

# Чебакова Ю.В., Харисова Р.Р., Шишкова Д.И.

## Патопсихологический анализ типологий выхода в ремиссию больных параноидной шизофренией



English version: [Chebakova U.V., Kharisova R.R., Shishkova D.I. Patopsychological analysis of the typology of the remission onset in patients with paranoid schizophrenia](#)

Российский государственный медицинский университет им. И.Н.Пирогова, Москва, Россия

[Сведения об авторах](#)

[Литература](#)

[Ссылка для цитирования](#)

Целью работы является патопсихологическая дифференциация симптомов при параноидной шизофрении. Обследовано 20 больных параноидной шизофренией с использованием патопсихологических методов в подостром и ремиссионном периодах. Выявлены и описаны типы выходов в ремиссию пациентов с параноидной шизофренией, отражающие особенности дефицитарности: по типу «эмоциональной хрупкости», «панциря», «эмоциональной монотонности» и «хаотичности», «инверсии агрессии».

**Ключевые слова:** шизофрения, параноидная шизофрения, ремиссия, типология, синдром, симптом

Когнитивные и эмоциональные нарушения являются одними из ведущих компонентов в структуре шизофренического дефекта [Критская, Мелешко, Поляков, 1991; Поляков, 1972]. Изучением когнитивного аспекта больных шизофренией занимались многие исследователи, как клиницисты-психиатры, так и экспериментаторы-психологи, что обусловлено прежде всего объективным значением этих нарушений в картине болезни. Знания об уровне эмоционального дефекта пока основаны преимущественно на интуитивных данных [Шумский, Морозов, 1998; Sandifer, Pettus, Quade, 1964].

В исследованиях отечественных психологов [Бажин, Корнева, 1981] подчеркивается ограниченность широко распространенных представлений об эмоциональных расстройствах у больных шизофренией. Одной из причин подобного положения является ограниченное число методических приемов, адекватных и информативных для данной проблемы. Данные факты обуславливают необходимость проведения новых экспериментально-психологических исследований эмоциональной патологии при шизофрении.

Психиатрические взгляды на проблему шизофренического дефекта предполагают наличие симптомов, которые могут изменяться (вариативные звенья) в течение заболевания и процессе лечения, и симптомов (инвариантные звенья), составляющих основу дефекта. Работ, посвященных патопсихологическому анализу типологий выхода в ремиссию больных параноидной шизофренией, сравнительно мало [Татаренко, 2001], в то время как это может позволить дать верную квалификацию нозологической специфичности у того или иного пациента и раскрыть вопрос о дифференцировке позитивных и негативных симптомов.

Целью настоящего исследования являлось изучение типологии патопсихологических феноменов

выхода в ремиссию у больных параноидной шизофренией. Проверялось предположение о наличии преимущественно эмоционально-личностных или когнитивных нарушений в различных вариантах типологии выхода в ремиссию при шизофрении.

## Материалы и методы

Экспериментальную группу составили 20 больных параноидной шизофренией (10 мужчин и 10 женщин) в возрасте от 25 до 55 лет, с зарегистрированным стажем (по данным историй болезни) заболевания от 1 до 30 лет.

Исследование проводилось в два этапа: больные проходили патопсихологический эксперимент в подостром и ремиссионном периодах. Среди использованных методик были: клинико-психологическая беседа, «10 слов» [Рубинштейн, 1999], «Пиктограммы» [Херсонский, 2003], «Классификация предметов» [Рубинштейн, 1999], «4-й лишний» [Рубинштейн, 1999], «Интерпретация пословиц и метафор» [Рубинштейн, 1999], «Сравнение понятий» [Рубинштейн, 1999], «Рисунок человека» (РЧ) [Венгер, 2002], «Рисунок несуществующего животного» (РНЖ) [Венгер, 2002], Тематический апперцептивный тест (ТАТ) [Киященко, 1965; Леонтьев, 2000].

## Результаты и обсуждение

Патопсихологические проявления феноменов при параноидной шизофрении были неодинаковы у обследованных больных и касались в первую очередь особенностей когнитивных и эмоционально-личностных расстройств, определяющих структуру состояния в целом и обуславливающих своеобразие его клинических проявлений, динамику и прогноз. В соответствии с этим принципом была разработана типология патопсихологических феноменов выхода в ремиссию при параноидной шизофрении.

### **I тип. Совокупность патопсихологических феноменов по типу «эмоциональной хрупкости»**

Группу данного типа составили самые молодые испытуемые (25–31 лет, 3 мужчины и 1 женщина). Преимущественной причиной госпитализации была совокупная симптоматика суицидальных мыслей, депрессивных переживаний, чего не встречалось в остальных группах пациентов. А наличие «голосов» и неадекватных действий приобретало витально опасное значение. Например, один больной подбежал к окну и кричал, что «нужно спрятаться от терминаторов», «вокруг немцы», то есть неадекватность действий была обусловлена переживаниями за собственную жизнь, стремлением обезопасить собственные и чужие жизни. Превалирующими эмоциями в данном случае оказывались страх и тревога. Другой больной высказывал суицидальные мысли: «Хотел, чтобы остановилось сердце и попасть на небеса, и были бы мы вместе с Ноггано, Гуфом – они мои друзья».

Для больных была характерна эмоциональная лабильность с неустойчивостью эмоциональных состояний, быстрой сменой одних эмоций другими, колебания эмоционального тонуса, эмоциональная подвижность в зависимости от меняющейся ситуации, неустойчивость настроения или его неадекватность, возникающая без достаточных на то оснований и изменяющаяся под влиянием незначительных событий. В ходе обследования больные охотно делились переживаниями, в том числе интимными. К примеру, больная, которая делилась переживаниями о бывшем возлюбленном: «Я осталась у него ночевать, утром метнулась домой. Потом был кошмар! Все думала, изнасиловал или нет». Пациенты были многоречивыми, могли сокращать дистанцию при общении, но могли и замкнуться в себе, начиная отвечать только после наводящих вопросов,

пытаясь закончить обследование побыстрее, находя для этого разнообразные аргументы. При этом они быстро переключаются и продолжают выполнять задания, то есть речевая активность и уровень контакта также были неустойчивыми.

Отмечалась относительная сохранность внимания и памяти по сравнению с остальными группами. При исследовании процессов опосредования чаще использовали стандартные и атрибутивные образы.

При интерпретации пословиц обращалось внимание на чувственную и эмоциональную сферу или включали значимых персонажей и героев собственного пережитого детского опыта. Например, объясняя метафору «холодный разговор», больной говорит: «С Мартыновой такой разговор. Расскажу как это, когда звонишь ей душу излить, а тебя затыкают всякие».

В проективных методиках выявлена актуализация сексуальной тематики. К примеру, больной описывает таб. N 13 методики ТАТ: «Действие происходит в общежитии. Она пришла вечером, разделась и легла на кровать... вот она лежит с обнаженной грудью. Мужчина не знает, что делать. Скорей всего, женщина его уломает и свершится половой акт». Идентификация соответствовала гендеру личности. Больные самостоятельно могли описать прошлое, настоящее и будущее изображенных людей на картине, а также их чувства и мысли.

### **Таблица 1**

Сравнительная характеристика показателей когнитивной сферы (% встречаемости показателя в группе) в подострый и ремиссионный периоды у больных с синдромом по типу «эмоциональной хрупкости»

Показатель	Подострый период	Ремиссионный период
Сниженные показатели времени поиска чисел по таблице Шульце	50	25
Сниженный объем памяти	50	25
Правильные воспроизведения по методике «Пиктограмма»	25	50
Атрибутивные образы	75	75
Стереотипные образы	50	75

При повторном исследовании, как видно из табл. 1, уменьшилось время поиска чисел в таблицах Шульце, увеличился объем памяти; в мышлении увеличилось количество нормативных актуализируемых признаков. В методике «Пиктограмма» отметилась наличие типичных стереотипных образов. Повторение в изображении образов для запоминания понятий человеческих фигур может указывать на стремление больных к социальной включенности.

Полученные данные указывают на увеличение познавательной (память, внимание) продуктивности и сужение продуктивности ассоциативных процессов со снижением возможности осуществления обобщения на основе образования нестандартных признаков. При этом исследование эмоционально-личностной сферы в динамике показало, что в качестве инвариантного звена в данном синдроме можно выделить неадекватность способов реагирования, парадоксальность эмоциональных реакций на личностно-значимые переживания, склонность к фиксации на определенных эгоцентрически заряженных темах. При данной типологии сохраняются эмоциональные реакции и их смещающаяся последовательность, хотя и в паратимичной, неадекватной форме. Кроме того, отсутствуют выраженные искажения мышления, а нарушения познавательной деятельности поддаются редукции.

## II тип. Совокупность патопсихологических феноменов по типу «панциря»

Преимущественной причиной госпитализации больных (3 женщины и 6 мужчин) стали бредовые идеи отношения и воздействия, а также наличие «голосов» императивного характера, отличающие их от остальных групп пациентов своей агрессивной направленностью по отношению к окружающим. Например, больной слышал «голоса внутри головы» следующего содержания: «Если ударит кого-то или убьет, то ему обеспечен рай в следующей жизни». Некоторые больные не ограничивались одними угрозами, а применяли насилие к своим родным (один больной избивал мать). Другие пациенты с бредовыми идеями подозревали своих соседей или родственников в «желании овладеть квартирой», «отравить едой», «слежке со стороны спецслужб, угрожающих расправой». У 40% испытуемых формальная критика к заболеванию: они знают правильный диагноз, но недооценивают тяжесть состояния. К примеру, о причинах своего поступления могли говорить следующее: «Я думаю, у меня шизофрения... крышу сносит, агрессивный становлюсь, но вообще я добрый... мания величия, восхваление себя и монархия».

Данные пациенты в контакте неохотно делились переживаниями, были негативно настроены, скрытны. Инициатива в разговоре отсутствовала, часто не отвечали на вопросы («не помню», «не знаю», «давайте не будем»). В ходе обследования желали быстрее его закончить, не были заинтересованы в выполнении заданий, не стремились выполнить их успешно. Характерно снижение волевого усилия, чрезмерная подозрительность, негативизм, агрессивность (враждебность), напряженность.

Для данной группы была характерна истощаемость внимания и памяти. Высок показатель количества отказов от выполнения когнитивных и эмоционально-личностных методик.

В методике «Пиктограмма» они чаще, чем в других группах испытуемых, использовали стереотипные образы.

Исследование мышления показало наличие актуализации динамических, функциональных и конкретно-ситуативных латентных признаков (ЛП).

При интерпретации пословиц и метафор больные либо отказывались выполнять задание, либо толковали смысл буквально, без переносного смысла. К примеру, смысл пословицы «Не все то золото, что блестит» пациент передал следующим образом: «Блестеть может не только золото»; «Цыплят по осени считают» – «Они выводятся летом, потом осенью их считают».

Эмоционально-личностная сфера больных характеризуется негативизмом, эмоциональной и социальной отгороженностью (сидят дома, не работают, не устроена личная жизнь). Большинство испытуемых стараются отказаться от выполнения проективных методик или выполнить их формально и быстро. В методике «ТАТ» ограничиваются рассказом, состоящим из простого предложения, в основном описывают изображенных героев в настоящем. Редко используют параметры прошлого, будущего, мыслей и переживаний, а если упоминают о них, то слишком скудно. Примеры рассказов: «Здесь пахарь, 3–4 дома, девушка молодая, ее матушка. Матушка тоже пашет»; «Мужчина куда-то рвется, а его жена не отпускает». Отмечалась также актуализация в рассказах тем подозрения, смерти, насилия, агрессии и аутоагрессии. Описывая таблицу N 8, больной говорит: «Кого-то режут, какие-то маньяки... ружье, кого-то вяжут. Кровь льется рекой». Пациенты чаще всего ни с кем себя не идентифицируют.

### Таблица 2

Сравнительная характеристика показателей когнитивной сферы (% встречаемости показателя в группе) в подострый и ремиссионный периоды у больных с синдромом по типу «панциря»

Показатель

Подострый период Ремиссионный период

Истощаемость внимания	60	40
Снижение объема памяти	80	30
Конкретно-ситуативные латентные признаки	70	10
Динамические латентные признаки	90	30
Стереотипные образы («Пиктограммы»)	90	50

Как видно из табл. 2, в период ремиссии уменьшилась истощаемость внимания и увеличился объем правильных воспроизведений в «Пиктограмме». В методиках на мыслительную деятельность уменьшилось количество конкретно-ситуативных и динамических ЛП, увеличилось количество нормативных признаков. При повторном исследовании процессов опосредования уменьшилось использование стереотипных образов. Данный показатель, обычно проявляющийся в изображении человеческих фигур, может свидетельствовать об отсутствии направленности на коммуникативное взаимодействие, сохранении в ремиссии трудностей в коммуникативно-межличностном общении.

Таким образом, у данной категории больных можно выделить редукцию энергетического потенциала: слабость волевого побуждения в совокупности с негативизмом, снижение речевой инициативы, признаки истощаемости внимания, конкретность интерпретации пословиц и малая продуктивность деятельности в слабоструктурированных заданиях, эмоциональная и социальная отгороженность в совокупности с актуализацией тем подозрения, смерти, насилия, агрессии и аутоагрессии в проективных методах. Полученные данные также указывают на увеличение познавательной продуктивности в ремиссии, при этом исследование эмоционально-личностной сферы в динамике показало, что она осталась без изменений.

### **III тип. Совокупность патопсихологических феноменов по типу «эмоциональной монотонности»**

Группу данной типологии составили самые старшие испытуемые – их возраст 45–55 лет (3 женщины). Причиной госпитализации стала неадекватность поведения. Больные выбрасывали вещи и продукты из окна, отказались от приема пищи и лекарств. Сами пациенты причины поступления объяснить не могли. Для больных характерно было ослабление выразительности и однообразность эмоциональных реакций, мимики, жестикуляции и интонации, многословная, но при этом «сухая» речь, лишенная образности. В ходе обследования ведут себя однообразно, послушно выполняют все задания. В беседе многоречивы. К примеру, больная, рассказывая про семью, подробно говорит о месте учебы, службы, работы мужа: «Муж мой Юра всю жизнь проработал официантом в «Спутнике». Обслуживал богатый контингент. Закончил английскую школу, потом была армия. Служил в Сомали, поэтому ничего не боится. Прошел через огонь, воду и медные трубы. Он очень добрый, всем всегда давал займы, обеспечивал мать, жену и сына. У него тогда была другая жена. И т.д.».

Для больных была характерна истощаемость памяти, использование в методике «Пиктограмма» множественных и стереотипных образов.

В методиках на мыслительную деятельность больные опирались на нормативные признаки. Чаще, чем в других группах, встречался феномен «резонерства», однако он обладал специфичной, чрезмерно «бытовой окраской». Например, объясняя пословицу «Нечего на зеркало пенять, коли рожа крива», больные могли говорить: «Бывают красивые люди, молодые и пожилые, а бывают с дефектами лица и тела: хромые, с параличом, дети с синдромом Дауна. Некоторые из них всю жизнь будут прикованы к постели. А еще бывают сиамицы, как Даша и Глаша. Они

дожили до 30 лет вроде, умственные способности были сохранены»; «Цыплят по осени считают» – «В деревнях так говорили. Урожай, цыплят к осени считают, чтобы делать мясные заготовки на зиму в индивидуальном плане и государственном, так же как животноводство, скотоводство, виноградарство, овощеводство...».

Эмоционально-личностная сфера характеризовалась монотонностью, «сухостью», однообразностью. При выполнении методики ТАТ больные описывали прошлое, настоящее и будущее изображенных людей на картине, а также их чувства и мысли, однако делали это с особой тщательностью, обращением внимания на незначимые детали, без удержания темы и проведения основной сюжетной линии, с «заикливанием» на внешних атрибутах изображенных героев с дальнейшими интерпретациями. К примеру, описание таб. N 2: «Учительница или интеллигентная девушка. Здесь рабочий момент изображен. Колхозница с сельскохозяйственной работы. В прошлом на лошадях сеяли и убирали урожай. Стояла женщина в сарафане, деревня старая. Так раньше одевались. В будущем город будет, земля эта же будет, трактора, газонокосилки, одеваться по-другому. А это рабоче-крестьянская интеллигенция будет развиваться, мировой запас книг. Мужчина уже устал, стоит в одних брюках. Женщина – его жена, может, ребенка ждет. Молодая женщина учится... может быть, их дочь. Думает об образовании, а потом им будет помогать».

### **Таблица 3**

Сравнительная характеристика показателей когнитивной сферы (% встречаемости показателя в группе) в подострый и ремиссионный периоды у больных с синдромом по типу «эмоциональной хрупкости»

Показатель	Подострый период	Ремиссионный период
Нормативные латентные признаки	90	100
Феномен «резонерства»	100	100
Сниженная память	90	80

В период ремиссии, как видно из табл. 3, увеличился объем памяти и понизилась истощаемость, увеличилось количество нормативных признаков, показатель соскальзываний и резонерства изменился в качественную сторону – если в подостром периоде была отмечена мелкотемность на «бытовом уровне» с чрезмерными включениями лишних деталей, невзаимосвязанных событий, образов, поступков, не поддающаяся коррекции, то в период ремиссии стала возможна коррекция испытуемых, они могли периодически возвращаться к основной теме разговора. В динамике можно также констатировать незначительное снижение проявлений эмоциональной монотонности, выявляемой в беседе.

## **IV тип. Совокупность патопсихологических феноменов по типу «хаотичности»**

Преимущественными причинами госпитализации (3 женщины) стали бредовые идеи воздействия и отношения без агрессивной направленности (то есть сами по себе они не приобретали опасное значение для собственной и чужой жизни), наличие парафренической симптоматики. Бредовые идеи остались актуализированными на момент первичного исследования. Так, одна больная высказывает бредовые идеи по отношению к медицинскому персоналу, обвиняет их в покушении на сына: «Они его травили сегодня... спасти его надо!..». Другая больная, уверенная в своем превосходстве и в том, что за ней ведут строгое наблюдение, так как она: «очень бластная», говорит: «Что вам подарить? Устроились на хорошую работу? Скажите мне «спасибо»!».

Испытуемые ориентированы в пространстве и собственной личности, во времени –

дезориентированы. Полностью отсутствует критика к своему состоянию и заболеванию. Больные разговорчивы, делятся переживаниями, чаще всего по поводу своих родственников. Например, одна больная рассказывает о том, что «своих детей нет, на ней осталось 5 маленьких племяшек, а мать их Анютка за ними не присматривает». В ходе обследования больные могут не удерживать дистанцию, допускать фамильярные высказывания, импульсивность (не могут долго усидеть на одном месте и просятся выйти покурить, поесть, позвонить).

Для больных характерно нарушение когнитивной и эмоционально-личностной сферы с потерей целенаправленности.

В отличие от остальных групп для данных пациентов при выполнении методики «Пиктограмма» характерны персеверации (33,5%), псевдоабстрактность образов (33,5%), феномен «содержательной смещенности» (67%).

В методиках на мыслительную деятельность больные опираются на субъективные и персонифицированные ЛП, практически отсутствуют нормативные ЛП. Чаще, чем в остальных группах, встречались соскальзывания, частота которых усложняла проведение исследования. Так, больная при выполнении методики «Исключение предметов» в карточке с изображением инструментов выбирает лишним пилу и объясняет: «Пилой можно отрезать голову. Не поеду больше в деревню. Пусть Анютка там живет». Другая больная выбирает лишним в карточке с изображением швейных принадлежностей наперсток и говорит: «А, трубка! Это то, что мы курим! Мне подарили уже наперсток, отчего я заболела. Или это пепельница? Ножницы – порезать нечего, но хорошие. Трудно стричь ногти. Это портные ножницы».

По количеству выделяемых признаков феномен «разноплановости» получил высокие показатели (100%).

Интерпретацию пословиц и метафор больные выполняют, исходя из буквального объяснения и включения в них собственной личности. Например, больная пословицу «Цыплят по осени считают» объясняет следующим образом: «Купила я 55 цыплят, 47 в итоге осталось. Знаю, что они травку любят, чтобы хорошо росли. Но потом мы их зарезали». Другая больная на метафору «ядовитый человек» говорит: «Очень ядовитая, травилась один раз».

Для больных характерна лабильность и инертность внимания. Память характеризуется истощаемостью, низким объемом, наличием феномена привнесения лишних слов. Ни одного правильного воспроизведения по методике «Пиктограммы».

Полученные различия можно объяснить тем, что больные с синдромом по типу «хаотичности» более эгоистичны, поэтому выполняют методики по субъективным и персонифицированным признакам.

Эмоционально-личностная сфера больных с синдромом по типу «хаотичности» характеризуется высокой речевой инициативой, снижением социальной адаптации и критики к заболеванию. Проективные методики больные выполняют по принципу персонификации и часто соскальзывают. К примеру, больная описывает таблицу N 12 методики ТАТ следующим образом: «Это я – старая бабушка. Инесса сказала, что я старая бабушка и пора отдыхать. Но я хочу быть красивой. Перееду в Воронеж, там все подруги мои, и будет все хорошо». Больные не описывают прошлого, будущего, мыслей и чувств изображенных героев на картине, а если упоминают про чувства, то опять соскальзывают на собственные переживания. Так, больная при описании таблицы N 3 говорит: «Это я так горько плач... и крест на двери, и сигареты на черный день. На меня похожа. Хочу такие же длинные волосы. В прошлом была трудная жизнь, трудное счастье... подвигам наша дорога. В будущем, может, будет много горя... глаза такие, никогда не забуду. Эмоции – ей больнее, чем мне». Идентификация соответствует гендерному аспекту личности.

В рисунке животного используют бесформенный тип (67%). При изображении людей их описания часто носят абсурдный вид (33,5%). Например, больная в рисунке человека рисует беременную девушку и в беседе говорит о том, что «у нее есть молодой человек, но она еще девственница».

#### **Таблица 4**

Сравнительная характеристика показателей когнитивной сферы (% встречаемости показателя в группе) в подострый и ремиссионный периоды у больных с синдромом по типу «хаотичности»

Показатель	Подострый период	Ремиссионный период
Сниженная память	90	67
Истощаемость памяти	100	67
Нормативные латентные признаки	90	100
Функциональные латентные признаки	0	67
Нормативные латентные признаки	0	67
Персонифицированные латентные признаки	100	67
Частота соскальзываний	67	33,5
Используемый тип животного	Бесформенный (67) Существующий (67)	

Как видно из табл. 4, при повторном исследовании увеличился средний объем запоминаемых слов и правильных воспроизведений в методике «Пиктограмма». Уменьшился показатель истощаемости памяти. Однако нецеленаправленность познавательной деятельности осталась на том же уровне.

В методиках на мыслительную деятельность прибавились функциональные и нормативные ЛП. Испытуемые опирались на адекватные, стандартные параметры и на параметр необходимости предмета. Уменьшилось количество персонифицированных ЛП и частота соскальзываний, что может говорить о положительном влиянии терапии на больных.

В методиках на эмоционально-личностную сферу прибавился параметр использования существующего типа животного.

Полученные данные указывают на изменение в период ремиссии лишь операционального компонента психической деятельности, в то время как мотивационный редуцирован не поддавался. Положительное влияние терапия оказывает на больных данного типа больше в познавательной сфере.

### **V тип. Совокупность патопсихологических феноменов по типу «инверсии агрессии»**

Анализ одного случая, не вошедшего в описание выделенных типологий. Мужчина, 25 лет. Причиной госпитализации стало проявление сексуальной агрессии по отношению к сестрам. Сам больной о причинах поступления говорит: «Я спал, когда пришли врачи и попросили показать паспорт. Я не дал, и они меня связали, привезли сюда». После чего прибавляет: «Видимо, я себя не так вел как-то». Соккрытие истинных причин может быть связано со стремлением произвести хорошее впечатление. При проведении исследования в поведении больного ни разу не проявилась негативизм или агрессивность. В ходе беседы больной отвечает на все вопросы, но собственными переживаниями, особенно связанными с семьей, делится неохотно: «Со мной в квартире живут 3 сестры, у одной из них ребенок, и мама. Отношения не очень хорошие». В контакте больной



вежлив. Охотно выполняет все задания. При проведении клинико-психологической беседы была выявлена эмоциональная отгороженность пациента. Он рассказывает о том, что «редко общается с друзьями, с одноклассниками вообще не общается, в школе друзей не было».

Внимание больного характеризуется отсутствием истощаемости, лабильности и инертности. Объем памяти средний. В методике «Пиктограмма» больной правильно воспроизвел 15 из 16 слов. Ассоциативные образы носили преимущественно стереотипный вид (93%) с использованием человеческих фигур.

При исследовании мыслительной деятельности отмечалась опора на нормативные и субъективные ЛП. Пословицы интерпретировал буквально, без переносного смысла. Например, «Куй железо, пока горячо» объяснял следующим образом: «В кузнечном деле это. Когда остынет, уже ковать нельзя».

В проективных методиках на эмоционально-личностную сферу выявлена средняя речевая активность, высокая тревожность, актуализация сексуальной темы, темы ревности и аутоагрессии. Например, при описании таб. N 3 ТАТ говорил следующее: «Больной ребенок лежит, облокотившись на кровать, и плачет. До этого он хотел сделать суицид». Идентификация с героями соответствовала полу пациента. В рисунке несуществующего животного больной использовал летающий тип животного.

При исследовании памяти в ремиссии объем воспроизводимых слов увеличился. В методике «Пиктограмма» уменьшилось использование стереотипных образов. При повторном исследовании на первый план выступает изменение эмоционально-личностной сферы. В проективных методах отчетливо проявляется параметр агрессивности. Можно увидеть инверсию аутоагрессии в выраженную агрессию, в том числе сексуальную. Так, в РНЖ больной рисует животное с большими челюстями и описывает следующим образом: «Питается людьми, скотом, мясом, всем живым. Семьи и друзей нет, любит девушек. Характер – злой и агрессивный». В методике ТАТ проявляется сексуальная агрессия. Например, на таблицу N 13 больной говорит: «Мужчина изнасиловал и убил женщину. Горюет, что он сделал». В методиках на мыслительные процессы уменьшилось количество субъективных ЛП и увеличилось использование нормативных ЛП.

Таким образом, полученные данные указывают на изменение в ремиссии показателей всех психических процессов, а также изменение личностных параметров. Положительное влияние терапии оказала на когнитивную сферу. Исследование эмоционально-личностной сферы позволяет констатировать инверсию аутоагрессии в выраженную внешне направленную и подавляемую агрессию, в том числе и сексуальную.

## **Выводы**

1. Обнаружены различные типы выходов в ремиссию пациентов с параноидной шизофренией, отражающие степень дефицитарности: а) «эмоциональной хрупкости»; б) «панциря»; в) «эмоциональной монотонности»; г) «хаотичности»; д) «инверсии агрессии».

2. Выделены феномены мотивационной сферы, определяющие разные типы патопсихологических синдромов.

В случае синдрома по типу «эмоциональной хрупкости» это эмоциональная лабильность, неустойчивость контакта, расторможенность влечений: со склонностью к актуализации сексуальной тематики, переживание страха, вины и тревоги.

При синдроме по типу «панциря» для больных характерна эмоциональная отгороженность,

негативизм, враждебность, подозрительность, в силу чего наблюдается малая продуктивность в экспериментальной деятельности.

При «эмоциональной монотонности» определяющие феномены: ослабление выразительности и однообразность эмоциональных реакций, мимики, жестикуляции и интонации; многословная, но при этом «сухая» речь, лишенная образности; проявления резонерства с «бытовым» содержанием.

В случае «хаотичности» – нецеленаправленность всей психической деятельности со сложностями структурирования, общая непродуктивность.

При патопсихологическом синдроме «инверсии агрессии» – проявления сексуальной агрессии, склонность к асоциальным поступкам (в частности, инцесту), лживость, склонность к диссимуляции, высокая тревожность, актуализация сексуальной темы, темы ревности и аутоагрессии.

3. Выделены особенности когнитивной сферы, характерные для разных типов патопсихологических синдромов.

При «эмоциональной хрупкости» отмечалась относительная сохранность внимания и памяти по сравнению с остальными группами, субъективно-личностный способ интерпретации пословиц; в ремиссии – уменьшились показатели инертности, увеличился объем памяти; в мышлении увеличилось количество нормативных актуализируемых признаков, появились типичные стереотипные образы.

Для группы пациентов с синдромом по типу «панциря» была характерна истощаемость внимания и памяти; использование стереотипных образов; актуализация динамических, функциональных и конкретно-ситуативных латентных признаков; характерна буквальная интерпретация пословиц; в период ремиссии уменьшилась истощаемость внимания и увеличился объем правильных воспроизведений в «Пиктограмме»; уменьшилось количество конкретно-ситуативных и динамических ЛП, увеличилось количество нормативных признаков, уменьшилось использование стереотипных образов.

Для больных с синдромом «эмоциональной монотонности» была характерна истощаемость памяти, использование множественных и стереотипных образов, опора на нормативные признаки; выраженный феномен «резонерства»; в период ремиссии – увеличился объем памяти, понизилась истощаемость, показатель соскальзываний и резонерства изменился в качественную сторону.

При синдроме по типу «хаотичности» характерна дезориентировка во времени, отсутствие критики, персеверации, псевдоабстрактность образов, феномен «содержательной смещенности», опора на субъективные и персонифицированные ЛП, отсутствие нормативных признаков, выраженный феномен разноплановости, использование бесформенного типа рисунка при выполнении проективных методик. При повторном исследовании увеличился средний объем запоминаемых слов, уменьшился показатель истощаемости памяти, стали использоваться функциональные и нормативные ЛП, уменьшилось количество персонифицированных ЛП, снижение количества «бесформенных» типов рисунков.

При синдроме по типу «инверсии агрессии» характерно отсутствие выраженных нарушений внимания и памяти, использование образов типичной стереотипии, опора на нормативные и субъективные ЛП, буквальная интерпретация смысла пословиц. В ремиссии – увеличился объем воспроизводимых слов, уменьшилось использование стереотипных образов, субъективных ЛП.

4. В структуре типов были выделены вариативные, связанные с остротой состояния, и инвариантные звенья, отражающие особенности психического дефекта при параноидной шизофрении: а) вариативные звенья – снижение когнитивной продуктивности (внимания, памяти);

нарушения динамики протекания психических процессов (инертность, истощаемость); нарушения мышления: актуализация нестандартных ЛП (субъективных, персонифицированных, конкретно-ситуативных латентных признаков, «множественных», атрибутивных и стереотипных образов); феномены эмоционально-личностной сферы: тревожность, негативизм; б) инвариантные звенья – связаны с типом нарушения мотивационной сферы в патопсихологическом синдроме, их изменения в ремиссии были связаны с уменьшением интенсивности проявления и возможностями коррекции в эксперименте.

### **Выражение признательности**

Выражаем признательность администрации психиатрической больницы N 14 г. Москвы за предоставление возможности проведения научных исследований в данном учреждении, врачам и персоналу больницы, а также пациентам, принявшим участие в исследовании.

### **Литература**

*Бажин Е.Ф., Корнева Т.В.* Психическая патология как модель для изучения импрессивной деятельности / Психология межличностного познания. М.: Педагогика, 1981. С. 196–211.

*Венгер А.Л.* Психологические рисуночные тесты: иллюстрированное руководство. М.: Владос, 2003.

*Киященко Н.К.* Апробация варианта методики ТАТ // Вопросы экспериментальной патопсихологии / под ред. Б.В.Зайгарник, С.Л.Рубинштейн. М.: Изд-во Гос. науч.-исслед. ин-та психиатрии, 1965. С. 213–219.

*Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф.* Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1991. С. 250–254.

*Леонтьев Д.А.* Тематический апперцептивный тест. М.: Смысл, 2000.

*Поляков Ю.Ф.* Патология познавательных процессов // Шизофрения. Мульти- дисциплинарное исследование. М.: Медицина, 1972. С. 225–277.

*Рубинштейн С.Я.* Экспериментальные методики патопсихологии. М.: Эксмо, 1999.

*Татаренко Н.П.* «Внутренняя картина болезни» при шизофрении и ее значение для клиники // Медицинские исследования. 2001. Т. 1, №. 1. С. 140–143.

*Херсонский Б.Г.* Метод пиктограмм в психодиагностике. М.: Речь, 2003.

*Шумский Н.Г., Морозов Г.В.* Введение в клиническую психиатрию (Пропедевтика в психиатрии). Н.Новгород.: Изд-во Нижегород. гос. мед. акад., 1998. С. 159–165.

*Sandifer M.G., Pettus C., Quade D.* A study of psychiatric diagnosis // The Journal of Nervous and Mental Disease, 1964. Vol. 139(4). P. 350–356.

Поступила в редакцию 18 июня 2011 г. Дата публикации: 25 апреля 2012 г.

### **Сведения об авторах**

*Чебакова Юлия Владимировна.* Кандидат психологических наук, доцент кафедры клинической психологии, психолого-социальный факультет, Российский государственный медицинский

университет, ул. Островитянова, д. 1, 117997 Москва, Россия.

E-mail: [lulek1994@inbox.ru](mailto:lulek1994@inbox.ru)

*Харисова Руфина Рейфатовна.* Ассистент кафедры клинической психологии, психолого-социальный факультет, Российский государственный медицинский университет, ул. Островитянова, д. 1, 117997 Москва, Россия.

E-mail: [ccheckquality@mail.ru](mailto:ccheckquality@mail.ru)

*Шишкова Дарья Ивановна.* Аспирант кафедры общей психологии, психолого-социальный факультет, Российский государственный медицинский университет, ул. Островитянова, д. 1, 117997 Москва, Россия.

E-mail: [frog1988@list.ru](mailto:frog1988@list.ru)

### [Ссылка для цитирования](#)

Стиль psystudy.ru

Чебакова Ю.В., Харисова Р.Р., Шишкова Д.И. Патопсихологический анализ типологий выхода в ремиссию больных параноидной шизофренией. Психологические исследования, 2012, № 2(22), 9. <http://psystudy.ru>. 0421200116/0021.

ГОСТ 2008

Чебакова Ю.В., Харисова Р.Р., Шишкова Д.И. Патопсихологический анализ типологий выхода в ремиссию больных параноидной шизофренией // Психологические исследования. 2012. № 2(22). С. 9. URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: чч.мм.гггг). 0421200116/0021.

[Последние цифры – номер госрегистрации статьи в Реестре электронных научных изданий ФГУП НТЦ "Информрегистр". Описание соответствует ГОСТ Р 7.0.5-2008 "Библиографическая ссылка". Дата обращения в формате "число-месяц-год = чч.мм.гггг" – дата, когда читатель обращался к документу и он был доступен.]

[К началу страницы >>](#)