

# РАЗДЕЛ 1. Методология исследования в клинической психологии

## Критская В.П., Мелешко Т.К. МЕТОДИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Современную патопсихологию характеризует недостаточная связь с основной фундаментальной психологической проблематикой, не используются в должной мере достижения в общей и социальной психологии, психологии развития и индивидуальных различий. Преобладает, как правило, фрагментарно-функциональный подход к анализу психической патологии.

Парадигма, положенная в основу многолетнего исследования своеобразия шизофренической патологии заключается в тезисе о существовании внутренней взаимосвязи причудливых и противоречивых характеристик психического склада при этом заболевании, не раскрываемых лишь через анализ клинических проявлений, а требующих специально организованного экспериментально-психологического исследования.

Исходными методологическими ориентирами исследования служит опора на отечественную психологическую традицию, реализующую системный подход при изучении человека как целостного активного субъекта. В нашем исследовании системный подход реализуется в понятии патопсихологического синдрома как структурного образования, позволяющего вскрыть внутренние взаимосвязи между психическими характеристиками, образующими особое качество проявлений шизофренической патологии. Патопсихологический синдром был определен как система нарушенных и сохраненных психических процессов и свойств личности, которые являются сплавом predispositional факторов «патоса» и факторов «нозоса», обусловленного болезненным процессом. [А.В. Снежневский, 1972]. В качестве ведущего фактора в структуре патопсихологического синдрома было определено снижение социальной направленности и социальной регуляции деятельности и поведения больных шизофренией. [В.П. Критская, Т.К. Мелешко, Ю.Ф. Поляков, 1991; В.П. Критская, Т.К. Мелешко, 2015]. Системное исследование шизофренической патологии с позиций патопсихологического син-

дрома основано на применении двух взаимодополняющих методологических принципов: номотетического, 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), определение их вариации в популяции и величины стандартного отклонения. Он позволяет определить 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 того, что поддается операционному анализу и подсчету корреляций остается богатое психологическое содержание, не поддающееся математической обработке. К сожалению, в современной психологии выражена тенденция относиться к количественным данным как конечным, не требующим психологического анализа. «Всеобъемлющий эмпиризм, наш нынешний общий недуг, несется 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 согласовывать несогласуемые выводы». [Г.В. Олпорт, 1961, с.50]. Только узкая теория может быть проверена экспериментально, но для этого надо исключить из сферы рассмотрения большую часть непредвиденных обстоятельств. Нельзя не согласиться с «категорическим императивом» Олпорта, который 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 – со слов самих больных, дневниковых записей наблюдений за поведением пациентов. Эти данные использовались в качестве критерия адекватности самооценок пациентов по данным направленного интервью и личностных опросников.

Наиболее сложным и ответственным этапом исследования является интерпретация полученных данных. 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 фактами реального поведения пациента в жизни. Толкование полученных данных не может исключить субъективного отношения исследователя и даже включения интуитивного момента в процесс психологического анализа. В этом отношении научный подход включает в себе и некоторый элемент искусства. Сохранить определенные границы объективности способствует экспертный метод оценки полученных результатов проводимый несколькими специалистами – психологами.

Для решения поставленных задач создан специальный комплекс методик как оригинальных, так и традиционных, модифицированных в целях исследования. Используемый методический комплекс отвечал следующим требованиям:

1. Доступность задания основному контингенту контрольной группы испытуемых нормальной популяции (то есть предъявляемые задачи не должны быть сверхтрудными).

2. Относительная новизна для испытуемых задания по содержанию и способу решения.
3. Направленность задания на выявление качественного своеобразия изучаемой патологии.
4. Возможность формализации и статистической обработки результатов исследования.
5. Задания должны быть достаточно экономичными по времени их выполнения.

Включение в исследование лонгитюдного метода (исследование пациентов с интервалом от 3-х и более лет) способствовало решению целого ряда принципиально важных проблем, касающихся соотношения компонентов в структуре патопсихологического синдрома, степени их устойчивости и изменчивости в динамике болезненного процесса. Лонгитюдный (катамнестический) метод позволил проследить как индивидуальную динамику психических изменений отдельных больных, так и сопоставить результаты целых клинических групп, обеспечивая большую валидность полученным результатам по сравнению с одноразовыми исследованиями. Результаты исследования пациентов в динамике служат надежным прогностическим критерием. На основании данных лонгитюдного исследования были выделены как относительно устойчивые компоненты патопсихологического синдрома, так и более подвижные его характеристики, более зависящие от факторов движения шизофренического процесса.

К относительно устойчивым относятся показатели когнитивного стиля – индивидуальные способы восприятия и интерпретации действительности, относящиеся к факторам «патоса».

Для исследования когнитивного стиля – системного образования, включающего как когнитивные, так и личностные характеристики, мы имели в виду 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 характеристики познавательного стиля были использованы задачи «открытого типа» без предлагаемых вариантов ответов, что существенно расши-

ряло возможности качественного анализа данных. Использовались приемы с созданием ситуаций неопределенности и дефицита информации при решении мыслительных и перцептивных задач: свободная классификация предметов, методика конструирования предметов по заданным признакам, «пиктограмма», идентификация неопределенных фигур, методика распознавания эмоционально-выразительных движений (жестов) и др. Снятие неопределенности здесь должно происходить за счет преобразования и структурирования ситуации, что требовало интеллектуальной активности субъекта. Критерием снижения избирательности являлся показатель использования латентных, нестандартных, необычных свойств и отношений предметов, перцептивных образов, речевых связей. По этому критерию все ответы характеризовались как стандартные или нестандартные. К стандартным были отнесены те из них, частота использования которых в группе здоровых превышала среднюю величину, остальные ответы относились к нестандартным. Коэффициент стандартности представлял собой отношение числа стандартных ответов к общему числу ответов.

Определение полезависимости/полenezависимости производилось по следующим показателям:

- Выделение фигуры из фона (по методике «Включенные фигуры» Готтшальдта).
- Конкретность – символичность определялась по характеру опосредствующих образов (методика «пиктограмма»).
- Конкретность-категориальность – по числу конкретно-ситуационных и категориальных обобщений при сравнении и классификации предметов.
- Оригинальность мышления и восприятия определялась по соотношению актуализированных латентных и стандартных признаков.
- Ригидность - по числу стереотипных ответов.

(конкретное описание методик см. В.П.Критская, Т.К.Мелешко, 2015).

Примененные в исследовании методические приемы позволили определять индивидуальные особенности пациентов – способы восприятия, понимания и интерпретации происходящего: стиль использования общепринятых понятий и категорий за-

фиксированных в социальном опыте, понимание и использование «социальных меток», приемов и способов действий, то есть различных показателей социальной направленности, проявляющейся в когнитивной деятельности больных.

Вторая группа методик направлена на определение уровня мотивации и регуляции деятельности, учитывающего степень спонтанной активности больного при выполнении разных вариантов заданий и возможности повышения уровня его деятельности под влиянием мотивирующих стимулов, а также оценку свойственного ему характера планирования, целенаправленности и осуществление контроля своей деятельности. Эти параметры изучались как в индивидуальной деятельности, так и в ситуации общения. С этой целью был использован модифицированный вариант [Т.К. Мелешко, 1985] «Эксперимента с коммуникацией» М. Коули и С.Скрибнера [1977]. Важным моментом саморегуляции деятельности и поведения является характер самооценок, адекватность которых определялась при их сопоставлении с объективными результатами деятельности испытуемых. Адекватность эмоционального реагирования пациентов определялась по их реакциям на успех/неуспех в процессе эксперимента. Наряду с этим использовалась методика определения доминирующих эмоций, разработанная А.Е. Ольшанниковой и Л.А. Рабинович [2011].

Личностные параметры: экстраверсия/интроверсия, гипертимность/сензитивность, нейротизм, дистимия оценивались с помощью модифицированного опросника Г. Айзенка. Для исследования личностной самооценки применен метод Q-сортировки. Специально разработанное «направленное интервью» способствовало выявлению жизненной позиции, мироощущения, направленности интересов, самостоятельности и ответственности пациентов, самоотчеты и высказывания которых обязательно сопоставлялись с их реальным поведением и положением дел как в условиях стационара, так и за его пределами.

Статистический анализ полученных данных проводился по критерию  $\chi^2$  Пирсона. Различия считались значимыми при  $p < 0,05$ . Используемый нами термин «снижение» означает степень отклонения от среднего показателя группы здоровых испытуемых. На этой основе давались оценки уровня деятельно-

сти каждого пациента: 1-й – в пределах нормы, 2-й с не резко выраженным снижением, 3-й с выраженным снижением. Поскольку не все анализируемые параметры психической деятельности поддавались количественной оценке дополнительно был использован экспертный метод оценки полученных результатов.

Существенной особенностью проводимого исследования является принцип клинической определенности изучаемых групп больных. Недооценка четкой клинической дифференциации больных в рамках шизофрении является наиболее распространенным недостатком изучения данной проблемы. Клиническая характеристика пациентов, включенных в исследование, давалась высококвалифицированными ведущими специалистами Научного центра психического здоровья. Общей чертой исследованных больных было отсутствие острой продуктивной симптоматики в период исследования: больные, как правило, исследовались в состоянии ремиссии.

Логика многолетнего системного изучения шизофренической патологии привела к заключению, что психические нарушения при шизофрении не исчерпываются негативными изменениями, которые вносит болезненный процесс. Они выступают в тесном сплаве с предшествующими заболеванию аномалиями психики, придающими этой патологии специфический характер, отличный от других видов психической патологии. В связи с этим представляется недостаточной направленность во многих исследованиях преимущественно на выявление «когнитивного дефицита» у больных шизофренией. Хотя нельзя не отметить, что в последнее время явно обозначилось включение социального аспекта в анализ этой проблемы. Это связано с расширением границ когнитивной психологии за пределы узко познавательных процессов и распространение этого подхода на социальную психологию и психологию личности, что диктует необходимость расширения границ методических приемов исследования.

#### Литература

1. Зейгарник Б.В. Патопсихология. М., Изд-во Моск. ун-та, 1986.
2. Коул М., Скрибнер С. Культура и мышление. М., «Прогресс», 1977, 260 с. 78.
3. Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. М., Изд-во МГУ, 1991.

4. Критская В.П., Мелешко Т.К. Патопсихология шизофрении. М., Изд-во «Институт психологии РАН», 2015
5. Мелешко Т.К. Особенности познавательной деятельности больных шизофренией в ситуации общения. // "Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова", 1985, 12, с.1823-1830.
6. Олпорт Г. Личность в психологии. М-СПб., «Ювента»,1998 .
7. Ольшанникова А.Е. Системный анализ эмоциональности. М., ид. МГПУ, 2011 .
8. Снежневский А.В. Nosocetpathosschizophreniae.//Шизофрения, мультидисциплинарные исследования. М., 1972. С.5-15.

**Балашова Е.Ю.**

## **НАСТОЯЩЕЕ И БУДУЩЕЕ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ: PRO ET CONTRA**

Клинико-психологическая диагностика, созданию и развитию которой посвятила всю свою профессиональную жизнь С.Я. Рубинштейн, всегда являлась приоритетной практической задачей для большинства клинических психологов. Значимая диагностическая составляющая обязательно присутствует в таких сферах практической деятельности клинических психологов, как реабилитация и экспертиза [1,2]. Результаты клинико-психологической диагностики являются очень чувствительным критерием оценки эффективности разнообразных профилактических и реабилитационных воздействий (медикаментозных, психотерапевтических, психокоррекционных и др.) в педагогике, в неврологической и психиатрической клинике. Поэтому важность решения диагностических задач очевидна для всех специалистов, в какой бы области клинической психологии они не работали. Не являются исключением и нейропсихологи.

Сегодня востребованность нейропсихологической диагностики в различных областях здравоохранения и образования диктует необходимость анализа ее реальных возможностей и, вместе с тем, не менее реальных проблем, осложняющих и ограничивающих функционирование этой области психологической практики.

Итак, сначала о возможностях. Безусловно, читателям хорошо известно об огромном потенциале нейропсихологической диагностики в определении целостного синдрома нарушений