не зависящими от языка окружающих. Это означает, что у него ещё нет языка, но уже есть речевая выразительность. «Экспрессивная активность имеет врождённый характер, формы её проявления одинаковы у новорождённых по всему миру, независимо от типа усваемого языка» (Ушакова Т.Н., 2004). Дефициты этих доязыковых форм выразительности могут быть предикторами эмоциональной и коммуникативной недостаточности в дальнейшем.

М.И.Лисина для обозначения самой ранней формы коммуникации ввела понятие «ситуативно-личностное общение», которое проявляется в «комплексе оживления», подчеркнув его активный, инициативный (а не реактивный) характер как выражение потребности в общении. В экспериментальном исследовании было показано, что «комплекс оживления» более интенсивно проявляется при восприятии человека, чем при восприятии предметов (Лисина М.И., 1986).

В свете существенных изменений, происшедших в последние годы в понимании ключевых проблем раннего онтогенеза, базовыми основаниями, обеспечивающими избирательность наиболее важных, экологически валидных характеристик окружающего мира, являются ранние репрезентации у младенцев. Младенцы рождаются со способностями, помогающими им быстро развивать понимание других людей. Они предпочитают человеческое лицо, голос, способны к имитации эмоций, жестов. На основе социальной направленности и общения у них формируется ментальная модель мира - способность сопоставлять свой внутренний мир с миром других, «когда возможность понимать не только своё психическое, но и психическое другого изменяет способность ребёнка понимать и принимать порядок социального устройства, отвечать иным, отличным от своих

требований» (Сергиенко Е.А., 2006). Автор исходит из положения об опосредовании процесса социализации внутренними моделями психического. Этот вывод сделан на основании обобщения большого числа зарубежных и отечественных исследований.

Установление эквивалентности с другим человеком возможно на основе выделения себя из физического мира, различения собственных движений и движений других, различения эмоциональных выражений. Важно подчеркнуть, что существуют значительные индивидуальные различия, касающиеся формирования ментальной модели мира как базовой основы социальной направленности субъекта. Эти базовые условия - лишь начало развития сложной, многоуровневой системы знаний о социальном мире.

На основании наших собственных исследований и данных других авторов (Баженова О.В., 1986; Козловская Т.В., Горюнова А.В. 1986) можно выделить ряд факторов в психическом развитии детей с генетически обусловленным повышенным риском к заболеванию шизофренией. Эти факторы свидетельствуют о дефиците базовых репрезентаций, обеспечивающих избирательность наиболее важных характеристик окружающего мира. Среди них - отсутствие отрицательных реакций на дискомфорт (такие эмоции отражают ожидание на устранение дискомфорта), отсутствие коммуникативного характера голосовых реакций в период предречевого развития, отсутствие предпочтительности выделять человеческое лицо, голос, сниженную способность к имитации эмоций, адресовать человеку свои потребности, отсутствие комплекса оживления при появлении близких. Речь идёт о дефиците способности осуществлять в дальнейшем первичные коммуникации, усваивать простейшие правила социального поведения, о дефиците построения ментальной модели мира - способности сопоставлять свой внутренний мир с миром других. По меткому выражению английского психотерапевта Р.Лэнга (Р.Лэнг, 1995) «шизоид неспособен переживать себя вместе с остальными».

Всё это послужило основанием для формирования гипотезы о дефиците ранних репрезентаций и потребности в общении у больных шизофренией и лиц шизоидного склада. Снижение потребности в общении рассматривается нами как проявление дефицита внутренней активности, направленной на других людей.

Факты симбиотической связи с матерью не противоречат этой гипотезе, так как это - проявление защитного механизма по отношению к воздействию социального мира. Отсутствие реакций на дискомфорт, «комплекса оживления» на появление близких, голосовых вокализаций, отражающих эмоциональное состояние ребёнка, отсутствие стремления к имитации эмоций и совместным действиям - всё это проявление недостаточности внутренней активности, порождающей в дальнейшем внутреннюю онтологическую несостоятельность пациентов.

Дефицит ранних репрезентаций препятствует как когнитивному аспекту развития (снижение избирательности), так и коммуникативному аспекту - способности оценивать социальный контекст и потребность инициировать общение. Потребность в общении и познавательная потребность на всех этапах развития тесно взаимосвязаны и выступают как общая потребность во взаимодействии с окружающим миром.

Избирательная готовность выявлять в предметах наиболее существенное, общезначимое, общее для целого класса ему подобных является основой коммуникации понимания человека человеком, установления межличностных отношений. Упомянутый выше Р.Лэнг говорит об особой «онтологической неуверенности», с которой рождаются шизоиды, поскольку существует разрыв в его соотношении с миром и раскол в отношении к самому себе.

Снижение социальной направленности и социальной регуляции деятельности и поведения было определено нами в качестве ведущего фактора в структуре патопсихологического синдрома, специфического для шизофренической патологии (В.П.Критская, Т.К.Мелешко Ю.Ф.Поляков, 1991).

Следует отметить, что мы уже в начале 60-х годов прошлого столетия впервые в патопсихологии обратились к проблеме социального интеллекта, которая сейчас так широко обсуждается на страницах психиатрических и психологических публикаций. В те времена эта проблема не привлекла к себе особого внимания других исследователей. В дальнейшем в наших исследованиях проблема социальной регуляции деятельности и её дефицита при шизофренической патологии получила своё развитие и распространение на другие аспекты психической деятельности и поведения (Критская В.П., Мелешко Т.К., 1988, 2004, 2009).

Следствием снижения социальной направленности является недостаточная закреплённость в опыте базальных понятий, категорий и способов действий: по терминологии Келли не происходит «кристаллизации опыта». Можно гипотетически предположить, что знания больных шизофренией представлены в форме «рыхлых», неинтегрированных и неиерархизированных по социальной значимости, очень подвижных конструкторов. Их способы восприятия и интерпретации окружающего мира отличаются очень большой субъективностью, недостаточной оформленностью и однозначностью, о чём свидетельствуют в ряде случаев трудности формулировок (часто - через отрицание). Конструкторы больных шизофренией обладают очень большой проницаемостью: большим количеством объектов, к которым может быть отнесён данный признак. Это ведёт к формальным обобщениям, даёт возможность сопоставлять всё со всем. Например, «предметы материального мира», «содержат органические (или неорганические) вещества», «твёрдые», «мягкие», «блестящие», «оставляют следы» и т.д. Такая особенность способствует актуализации в предметах и явлениях скрытых, латентных свойств. Это при условии достаточно сохранной познавательной активности и регуляции деятельности помогает в решении нетривиальных задач, как мы видели на примере решения задачи Секея. Способность преодолевать функциональную фиксированность установки и стереотипов служит той почвой, на которой базируется представление о повышенной креативности, т.е. творческой способности больных шизофренией, что породило давнюю интригующую проблему «связи гениальности и помешательства».

В связи с этим следует отметить следующее. В соответствии с нашей гипотезой, в ментальном опыте больных шизофренией слабо закрепляются «стандарты», «норма», способы деятельности и поведения, поэтому им не приходится их преодолевать. Вследствие этого открывается возможность сблизать всё со всем, что часто порождает то наивное бесстрашие мысли, что ошибочно трактуется как креативность. Эта тенденция усиливается сниженной мотивацией быть понятым другими.

Другой важной стороной проблемы является то, что творчество не сводится к проблеме интеллекта, а креативность – это лишь одна из его предпосылок. В творческой личности гармонично интегрируется индивидуальное, уникальное и

общезначимое, универсальное. Сформированность формальных операций недостаточный фактор для творческих достижений. Для этого необходима интеграция различных психических содержаний: знаний, эмоциональных впечатлений, направленность в будущее, образование новых социальных связей, мобилизация всех личностных ресурсов, всех форм опыта, включая знания об объективном мире, других людях и собственном «Я» (Холодная М.А., 2002). Недостаточность отмеченных субъектных качеств значительно снижает творческий потенциал.

Если обратиться к основным ключевым проблемам, разработанным под руководством Ю.Ф.Полякова, то очень существенным этапом исследования было обнаружение тех же особенностей когнитивных процессов, которые мы обнаружили у больных шизофренией, у их непроцессуальных родственников. Это поставило вопрос о типологической природе этих особенностей и их наследственной (генетической) детерминации (Критская В.П., 1972, 1974; Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф., 1991). В связи с этим нами было проведено исследование близнецовых семей (совместно с сотрудником лаборатории генетики В.М.Гиндилисом), в результате которого был определён существенный вклад генетических факторов в детерминацию выявленных особенностей избирательности познавательной деятельности (Поляков Ю.Ф., Гиндилис В.М., Критская В.П., Мелешко Т.К., 1978).¹

При исследовании проблемы общения были определены разные его уровни: инициативное общение, реактивное общение и резко сниженный его уровень. Для исследования делового общения (совместной деятельности) была разработана оригинальная методика на основе эксперимента с коммуникацией Коула и Скрибнер (Мелешко Т.К., 1985). Она позволила определить наличие или отсутствие перестройки деятельности с учётом действий партнёра в ситуации общения. Также возможно определить разные уровни мотивации и регуляции деятельности пациентов: 1) внутреннюю мотивацию, определяющую саморегуляцию деятельности; 2) регуляцию под влиянием мотивирующих стимулов со стороны; 3) отсутствие мотивации и, соответственно, низкий уровень регуляции деятельности, без учёта действий партнёра.

¹ См. статью в настоящем сборнике

Исследование психической активности обнаружило мотивационную природу его снижения у этих больных, что отличало его от снижения активности при других видах психической патологии, например, при органических заболеваниях. Именно с мотивационной природой активности были связаны разные возможности больных повышать её уровень под влиянием мотивирующих стимулов.

Оба указанных направления сомкнулись при рассмотрении проблемы регуляции психической деятельности (Критская В.В., Мелешко Т.К., 1988). Проблема саморегуляции деятельности и поведения становится ключевой, позволяющей подойти к интегральному изучению психической патологии больных шизофренией. Все проведённые исследования, носящие системный характер, привели к формулированию понятия патопсихологического синдрома шизофренического дефекта. Он был определён как система нарушенных и сохранных психических процессов и свойств личности, которые являются сплавом как конституционально детерминированных факторов «патоса», так и факторов, обусловленных самим болезненным процессом (факторов «нозоса» по А.В.Снежневскому, 1972).

В большинстве клинических исследований отмечается сложность структуры шизофренического дефекта, включающей разнородные его составляющие. Однако, несмотря на многообразие выделяемых типов, они имеют тенденцию к оформлению двух - диссоциированного и тотального, или псевдоорганического.

В патопсихологических синдромах, характеризующих разные типы дефекта, можно выделить и общие, и различные черты. Общей чертой является снижение потребностно-мотивационных компонентов социальной регуляции психической деятельности. Эта недостаточность проявляется нарушениями основных составляющих ведущего компонента патопсихологического синдрома: в снижении уровня общения, социальных эмоций, уровня самосознания, избирательности познавательной деятельности, при которой сохранность формально-логических операций сочетается с ещё большим заострением шизоидных черт, что проявляется как в когнитивной деятельности, так и в общении и поведении.

Ведущим компонентом второго типа дефекта, псевдоорганического, является нарушение потребностно-мотивационных характеристик психической активности, приводящее к тотальному снижению преимущественно всех видов и параметров психической деятельности. В этой картине общего снижения её уровня можно отметить лишь отдельные «островки» сохранной психической активности, связанной с интересами больных. Такое тотальное снижение сглаживает проявления диссоциации психической деятельности.

У больных прослеживается тесная связь негативных изменений, характеризующих парциальный дефект, с конституционально-обусловленными, преморбидными личностными особенностями. По ходу болезненного процесса эти особенности видоизменяются: часть из них ещё более усугубляется, а некоторые сглаживаются. Неслучайно, что у ряда авторов этот тип дефекта получил название дефекта шизоидной структуры. В формировании второго типа дефекта с преобладанием псевдоорганических расстройств, наряду с влиянием конституциональных факторов, выявляется более выраженная связь с факторами движения болезненного процесса, в первую очередь, с его прогрессивностью.

Результаты указанных исследований были обобщены и представлены в монографии «Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание», опубликованной в 1991 году (В.П.Критская. Т.К.Мелешко, Ю.Ф. Поляков, 1991).

В 1990 году Ю.Ф.Поляков перешел на заведывание кафедрой нейро- и патопсихологии психологического факультета МГУ. Исследования в указанном направлении не прекратились, а были продолжены. Целью последовательно расширяющегося исследования явилось раскрытие и квалификация патопсихологического синдрома как системного образования, т.е. необходимо было вскрыть внутренние связи между основными патопсихологическими характеристиками, образующими особое качество, определяющее своеобразие шизофренической патологии. Результаты предыдущих исследований послужили отправной точкой для новых циклов работ: произошло расширение границ применения патопсихологического синдрома - выход за пределы шизофрении и изучение с этих позиций всей группы эндогенных психозов: 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 и когнитивной, и личностной характеристики, существенно определяющей избирательность познавательной деятельности, особенности общения и стиль поведения. Наряду с характеристиками избирательности, познавательный стиль включает такие понятия, как полезависимость/полenezависимость.

Полenezависимые личности характеризует ориентировка на внутренний опыт, независимость в оценках, способность выходить за пределы ситуации, креативность. Полезависимые личности более зависимы от наличной ситуации, мнения других, им присуща стереотипность определений и нетерпимость неопределённости. Познавательный стиль больных шизофренией часто характеризуют две противоположные тенденции. С одной стороны – это ориентация на свой внутренний опыт и независимость от мнения других, стереотипов и установок. С другой - слабoreгулируемая социальными факторами интеллектуальная деятельность и поведение больных шизофренией носят черты инфантильности и наивности, что ведёт их к полезависимости. В нашем исследовании это проявлялось в снижении социальной перцепции, в высвобождении из смыслового контекста, большей перцептивной точности, в снижении константности восприятия, а также в склонности к конкретно-ситуационным обобщениям.

Следует заметить, что при гармоничном развитии личности полезависимость, более присущая экстравертам, успешно компенсируется их коммуникабельностью, а самодостаточность полenezависимых интровертов лишь при учёте социально значимых потребностей может перерасти в истинно творческую деятельность. Эти компенсирующие факторы значительно ослаблены у больных шизофренией. Выраженность обеих тенденций у одного и того же пациента наблюдается достаточно часто, а поляризация пациентов относительно полюсов полезависимости/ полenezависимости тесно связана с типологией характеров.

Поскольку наряду с больными шизофренией в исследование были включены пациенты с аффективными и шизоаффективными расстройствами, которые характеризуются меньшей выраженностью психической патологии и по своим характеристикам ближе к норме, чем больные шизофренией, особый акцент был сделан на изучении их личностных характеристик, в первую очередь, преморбидных.

Известно, что устойчивость личностного склада определяют черты характера. При этом не меньшую роль играют движущие силы развития личности. К ним относятся её активность как интеграл притязаний, саморегуляция, удовлетворённость и ответственность, самостоятельность. Особое место в анализе личности занимает понятие личностной зрелости (противоположность инфантилизму): способность посмотреть на себя со стороны, видеть себя таким, как есть, а не таким, каким хочешь казаться, владеть своими эмоциями. Особенно важен выбор способа жизни в соответствии со своими способностями и возможностями, способность согласовывать свои интересы с требованиями социума, общества (Абульханова-Славская К.А., 1991). В связи с этими задачами был существенно расширен круг методических приёмов, выявляющих как общие закономерности, так и индивидуальные особенности отдельных личностей. Важное место занял анализ самооценок и самоотношения пациентов, которые исследовались методом направленного интервью и с помощью опросников. Самооценки больных соотносились с данными историй болезни пациентов и результативностью их конкретной деятельности по данным экспериментально-психологического исследования. На основании указанных методов определялся круг интересов пациентов, реалистичность их планов, степень их самостоятельности и ответственности.

Плодотворность системного подхода к изучению патологии психической деятельности с позиций патопсихологического синдрома получила подтверждение в психиатрической практике. В частности, определение и описание патопсихологического синдрома шизофренического дефекта содержится в последнем выпуске «Руководства по психиатрии» (1999).

В целях выявления взаимосвязи компонентов в структуре патопсихологического синдрома нами было проведено лонгитюдное

исследование больных эндогенными расстройствами - аффективными и шизоаффективными психозами и шизофренией. Повторные исследования проводились с интервалом от 3 до 15 лет. Исследование показало разные тенденции в динамике изучаемых компонентов психической деятельности больных: одни из них обнаружили стабильность, другие претерпели определённые изменения по мере течения заболевания. Наиболее устойчивыми оказались стилевые характеристики познавательной деятельности, к которым, в первую очередь, относятся показатели избирательности. К достаточно устойчивым параметрам относятся также показатели полезависимости/полнезависимости как индивидуальные способы познания: восприятия, структурирования материала, категоризации, понимания и интеграции происходящего. Они остаются относительно неизменными на протяжении длительного времени, независимо от факторов движения болезненного процесса.

Данные об устойчивости стилевых характеристик когнитивных процессов подтверждают факты, полученные другими авторами (Айзенк Г., 1999; Голубева Э.А., 2005; Русалов В.М., 2005 и др.), свидетельствующие о существенной роли конституциональных факторов в их детерминации. Это позволяет рассматривать стилевые характеристики когнитивных процессов в системе типологических особенностей личности.

Текущий болезненный процесс («нозос») вносит в структуру патопсихологического синдрома ряд изменений: снижение мотивации и уровня общения, психической активности и саморегуляции деятельности, нарушение адекватности самооценок, сужение круга интересов, эмоциональное снижение и т.д. Наиболее выражены эти изменения у больных шизофренией.

В заключение необходимо отметить: мы далеки от мысли, что нам удалось ответить на все поставленные вопросы и экспериментально подтвердить все сформулированные гипотезы. Работа по-прежнему носит поисковый характер и её цель - продолжающийся научный поиск. Ждёт своего разрешения гипотеза дальнейшего исследования, заключающаяся в утверждении, что устойчивые типологические свойства личности оказывают влияние, в первую очередь, на формирование клинических вариантов эндогенных расстройств (форму

течения, характер бредаобразования, типы аффективных расстройств). При этом глубина эндогенного болезненного процесса определяет изменение таких психических характеристик, как мотивация и регуляция деятельности и поведения, психическая активность, общение, эмоциональное реагирование, самоотношение, уровень притязаний и др.

Ждёт своей разработки проблема половых и гендерных различий в системе изучаемой патологии. С позиций полученных данных необходимо рассмотреть проблему психологической коррекции и социальной адаптации больных.

На протяжении многих лет наша работа проводилась в тесном контакте с ведущими клиницистами НЦПЗ РАМН: М.Я.Цуцульковской, Г.П.Пантелеевой, В.Г.Каледой, Л.И.Абрамовой, П.В.Бологовым, И.В.Олейчиком и др. Всем им мы выражаем свою признательность и благодарность. Ю.Ф.Поляков всегда придавал большое значение связям с клиникой и всячески способствовал их укреплению (Ю.Ф.Поляков, 1977).

Созданное под его руководством новое направление в патопсихологии живёт, развивается и приносит свои плоды. Реализация системного подхода с позиций патопсихологического синдрома в клинической практике способствует дифференциальной диагностике эндогенных расстройств, разработке их типологии, углубляет знания об этиологии и патогенезе этих заболеваний. Проведённые исследования вносят определённый вклад и в теории общей психологии: проблему индивидуальных различий и социальной регуляции психической деятельности и поведения, проблему общения, взаимоотношения патологии и творчества и многих других не менее важных проблем.

НАРУШЕНИЯ ОБЩЕНИЯ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ НЕЙРОНАУКИ

М.В. Алфимова

Нарушения общения при шизофрении являются одним из наиболее ярких проявлений заболевания и входят в число фундаментальных симптомов болезни - в «четыре А» Е. Блейлера - в форме представлений об аутизме. Закономерно