

МЕТОД НАБЛЮДЕНИЯ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ МЕТОДИКИ «ПИКТОГРАММА» БОЛЬНЫМИ ДЕБЮТОМ ШИЗОФРЕНИИ

М.А. Беребин¹, Т.А. Майорова², А.Ю. Рязанова^{1, 3}

¹ Южно-Уральский государственный университет, г. Челябинск

² Омская клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодниковой, г. Омск

³ Челябинская областная клиническая специализированная психоневрологическая больница № 1, г. Челябинск

Описаны материалы теоретического и эмпирического исследования методом наблюдения особенностей поведения больных шизофренией при выполнении ими методики «Пиктограмма». Выделены и описаны поведенческие 5 симптомокомплексов, доступных наблюдению при проведении экспериментально-психологического исследования, включающих в себя 36 наиболее информативных индикаторов. Описано содержание оцениваемых в процессе психодиагностики характеристик позы, мимики и жестикуляции, речевого поведения, его эмоционального тона и целенаправленности.

Представлен сравнительный анализ данных эмпирического исследования, свидетельствующий о специфических проявлениях поведения больных с дебютом шизофрении при выполнении методики «Пиктограмма». Описываются выраженные невербальные проявления формального, пассивно-негативного отношения к обследованию, особенности позы, мимики, жестикуляции, речевого поведения таких больных.

Ключевые слова. Медицинская психодиагностика, методика «Пиктограмма», метод клинического наблюдения, психологическая диагностика больных шизофренией.

Одной из задач современной медицинской психодиагностики является разработка новых технологий психодиагностических исследований с помощью известных, хорошо зарекомендовавших себя в клинической практике методик с целью получения новых информативных данных, а также создание новых систем их интерпретации (Вассерман, 2003). Одной из областей современной психиатрии, для которой такие задачи являются весьма актуальными, является клиника шизофрении. С одной стороны, состав используемых для психологической диагностики специфических для этого расстройства психических нарушений уже стал традиционным. Отметим, что одной из самых часто используемых при этом является методика «Пиктограмма». С другой стороны, наблюдающийся в последние годы существенный патоморфоз клиники шизофрении, связанный, в частности, с широким применением нейролептиков нового поколения приводит к существенному изменению ранее патогномичных для этого расстройства психопатологических сим-

птомов и патопсихологических феноменов. Все это создает дополнительные сложности для их психологической диагностики. С третьей стороны, в современных условиях развития психиатрии расширяется круг ситуаций, в которых психологическая диагностика ранее не проводилась. В частности, среди таких задач сегодня является лечебно-диагностическая работа при первом психотическом эпизоде в рамках шизофренического процесса.

Особенности диагностики больных шизофренией, в том числе перенесших первый приступ психоза шизофренического круга (так называемый первый эпизод), обусловлены характерными для них коммуникативными нарушениями и, зачастую, отсутствием критичности. Наиболее четко такие нарушения и стратегии поведения проявляются прежде всего при экспериментально-психологических исследованиях, и, опосредованно (помимо собственно результатов патопсихологических проб) подтверждают наличие изменений, специфических для шизофренического патопси-

хологического синдрома. В то же время очевидна потребность в методическом оснащении инструментарием, позволяющим получить неэкспериментальным путем большой круг информативных клинико-психологических и тестовых данных.

Традиционно в психологической диагностике расстройств шизофренического круга применяется методика «Пикограммы», о потенциале и роли в психодиагностике шизофренического синдрома существует множество публикаций (Зейгарник, 1986; Демянова, 2014; Критская, 1991; Лонгинова, 1998; Поляков, 1974; Чебакова, 2011; Чередникова, 2011 и др.). Однако проективный потенциал этой методики используется преимущественно для выявления нарушений мышления. При этом клинико-психологическая характеристика получаемых с ее помощью данных при шизофрении опирается на оценку, во-первых, содержания образа (рисунка) и, во-вторых, процесса его построения (фактически – используемых при объяснении вербальных конструкций и стоящих за ними значений и смыслов). Такого рода данные фиксируются по итогам клинической беседы либо клинического интервью (Квале, 2003) и интерпретируются в определенной классификационной системе (например, в системе «абстрактные – конкретные», «выбранные формально – индивидуально-значимые», «стандартные – оригинальные», «адекватные – неадекватные» и т. п.).

Отметим, что клиническая беседа является только одним экспертных или клинических методов, описываемых в классификации Л.И. Вассермана и О.Ю. Щелковой (Вассерман, 2003). Естественным выглядит в такой ситуации и желание (необходимость) дополнения полученных традиционным методом материалов данными других экспертных методов, в частности, с помощью метода клинического наблюдения.

Значение метода наблюдения в постановке диагноза психических расстройств иллюстрируется достаточно наглядным примером: наличие или отсутствие психических нарушений у глухих и(или) немых взрослых либо плохогоговорящих маленьких детей, а также с говорящими на неизвестном психиатру языке людьми определяется на основании только описаний наблюдаемого поведения. В силу этого возникает необходимость специального обучения психиатров и психологов распознаванию знаков поведения, выделению индикативных и патогномичных деталей невер-

бального характера. Традиционно к таким индикаторам относятся моторные паттерны мимики, позы и жеста, а также комплексов локомоторных манипуляций с предметами, невербальные корреляты общения. Важно, что исследование таких проявлений, как правило, не требует специального оборудования, и чаще всего основано на относительно простых способах письменной, аудио- и видеорегистрации. Метод наблюдения в целом традиционно достаточно часто применяется при исследовании психических больных (Каплан, 2002; Ермаков, 1999; Ермаков, 2000), и больных шизофренией, в частности (Кемпинский, 1998). Однако диапазон изучаемых методом наблюдения факторов оказывается достаточно широким – от социальной коммуникации и общения вообще (Красильников, 1996; Хломов, 1982) и их невербальных составляющих в норме (Лабунская, 1986) и при психической патологии (Файгенберг, 1989), в том числе и шизофрении (Самохвалов, 1985) до сугубо частных; вплоть до, например, мимики и ее восприятия при шизофрении (Беспалько, 1975), ее (мимики) расстройств при этом заболевании (Сухаревский, 1966). Полученные при этом данные классифицируются по определенной их типологии (Таннус, 1988), например, систематизации нарушений мимики улыбки (Таннус, 1986), либо, например, психодиагностической роли жестов (Кириленко, 1987). В любом случае обобщенная картина невербальных и иных «не прямых» (по отношению к измеряемым психодиагностической методикой характеристикам целевого конструкта) данных может выступать важным диагностическим критерием психической патологии, выявляемым «прямым» (в рамках конструктивной валидности) методом.

Следует отметить, что большинство цитируемых отечественных публикаций имеют в среднем двадцатилетний срок давности. Этот факт во многом объясняется характерным для отечественной психиатрии предшествующих десятилетий приматом т.н. «объективного клинико-психопатологического метода», сформировавшим доминирование качественного (в том числе экспертного, клинического) подхода в отечественной психиатрии и, косвенно, в медицинской психодиагностике. В противовес этому примерно в этот же период в зарубежной клинической психологии (и психодиагностике, в частности) формируется так называемый психометрический подход. И лишь в начале XXI века в России и западных

странах наблюдается сближение этих двух подходов (Беребин, Астаева, 2008).

Система интерпретации регистрируемых результатов по методике «Пиктограмма» достаточно формализована, что позволяет выразить их в виде определенного набора количественных показателей. Вместе с тем, отмеченный выше тренд патоморфоза шизофренией требует обратить внимание и на качественную характеристику клинических проявлений этого расстройства. При этом среди качественных характеристик в первую очередь следует выбрать наиболее доступные квалифицированному наблюдению.

Вышеизложенное легло в основу исследования, направленного на определение наиболее информативных особенностей поведения и познавательной деятельности у больных шизофренией. Одной из задач исследования являлась разработка схемы наблюдения за проявлениями поведенческих реакций, демонстрируемых при выполнении методики «Пиктограмма». Эмпирическая проверка полученных на теоретическом этапе исследования результатов проводилась посредством сравнения данных обследования здоровых лиц и страдающих шизофренией пациентов.

Теоретический этап исследования. Исходным для отбора наблюдаемых поведенческих признаков являлись различного рода глоссарии, тезаурусы, например, специальные глоссарии невербальных коммуникаций (Самохвалов, 2002), используемые чаще всего в рамках так называемой общей этографической¹ схемы исследования в виде этограмм – описаний последовательно разворачивающихся паттернов поведения в их вариативности и динамике при неэкспериментальном психологическом исследовании.

Исследование содержания общего контекста невербального поведения пациентов при выполнении методики «Пиктограмма» опиралось на предложенную В.П. Самохваловым (2002) систему оценки проявлений моторного и речевого поведения. В этой системе

выделяются элементы поведения – знаки, единичные акты, моторные комплексы, рассматриваемые как корреляты определенных симптомов и синдромов, а также определяются особенности контекста, в котором проявляются сложные формы поведения. Перечень поведенческих элементов содержал в себе более 100 элементов и состоящих из них паттернов, объединенных в семь нижеследующих комплексных характеристик (кластеров): мимика; поза; жест; локомоции; манипуляции; ольфакторная и, отдельно, тактильная коммуникация. Кроме того, в качестве таксономических единиц наблюдения и анализа рассматривались и более сложные коммуникативно-поведенческие образования в составе комплексов социальной коммуникации. Третью группу наблюдаемых в ходе исследования проявлений составили особенности речи и аудиальной коммуникации, которые рассматривались не с традиционной позиции оценки содержания высказываний и особенностей их восприятия, (т. е. не с позиции оценки вербально-коммуникативных характеристик²), а с позиции оценки их проявлений в поведении (принимая, что граница между двумя этими аспектами достаточно условна). При этом оценивались стратегии высказываний при комментировании рисунков; вербальные и поведенческие реакции при получении инструкции и выполнении задания; отказные реакции: эмоциональное, интонационное и экспрессивное оформление речевых высказываний.

На этом этапе из исходного тезауруса (глоссария) производился отбор индикативных показателей, способных:

- 1) дифференцированно характеризовать поведение здоровых лиц и пациентов с расстройствами шизофренического спектра;
- 2) очевидно и специфически проявляться при выполнении именно методики «Пиктограмма»;
- 3) быть однозначно зарегистрированными и проинтерпретированными при их наличии либо отсутствии, а также в силу особенностей их проявления при выполнении больными шизофренией методики «Пиктограмма».

¹ В настоящей публикации понятия и термины, включающие в себя связанный конструкт «этолог-», рассматриваются не как буквально относящиеся к этологии (от греч. *ethos* – привычка, характер, нрав, манера вести себя и *logos* – учение) – научной дисциплине, изучающей с общепсихологических позиций генетически обусловленное поведение животных, в том числе людей, а в узком контексте – «имеющий отношение к поведению».

² То есть не буквальном общепсихологическом понимании термина «вербальный» как конструкта, применяемого для обозначения представленных в устной и письменной формах знакового материала, а также процессов оперирования с ним.

Так, при выборе специфических поведенческих характеристик в составе моторных комплексов первоначально рассматривались, но были исключены, например, насильственные, судорожные и тикозные движения; нарушения координации; яктации и психомоторное возбуждение. В итоге наиболее информативными были признаны, в том числе, характерные для больных шизофренией проявления неадекватного поведения в ответ на внешние раздражители (так называемые парапраксии). К последним принято относить выглядящие неадекватными действия (например, манерность, аффективно-демонстративная импульсивность), негативизм, амбитендентность, мимоговорение и т. п. Дополнительным аргументом является тот факт, что парапраксии рассматриваются в психиатрии как проявления дезинтеграции психики, иллюстрирующие ее расщепление при шизофрении.

Среди нарушений моторики при шизофрении рассматривались особенности пантомимики: потеря грациозности движений, проявляющаяся прежде всего их неестественностью, дисгармоничностью, угловатостью позы и жестикულიрования, в отдельных случаях – напряженно-ригидными движениями и действиями с элементами незавершенности и фрагментарности. В числе собственно парамимических проявлений рассматривалась, например, возможность включения в карту диагностики так называемого корругатор-феномена, проявляющегося подергиваниями кожи в той области лба, где находится мышца, сморщивающая бровь. Такие мимические стигмы чаще всего свидетельствуют об имитации пациентом повышенного внимания к чему-либо. Кроме того, учитывались некоторые другие известные по литературным данным феномены, например, склонность пациентов с шизофренией смотреть в сторону и избегать фиксировать взгляд на собеседнике; хоботковый характер движения губ у пациентов в ответ на просьбу улыбнуться; рассогласование мимики в верхних и в нижних отделах лица (при продуктивной симптоматике) либо между левой и правой половинами – при негативной. Оценивалась диагностическая ценность и таких микросимптомов, как, например, «игра пальцев» (непрерывное движение постоянно соприкасающихся друг с другом пальцев рук, манипулирование пальцами) или склонность выполнять движения всей кистью руки как своеобразным моноорганом. Принимались во

внимание характерные для таких больных особенности тактильной коммуникации, например, более активное, частое и иногда стереотипное, прикосновение к своему телу (простой и стереотипный аутогруминг). Кроме того, оценивался диагностический потенциал проявлений ограничительного поведения (например, неофобии) в виде неспецифического (неизбирательного) избегания визуального, диалогового, словесного контакта.

Выделенный на этом этапе набор доступных наблюдению и однозначной интерпретации поведенческих индикаторов, во-первых, был достаточно большим (более 50 симптомов), и, во-вторых, был представлен достаточно развернутыми описаниями. В дальнейшем из этого перечня был выделен относительно небольшой набор поведенческих проявлений, которые могли бы быть однозначно определяемы, трактуемы и легко регистрируемы. Отбор симптомов осуществлялся исходя из предположений, во-первых, о высокой информативности того или иного поведенческого симптома в клинической верификации шизофренического паттерна, и, во-вторых, о наличии специфических проявлений того или иного поведенческого симптома у больных шизофренией в отличие от их проявлений у здоровых лиц либо пациентов с другими нозологическими формами. В силу этого, в итоговом наборе переменных присутствуют как специфические («патогномоничные») признаки, так и «дифференцирующие» симптомы. Среди последних встречаются не только одиночные, но и двойные, близкие к оппозиционным, дескрипторы (например, «монотонность речи» и «интонационная окрашенность речи»). При этом наличие того или иного признака имеет самостоятельное диагностическое значение, так же как имеет значение одновременная встречаемость обоих типов признаков на протяжении всего периода исследования.

В итоге был сформирован перечень из 36 наиболее информативных индикаторов, объединенных в пять психодиагностически значимых поведенческих симптомокомплексов.

Симптомокомплекс № 1 «Характеристики позы» («Поза») составили 7 единиц наблюдения: 1) соблюдение/поддержание дистанции; 2) психогенно вызванная напряженность позы; 3) наклон корпуса вперед; 4) повышенный мышечный тонус; 5) психическая инертность, неподвижность позы большую часть времени

обследования; 6) поза с отворотом головы в сторону от экспериментатора; 7) расторможенность движений и позы (чрезмерная активность).

Комплекс № 2 «Мимика и жестикуляция» представлен наибольшим числом симптомов (11 единиц): 1) наморщенный лоб; 2) напряженность артикуляционных мышц области рта; 3) отсутствие улыбки; 4) адекватность улыбки; 5) амимичность лица («застывшая маска»); 6) смех во время исследования; 7) живость мимики; 8) живость жестикуляции; 9) склонность перебирать пальцами предметы; 10) избегание визуального контакта; 11) поддержание визуального контакта.

Комплекс № 3 «Эмоциональный тон поведения» относительно небольшой по составу и включает в себя: 1) спокойствие при исследовании; 2) плач при исследовании; 3) настороженность при исследовании; 4) нахмуренный вид; 5) несчастное выражение лица; 6) отсутствие на лице проявлений эмоций.

Симптомокомплекс № 4 «Речевое поведение» более представительный (9 элементов): 1) отказ от ответа и комментариев по рисункам; 2) вербально выраженные реакции сопротивления инструкции по выполнению задания; 3) вербально выраженный протест при выполнении задания; 4) вербализованная просьба о помощи; 5) вербальное выражение своей удовлетворенностью успехами при выполнении задания; 6) вербально выраженные проявления интереса к выполнению задания; 7) легкость возникновения вербально оформленного отказа от выполнения задания при возникновении затруднений; 8) монотонность речи; 9) интонационная окрашенность речи.

Последний, пятый симптомокомплекс, названный «Целенаправленность поведения», основан на выявлении 1) настойчивость в выполнении задания; 2) поглощенность выполнением задания; 3) отсутствие признаков вынужденности и подчинения при выполнении заданий.

В целях удобства для использования в практической деятельности все перечисленные выше признаки были объединены в соответствующей диагностической карте наблюдения.

Кроме того, было выполнено исследование с целью эмпирической проверки разработанной системы клинико-психологической оценки паттернов поведения у больных шизофренией.

Дизайн и выборка

эмпирического исследования

Исследование проводилось на базе Омской областной клинической психиатрической больницы им. Н.Н. Солодникова.

Фоновым феноменом в исследовании являлось проведение методики «Пиктограмма» в адаптированном Б.Г. Херсонским варианте (Херсонский, 2003). Стимульный вариант методики представлен 12 классическими стимулами-образами. Однако в связи целями и задачами описываемого в настоящей публикации исследования анализ собственно результатов по методике «Пиктограмма» не проводился. Регистрации и анализу подвергались исключительно поведенческие характеристики выполнения задания, полупроективный характер которых, относительно произвольная форма их выполнения и вариативность объяснения полученных результатов дают достаточно информативные данные. Регистрация поведенческих проявлений осуществлялась с помощью описанной выше диагностической карты наблюдения.

Характеристики варианта метода наблюдения, использованного при исследовании.

Описание особенностей метода наблюдения:

по типу позиции наблюдателя (субъекта) в отношении к пациенту (объекту) – *скрытое*;

по степени формализованности исследования – *контролируемое*;

по степени участия субъекта в исследуемой ситуации – *промежуточный вариант между включенным и невключенным*, в силу «неравноправности» позиций исследователя и испытуемого;

по месту проведения – *лабораторное*;

по условиям организации – *скрытое*;

по регулярности проведения – *систематическое*.

Описание наблюдаемого поведения регистрировалось посимптомно, с учетом оценки проявлений индикаторов поведения на протяжении всего периода исследования. Наличие либо отсутствие фиксируемого паттерна поведения фиксировалось в бланке диагностической карты наблюдения в виде качественных данных (с помощью знаков «+» или «-») при соответственно.

Полученные данные обобщались по симптомокомплексам (число зарегистрированных симптомов по отношению к их количеству в симптомокомплексе), впоследствии – с расчетом частотных характеристик встречаемости поведенческих симптомов, включая анализ

частоты совместной встречаемости тех или иных симптомов как внутри одного симптомокомплекса, так и сочетаний симптомов, входящих в состав разных их комплексов.

Выборка исследования. Выборку исследования составили 30 пациентов мужского пола в возрасте от 20 до 37 лет с первым эпизодом шизофрении, впервые установленным (группа 1), и 30 психически здоровых мужчин в возрасте от 19 до 40 лет (группа 2). По уровню образования выборки отличались по численности лиц с высшим образованием (14 и 21 человек соответственно), а также со средним специальным образованием (9 и 4 человека). Численность лиц с общим (средним) образованием была примерно одинакова: 7 мужчин в группе с дебютом психоза и 5 – в группе здоровых мужчин.

Результаты исследования и их обсуждение

Сравнительный анализ поведенческих особенностей в группе психически здоровых мужчин при выполнении методики «Пиктограмма» с использованием схемы наблюдений и в группе мужчин с дебютом психоза шизофренического круга представлен на рис. 1–5.

Среди описанных выше характеристик позы (рис. 1) обращает на себя внимание напряженность позы почти у половины больных шизофренией, что проявляется их скованностью, особенно в положении сидя, и стремлением не соблюдать требуемую при проведении исследования дистанцию. Какие-либо тенденции к увеличению частоты пассивно-негативных реакций на исследование не отмечаются, за исключением признаков некоторой инертности у 27 % пациентов. В отличие от этого, здоровые мужчины в целом критично оценивают ситуацию исследования (90 % соблюдают психологическую дистанцию с экспериментатором). Вместе с тем, и у здоровых испытуемых отмечаются признаки психомоторного напряжения в ситуации исследования – две трети численности группы обнаруживают готовность к проведению пробы (сидят, наклонив корпус вперед, в «стартовой» позиции), для почти каждого второго из этой группы расслабленность позы была нехарактерна. Таким образом, для многих и здоровых, и больных шизофренией одинаково характерно психомоторное напряжение при выполнении методики. Вместе с тем, свойственное больным шизофренией снижение критичности к себе и ситуации обследования

проявляется у них очевидным стремлением не соблюдать дистанцию.

Более информативные данные получены при обработке данных, полученных при наблюдении мимики и жестикуляции (рис. 2).

Пациенты с дебютом расстройств шизофренического круга избегают поддерживать визуальный контакт, гипомимичны, с выраженным напряжением мышц оромандибулярной области (у 77, 60 и 40 % численности этой выборки), а у каждого четвертого – отмечается еще и наморщивание лба. При выполнении задания и комментировании рисунков-образов пациенты, в отличие здоровых мужчин, практически не улыбаются, а отмечающиеся в единичных случаях эпизоды смеха дисгармонизируют с ситуацией обследования и, как правило, контекстно не связаны со сти-

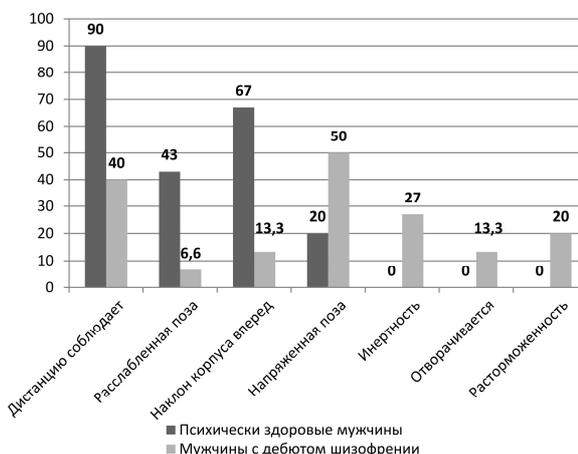


Рис. 1. Сравнительная характеристика частоты поведенческих реакций при наблюдении позы у психически здоровых и больных шизофренией мужчин

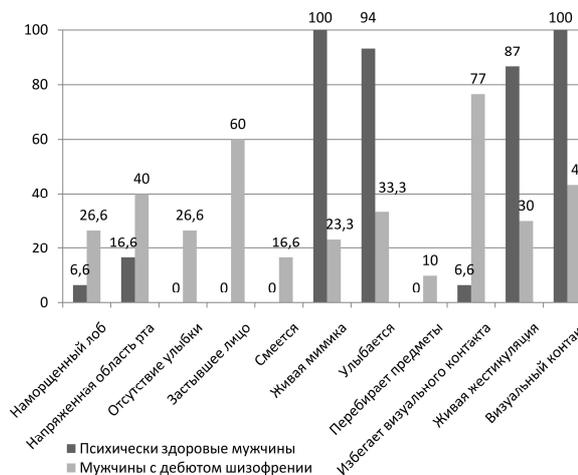


Рис. 2. Сравнительная характеристика частоты поведенческих реакций при наблюдении мимики и жестикуляции у психически здоровых и больных шизофренией мужчин

мулами или реакциями на них, отражая скорее спонтанность реакции пациентов. Вместе с тем, у половины пациентов отмечаются эпизоды поиска визуального контакта, которые наиболее часто проявляются в ситуациях типа потери нити разговора.

Эмоциональный тон поведения у здоровых и больных мужчин различается кардинально (рис. 3): для мужчин с дебютом психоза шизофренического круга характерна общая настороженность (у 73% обследованных), отсутствие отражения переживаемых эмоций в мимике лица (у 63% пациентов). Вместе с тем, при проведении исследования, особенно в ответ на те или иные просьбы, помогающие действия или требования экспериментатора очевидно проявляют недовольство, демонстративно хмурятся или придают лицу выражение недовольства (примерно треть числа выборки). Буквально в единичных случаях при реакциях отказного типа отмечались слезы, плач, снижение фона эмоционального реагирования в целом. Эмоциональное состояние и связанное с ним поведение здоровых испытуемых характеризуется подчеркнутым спокойствием, отсутствием демонстрации каких-либо негативных эмоций.

Аналогичные по информативности данные получены и при исследовании особенностей речевого поведения испытуемых обеих групп (рис. 4). И в этом случае характер реагирования пациентов и здоровых лиц существенно различаются.

В группе мужчин с дебютом шизофренического расстройства почти каждый второй пациент вербально сопротивляется требованиям усвоить и следовать инструкции, обнаруживают словесно обоснованный отказ от выполнения задания, особенно в случае возникновения каких-либо затруднений, или отказ объяснить свой рисунок. У каждого третьего пациента отмечаются протестные реакции при выполнении заданий. В целом у половины таких пациентов речь интонационно слабо окрашена, в высказываниях редко проявляется какой-либо интерес к процессу и результатам обследования. Причем достаточно часто протестные и отказные реакции встречаются в сочетании друг с другом, в разных комбинациях.

При оценке целенаправленности поведения (рис. 5) установлено, что больные шизофренией не полностью включают в задания, с трудом прилагают усилия к их выполнению и менее настойчивы в преодолении возникающих трудностей.

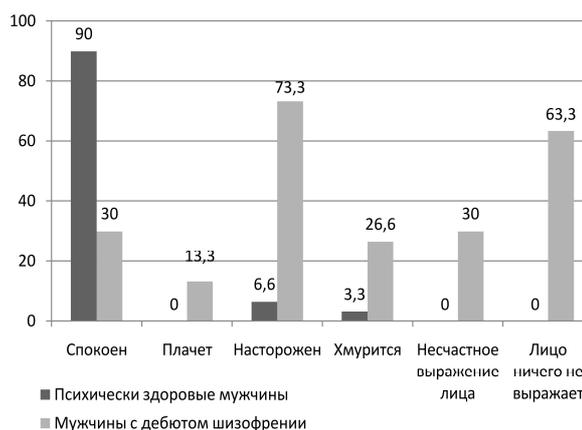


Рис. 3. Сравнительная характеристика частоты поведенческих реакций при наблюдении эмоционального тона поведения у психически здоровых и у больных

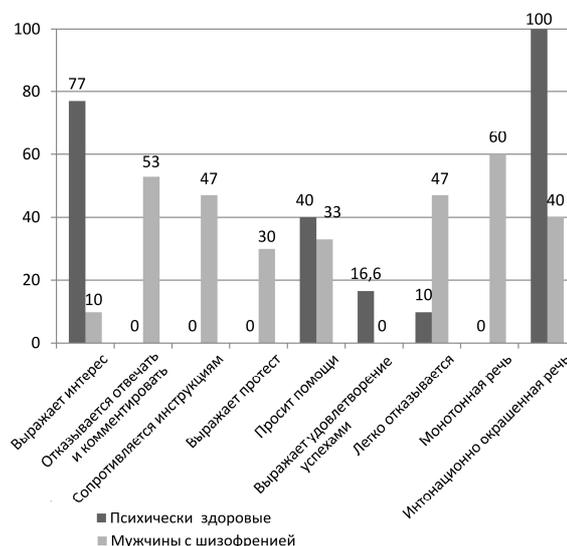


Рис. 4. Сравнительная характеристика частоты поведенческих реакций при наблюдении речевых характеристик поведения у психически здоровых и у больных

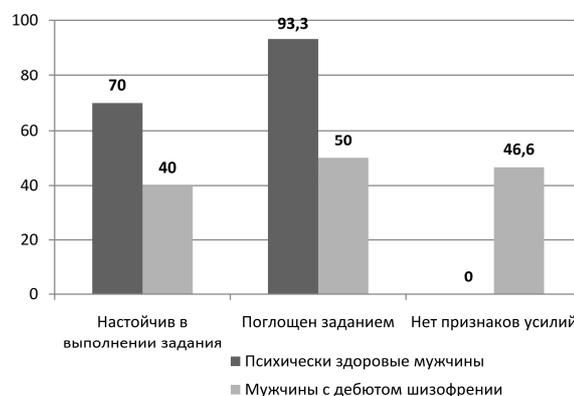


Рис. 5. Сравнительная характеристика частоты поведенческих реакций при наблюдении целенаправленности поведения у психически здоровых и у больных

Таким образом, сравнительный анализ полученных данных эмпирического исследования подтверждает гипотезу о закономерном характере отражения в невербально-коммуникативном поведении специфики психопатологии (клиники) и патологии психической деятельности при шизофрении, а также наличия специфических (по сравнению со здоровыми людьми) поведенческих проявлений, достоверно регистрируемых методом наблюдения при выполнении методики «Пиктограмма».

При этом общими коммуникативными особенностями пациентов с дебютом психоза шизофренического круга являются выраженные невербальные проявления формального, пассивно-негативного отношения к взаимодействию с экспериментатором и обследованию, преобладание общей скрытности, замкнутости и повышенный уровень тревожности. На материалах обследования пациентов с первичным психотическим эпизодом в рамках дебюта шизофрении, выполненного с помощью методики «Пиктограмма» с использованием оригинальной предложенной нами схемы клинического наблюдения установлено, что для таких пациентов характерны напряженная поза с повышенным мышечным тонусом; выполнение мелких движений пальцев рук, напряженная мимика лица, прежде всего в области рта, наморщенный лоб, отсутствие улыбки. При выполнении заданий, как правило, такие пациенты не обнаруживают усилий и настойчивости в их выполнении, насторожены, склонны замыкаться в себе.

При этом у таких больных явно выражены невербальные проявления пассивно-негативного отношения к взаимодействию с экспериментатором и к процедуре обследования, замкнутости и настороженности пациентов. У психически здоровых мужчин вышеуказанные невербальные проявления замкнутости, настороженности и неприятия процедуры обследования в сходной ситуации оказались выражены значительно меньше, чем у больных.

Литература

1. Березин, М.А. К вопросу о качественном и психометрическом подходах в современной нейрорепсихологической диагностике / М.А. Березин, А.В. Астаева // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». – 2008. – № 32 (132). – С. 19–28.
2. Беспалько, И.Г. О некоторых особенностях мимики и ее восприятия у больных шизофренией / И.Г. Беспалько // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1975. – Вып. 4. – С. 537–542.
3. Вассерман, Л.И. Медицинская психодиагностика. Теория, практика и обучение / Л.И. Вассерман, О.Ю. Щелкова. – М.: Academia, 2003. – 736 с.
4. Демянова, Л.В. Методологические проблемы оценки нарушений мышления при шизофрении (обзор литературы) / Л.В. Демянова // Журнал ГрГМУ. – 2014. – №4 (48). – <http://cyberleninka.ru/article/n/metodologicheskie-problemy-otsenki-narusheniy-myshleniya-pri-shizofrenii-obzor-literatury> (дата обращения: 24.11.2015).
5. Ермаков, А.В. Невербальные паттерны поведения / А.В. Ермаков // Психологический кризис, депрессия и суицидальное поведение: интеграция усилий / под ред. Н.А. Корнетова. – Томск: Изд-во Томск. гос. ун-та, 1999. – С. 41–46.
6. Ермаков, А.В. Исторические тенденции и современные исследования невербального поведения депрессивных расстройств (обзор проблемы) / А.В. Ермаков, Н.А. Корнетов // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2000. – № 2. – С. 63–65.
7. Завьялов, В.Ю. Коммуникация / В.Ю. Завьялов // Необъявленная психотерапия. – М.: Академ. Проект; Екатеринбург: Деловая книга, 1999. – С. 184–186.
8. Зейгарник, Б.В. Патопсихология / Б.В. Зейгарник. – М.: Изд-во Московского ун-та, 1986.
9. Каплан, Г.И. Клиническое обследование психически больного / Г.И. Каплан, Б.Дж. Сэдок // Клиническая психиатрия: пер. с англ. – М.: Медицина, 2002. – Т. 1. – 272 с.
10. Квале, С. Исследовательское интервью / С. Квале. – М.: Смысл, 2003. – 301 с.
11. Кемпинский, А. Психология шизофрении: пер. с польск. / А. Кемпинский: – СПб.: Ювента, 1998. – С. 133–141.
12. Кириленко, Г.Л. Проблема исследования жестов в зарубежной психологии / Г.Л. Кириленко // Психологический журнал. – 1987. – Т. 8, № 4. – С. 138–143.
13. Красильников, Г.Т. Особенности социальной коммуникации у больных шизофренией / Г.Т. Красильников // Актуальные проблемы современной психиатрии и психотерапии. – Новосибирск: СО РАМН, 1996. – С. 51–57.
14. Критская, В.П. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание / В.П. Критская, Т.К. Мелешко, Ю.Ф. Поляков. – М.: МГУ, 1991. – 256 с.
15. Лабунская, В.А. Невербальное поведение (социально-проективный подход) / В.А. Лабунская. – Ростов-на-Дону: Изд-во Ростовского ун-та, 1986. – 135 с.
16. Лонгинова, С.В. Исследование мышления больных шизофренией методом пиктограмм / С.В. Лонгинова // Патопсихология: хрестоматия / сост. Н.Л. Белопольская. – М.: Изд-во УРАО, 1998.

17. Поляков, Ю.Ф. Патология познавательной деятельности при шизофрении / Ю.Ф. Поляков. – М.: Медицина, 1974. – 86 с.
18. Самохвалов, В.П. Типология невербального поведения больных шизофренией / В.П. Самохвалов, Н.А. Корнетов // Генетические и эволюционные проблемы психиатрии. – Новосибирск, 1985. – С. 180–197.
19. Самохвалов, В.П. Психиатрия (Учебное пособие для студентов медицинских вузов) / В.П. Самохвалов. – Ростов на Дону: Феникс, 2002. – 575 с.
20. Сухаревский, Л.М. Мимические расстройства при шизофрении / Л.М. Сухаревский // Клиника мимических расстройств. – М.: Медицина, 1966. – С. 134–255.
21. Таннус, А. Мимика улыбки при шизофрении / А. Таннус // Основы анализа поведения при психических заболеваниях. – Симферополь: ВНИИМИЗ, 1986. – Ч. III. – С. 15–22.
22. Таннус, А. Особенности диагностики шизофрении с учетом типологий мимики: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А. Таннус. – М.: НИИ психиатрии МЗ, 1988. – 19 с.
23. Фейгенберг, Е.И. Некоторые аспекты исследования невербальной коммуникации / Е.И. Фейгенберг, А.Г. Асмолов // Психологический журнал. – 1989. – № 6. – С. 58–66.
24. Херсонский, Б.Г. Метод Пиктограмм в психодиагностике / Б.Г. Херсонский. – СПб.: Речь, 2003. – 120 с.
25. Чебакова, Ю.В. Классификация латентных признаков в патопсихологическом обследовании при шизофрении / Ю.В. Чебакова // Экспериментальные методики патопсихологии и опыт их применения (к 100-летию С.Я. Рубинштейн), 2011. – http://psyjournals.ru/metodpatopsy/issue/59695_full.shtml (дата обращения: 12.09.2015).
26. Чередникова, Т.В. Информационная модель мышления Л.М. Веккера в исследованиях расстройств мышления при шизофрении методом факторного анализа / Т.В. Чередникова // Психологические исследования. – 2011. – № 3(17). – <http://psystudy.ru> (дата обращения: 03.04.2015).

Беребин Михаил Алексеевич, кандидат медицинских наук, заведующий кафедрой клинической психологии, Южно-Уральский государственный университет (Челябинск), m_berebin@mail.ru, berebinma@susu.ac.ru

Майорова Татьяна Анатольевна, медицинский психолог, Омская клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодниковой (Омск), mail@ookpb.ru

Рязанова Анна Юрьевна, кандидат психологических наук, доцент кафедры клинической психологии, Южно-Уральский государственный университет; медицинский психолог, Челябинская областная клиническая специализированная психоневрологическая больница № 1 (Челябинск), ann_jur@mail.ru

Поступила в редакцию 20 мая 2015 г.

DOI: 10.14529/psy150402

METHOD FOR MONITORING THE IMPLEMENTATION OF THE PROCEDURE "PICTOGRAM" BY SCHIZOPHRENIA DEBUT PATIENTS

*M.A. Berebin*¹, m_berebin@mail.ru, berebinma@susu.ac.ru

*T.A. Mayorova*², mail@ookpb.ru

A.Yu. Ryazanova^{1,3}, ann_jur@mail.ru

¹ South Ural State University, Chelyabinsk, Russian Federation

² Omsk Clinical Psychiatric Hospital named after N.N. Solodnikov, Omsk, Russian Federation

³ Chelyabinsk Regional Clinical Specialized Psychoneurological Hospital № 1, Chelyabinsk, Russian Federation

As the title implies the article describes theoretical and empirical research materials by observation of the schizophrenics's behavior in the performance of the method "Pictogram". It is found and described 5 behavioral symptoms, observable during the experimental psychological

studies, including 36 of the most informative indicators. There is noted the content of characteristics the posture, facial expressions and gesticulation, verbal behavior, its emotional tone and focus, what were evaluated in the course of psychodiagnostics.

It is reported the comparative data analysis of empirical research showing the specific debut schizophrenics's behavior in the performance of the method "Pictogram". It is described the evident non-verbal manifestations of formal, passive-negative attitudes towards surveys, posture features, facial expressions, gestures, verbal behavior of such patients.

Keywords: medical psycho-diagnostics, the method "Pictogram", the method of clinical observation, the psychological diagnosis of schizophrenics.

References

1. Berebin M.A., Astaeva A.V. [To a Question on the Qualitative and Psychometric Approaches in Modern Neuropsychological Diagnostics]. *Bulletin of the South Ural State University. Ser. Psychology*, 2008, no. 32 (132), pp. 19–28. (in Russ.)
2. Bespal'ko I.G. [Some Features of Facial Expression and its Perception in Patients with Schizophrenia]. *Zhurnal nevropatologii i psikiatrii* [Journal of Neuropathology and Psychiatry], 1975, vol. 4. pp. 537–542. (in Russ.)
3. Vasserman, L.I. *Medicinskaya psihodiagnostika. Teoriya, praktika i obuchenie* [Medical psychodiagnostics. Theory, practice and training.]. - M.: Academia, 2003, 736 c.
4. Demyanova L.V. [Methodological Problems of Evaluation of Disorders of Thinking in Schizophrenia (Review)]. *Journal of the Grodno State Medical University*, 2014, no. 4 (48). Available at: <http://cyberleninka.ru/article/n/metodologicheskie-problemy-otsenki-narusheniy-myshleniya-pri-shizofrenii-obzor-literatury> (accessed 24.11.2015).
5. Ermakov A.B., Kornetova H.A. (Ed.) [Nonverbal Behavior Patterns]. *Psikhologicheskiy krizis, depressiya i suitsidal'noe povedenie: integratsiya usily* [Psychological Crisis, Depression, and Suicidal Behavior: Integration Efforts]. Tomsk, Tomsk State University Publ., 1999, pp. 41–46. (in Russ.)
6. Ermakov A.B., Kornetov H.A. [Historical Trends and Current Research of Nonverbal Behavior of Depressive Disorders (Review of the Problem)]. *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Bulletin of Psychiatry and Addiction], 2000, no. 2, pp. 63–65. (in Russ.)
7. Zav'yalov V.Yu. *Kommunikatsiya. Neob'yavlenaya psikhoterapiya* [Communication. Undeclared Psychotherapy]. Moscow, Akadem. Proekt Publ.; Ekaterinburg, Delovaya kniga Publ., 1999, pp. 184–186.
8. Zeygarnik B.V. *Patopsikhologiya* [Pathopsychology]. Moscow, Moscow University Publ., 1986.
9. Kaplan H.I. Sadock B.J. *Klinicheskoe obsledovanie psikhicheskoi bol'nogo* [Clinical Examination of a Mentally Ill], translation from english. Moscow, Meditsina Publ., 2002, vol. 1, pp. 9–14, 232, 272.
10. Kvale S. *Issledovatel'skoe interv'yu* [Research Interview]. Moscow, Smysl Publ., 2003, pp. 38–46.
11. Kempinskiy A. *Psikhologiya shizofrenii* [Psychology of Schizophrenia]. St. Petersburg, Yuventa Publ., 1998, pp. 133–141.
12. Kirilenko G.L. [The Problem of Studying Gestures in Foreign Psychology]. *Psikhologicheskiy zhurnal* [Psychological Journal], 1987, vol. 8, no. 4, pp. 138–143. (in Russ.)
13. Krasil'nikov G.T. *Osobennosti sotsial'noy kommunikatsii u bol'nykh shizofreniy* [Features of Social Communication in Patients with Schizophrenia]. *Aktual'nye problemy sovremennoy psikiatrii i psikhoterapii* [Actual Problems of Modern Psychiatry and Psychotherapy]. Novosibirsk, SO RAMN Publ., 1996, pp. 51–57.
14. Kritskaya V.P., Meleshko T.K., Polyakov Yu.F. *Patologiya psikhicheskoy deyatel'nosti pri shizofrenii: motivatsiya, obshchenie, poznanie* [The Pathology of Psychic Activity in Schizophrenia: Motivation, Communication, Cognition]. Moscow, MSU Publ., 1991. 256 p.
15. Labunskaya V.A. *Neverbal'noe povedenie (sotsial'no-proektivnyy podkhod)* [Non-verbal Behavior (Social and Projective Approach)]. Rostov-on-Don, Rostov-on-Don University Publ., 1986. 135 p.
16. Longinova S.V. *Issledovanie myshleniya bol'nykh shizofreniy metodom piktogramm* [Research Thinking of Schizophrenic Patients by Pictogram]. *Patopsikhologiya* [Pathopsychology]. Moscow, URAO Publ., 1998.
17. Polyakov Yu.F. *Patologiya poznavatel'noy deyatel'nosti pri shizofrenii* [The Pathology of Cognitive Activity in Schizophrenia]. Moscow, Meditsina Publ., 1974.
18. Samokhvalov V.P., Kornetov H.A. [The Typology of Non-verbal Behavior of Patients with Schizophrenia]. *Geneticheskie i evolyutsionnye problemy psikiatrii* [Genetic and Evolutionary Problems of Psychiatry]. Novosibirsk, 1985, pp. 180–197. (in Russ.)
19. Samokhvalov V.P. *Psikiatriya* [Psychiatry]. Rostov-on-Don, Feniks Publ., 2002, pp. 123–575 p.
20. Sukharebskiy L.M. [Mimic Disorders in Schizophrenia]. *Klinika mimicheskikh rasstroystv* [Clinic Facial Disorders]. Moscow, Meditsina Publ., 1966, pp. 134–255. (in Russ.)
21. Tannus A. [Mimicry Smile Schizophrenia]. *Osnovy analiza povedeniya pri psikhicheskikh zabolevaniyakh: chast' III* [Fundamentals of Behavior in Mental Illness: Part III]. Simferopol, VNIIMMZ Publ., 1986, pp. 15–22. (in Russ.)

22. Tannus A. *Osobennosti diagnostiki shizofrenii s uchetom tipologiy mimiki. Avtoref. diss. kand. med. nauk* [The Diagnosis of Schizophrenia Based on Facial Typologies. Abstarct of cand. diss.]. Moscow, Institute of Psychiatry Publ., 1988. 19 p.
23. Feygenberg E.I., Asmolov A.G. *Nekotorye aspekty issledovaniya neverbal'noy kommunikatsii* [Some Aspects of the Study of Nonverbal Communication]. *Psikhologicheskii zhurnal* [Psychological Journal], 1989, no. 6, pp. 58–66.
24. Khersonskiy B.G. *Metod Piktogramm v psikhodiagnostike* [Method Pictograms in Psychodiagnostics]. St. Petersburg, Rech' Publ., 2003. 120 p.
25. Chebakova Yu.V. *Klassifikatsiya latentnykh priznakov v patopsikhologicheskom obsledovanii pri shizofrenii. Eksperimental'nye metodiki patopsikhologii i opyt ikh primeneniya (k 100-letiyu S.Ya. Rubinshteyn)* [Classification of Latent Traits in Pathopsychological Examination in Schizophrenia. Experimental Methods Abnormal Psychology and Experience of their Application (to the 100th Anniversary S.Ya. Rubinshteyn)], 2011. Available at: http://psyjournals.ru/metodpatopsy/issue/59695_full.shtml (accessed 12.09.2015).
26. Cherednikova T.V. *Informatsionnaya model' myshleniya L.M.Vekkera v issledovaniyakh rasstroystv myshleniya pri shizofrenii metodom faktornogo analiza* [Information Model of Thinking in Research L.M.Vekkera Thought Disorder in Schizophrenia by Factor Analysis]. *Psikhologicheskie issledovaniya* [Psychological Research], 2011, no. 3(17). Available at: <http://psystudy.ru> (accessed: 03.04.2015).

Received 20 May 2015

ОБРАЗЕЦ ЦИТИРОВАНИЯ

Беребин М.А. Метод наблюдения при выполнении методики «Пиктограмма» больными дебютом шизофрении / М.А. Беребин, Т.А. Майорова, А.Ю. Рязанова // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». – 2015. – Т. 8, № 4. – С. 13–23. DOI: 10.14529/psy150402

FOR CITATION

Berebin M.A., Mayorova T.A., Ryazanova A.Yu. Method for Monitoring the Implementation of the Procedure "Pictogram" by Schizophrenia Debut Patients. *Bulletin of the South Ural State University. Ser. Psychology*. 2015, vol. 8, no. 4, pp. 13–23. (in Russ.). DOI: 10.14529/psy150402
