

Т. В. Чередникова, О. Ю. Щелкова

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ НАРУШЕНИЙ МЫШЛЕНИЯ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ: ОБЗОР ЗАРУБЕЖНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ (КОНЕЦ XX — НАЧАЛО XXI ВЕКА)

Метод самая первая, основная вещь. От метода, от способа действия зависит вся серьезность исследования.

И. П. Павлов

Введение

В последние десятилетия в мировой науке резко снизился интерес к изучению патопсихологии мышления при шизофрении, а количество публикаций на тему исследовательских методов в этой области составляет единицы [6]. Возможно, это связано с разочарованием исследователей по поводу почти столетних попыток найти патогномичные для шизофрении нарушения мышления (НМ) и доказать их значение как ядерных признаков этого заболевания [22]. При этом наблюдается бурный рост нейропсихологических [20], нейрокогнитивных [23], психолингвистических [5; 13] и нейрогенетических [21] исследований мышления при шизофрении, которые также уже не оставляют иллюзий относительно вероятности открытия патогномичных признаков. Однако эти науки предлагают новые перспективные методы исследований, обладающие неоспоримо большей точностью и объективностью, чем патопсихологические, благодаря использованию психометрии, высоких информационных и новейших инструментальных медицинских технологий [25]. Именно новые методы исследования и возможность моделирования процессов мышления внутри этих дисциплин привлекают к ним интерес ученых, позволяя выдвигать продуктивные идеи для понимания структуры и причинных механизмов мыслительной патологии [20; 27; 38]. Повышение надежности патопсихологических методов количественной оценки различных НМ, по-видимому, может стать основным фактором, возрождающим внимание к собственно психологическим исследованиям патологии мышления [2]. Настоящая статья представляет обзор основных достижений и наиболее острых вопросов в этой области с целью очертить возможные направления и перспективы их дальнейшего решения.

Патопсихологические методы исследования нарушений мышления за рубежом

История вопроса

Надежность диагностики и степень исследования любой проблемы зависят, несомненно, от валидности, точности и объективности используемых методов. Как подчеркивает историк психиатрии Ю. В. Каннабих (1994), именно в поисках большей объективности Э. Крепелин, а затем и Э. Блейлер обратились в свое время к психологическим методам исследования психопатологии. Один — к методам экспериментально-психологического изучения психических процессов в лаборатории В. Вундта, а другой — к психо-

аналитическому методу свободных ассоциаций З. Фрейда. Благодаря этим исследованиям была открыта новая эпоха в понимании психических болезней и, в частности, шизофрении как процессуального заболевания, сущность которого — расщепление (схизис) всего психического склада больных, в том числе ассоциативного мышления. До сих пор метод ассоциаций сохраняется в арсенале патопсихологических методик. Но многочисленные НМ, не сводимые только к расстройствам ассоциативных процессов, потребовали разработки других методов, пригодных для их диагностики.

Виды методик

По сложившейся традиции все возможные диагностические методы исследования нарушений мышления можно разделить на вербальные, невербальные и смешанные, а вербальные, в свою очередь, на объективные и субъективные.

Среди вербальных методик диагностики НМ за рубежом наиболее часто используются задания из теста интеллекта Д. Векслера: «Понятливость», «Сходство», «Словарь» [21], а также различные виды «Ассоциативного эксперимента» как тесты словесной беглости [38], «Пословицы» [19; 41], «Метафоры» [27], разные варианты «Классификации объектов»² [34; 41], интервью (свободное и полуструктурированное) [2; 28].

Среди невербальных методов, очень редко применяемых за рубежом из-за их низкой объективности и надежности, можно отметить, например, тест «Нарисуй человека» F. Machover [17; 21] или «Человек, срывающий яблоко с дерева» («ЧСЯД») [18], а к смешанным вербально-невербальным — тест Роршаха [29] и ТАТ — Тематической Апперцепции Тест [4], для которых разработаны и детские версии [10].

Кроме объективных тестов исследования НМ, существуют вопросники, основанные на самооценке испытуемых, например, такие как “The Rust Inventory of Schizotypal Cognition” — «Реестр шизотипических особенностей познания Руста» [39], “Thought disorder questionnaire” (TDQ) — «Вопросник Расстройств Мышления» [42] или специальные версии шкалы MMPI для диагностики НМ, например, MMPI-2 Content Scale³ и др. [8]. Особый вид методов субъективной оценки НМ представляет собой двойные вопросники (для пациентов, а также опекающего их медицинского персонала или родственников) [6].

Однако за рубежом существуют другие классификации, например, L. Charpen и J. P. Charpen [9] выделяют пять методов диагностики НМ:

- клинические описания спонтанных высказываний;
- клинические интерпретации высказываний в ответ на стандартные стимулы;
- классификация высказываний по определенным категориям;
- стандартизованные тесты и стандартизованные системы оценок НМ;
- техники множественного выбора.

Как видно, эта классификация включает несколько оснований: спецификацию стимульной информации, ограничение числа возможных ответов и ограничение оцениваемых категорий. P. Koistinen [30] разделяет все методы оценивания НМ на две широкие категории — методы, использующие структурированное интервью, и методы, которые основаны на инструментарии психологических тестов.

² “Object Sorting Test” (OST) — «Тест сортировки объектов» (Goldstein, Scheerer, 1941), аналогичный отечественной «Классификации картинок» Л. С. Выготского; “Object Classification Test” (OCT) — другой тест «Классификации предметов», где карточки подбираются последовательно к каждой из 8 предлагаемых стимульных картинок: мяч, звонок, трубка и др. (Payne, Mattussek, George, 1959).

³ Шкала Содержания (ответов) Миннесотского многофакторного личностного вопросника (MMPI).

Чувствительность методик

Не все методы оказываются одинаково информативными для диагностики НМ. В стандартизованных тестах и при вынужденном выборе ответов меньше вероятность обнаружить патологическую продукцию мышления [22]. Однако исследования показывают, что при большом разнообразии стандартизованного набора ответов, например, к «Пословицам» (конкретные, буквальные, абстрактные бессмысленные, абстрактные осмысленные ответы и т. д.), тест оказывается высоко чувствительным даже к клиническим типам НМ [38]. С другой стороны, при низкой психической активности больных (депрессия, апатия, абулия) очень «свободные» и творческие тесты (тест Роршаха) менее эффективны в сравнении со стандартизованными. Таким образом, чувствительность тестов к различным НМ неоднозначна и обусловлена различными факторами.

Количественные оценки

Точность и объективность диагностики НМ требует их количественного измерения. Для этого в различных методиках используются три основных подхода — статистический, качественно-аналитический и арифметический (количество всех патофеноменов одного вида суммируется, что и отражает степень выраженности данного НМ). Иногда при этом используется взвешенный показатель, когда суммарную оценку делят на число ответов в методике. Рассмотрим названные подходы подробнее.

1. Статистический подход. При использовании этого подхода часто наблюдаемые не только в патологии, но и в норме патофеномены мышления рассматриваются как наиболее легкие, а редко встречаемые даже при психических заболеваниях симптомы расцениваются как наиболее тяжелые. Так, контаминации в тесте Роршаха являются самым редким НМ и поэтому расцениваются как наиболее тяжелое расстройство. По разным данным [30], контаминации встречаются в клинических группах в 0,0–3,7% случаев, а в нормативной выборке — в 0,46% случаев. В то же время неуместные комбинаторные ответы считаются легкими нарушениями, поскольку встречаются очень часто как при патологии, так и в норме у взрослых (46%) и особенно часто — у детей (84%) [16; 29]. По данным N. Andreasen [2], среди больных шизофренией чаще всего наблюдались пять НМ: потеря целенаправленности (67%), соскальзывания и алогизм (65%), отклонение от ответа от сути вопроса (53%) и обстоятельность (51%). Реже всего встречались эхолалии (2%), неологизмы, (9%), ссылки на себя (10%) и стильная речь (12%) [12], тяжесть которых оценивается соответственно выше. Основной недостаток статистического подхода обусловлен отсутствием непротиворечивых доказательств связи наиболее редких НМ с тяжестью психопатологического состояния. По сути, редкое расстройство не обязательно должно быть самым тяжелым⁴, что поднимает вопрос о критериях определения понятия «тяжести НМ».

2. При качественном подходе усложнение расстройства, углубление расхождения содержания мысли с действительностью или культурными нормами, возрастание трудностей понимания рассматриваются как показатели утяжеления НМ. Например, соскальзывания оцениваются по шестибалльной шкале, с учетом степени нарушений связности и понятности дискурса: 1 балл — легкие нарушения связности внутри предложения, без смены темы высказывания; 2 балла — легкие нарушения связи между двумя предложе-

⁴ Например, в нашей практике наблюдался случай ответа с «полной контаминацией» в тесте Роршаха у здорового родителя пациента, больного шизофренией.

ниями без смены темы; 3 — грубые соскальзывания от одного предложения к другому внутри одной темы; 4 — легкие соскальзывания между предложениями со сменой темы и т. п. [22]. Спорность качественно-аналитических квантификаций заключается в том, что разные по качеству патофеномены часто определяются как количественные проявления одного и того же свойства, что далеко не всегда доказуемо теоретически и редко имеет экспериментальную верификацию. Например, P. Holzman, M. Shenton, M. Solovay (Scoring Manual for the Thought Disorder Index... 1986) к разным степеням выраженности идиосинкратических НМ отнесли последовательно особенные, странные, абсурдные ответы и контаминации. Однако факторный анализ показал, что хотя два последних патофеномена и являются самыми редкими («тяжелыми») в этом ряду, но они не связаны с двумя первыми и образуют отдельный фактор [29].

3. Арифметический подход предполагает, что количество всех патофеноменов одного вида суммируется, что и отражает степень выраженности данного НМ. Иногда при этом используется взвешенный показатель, когда суммарную оценку делят на число ответов в методике. Простое суммирование наблюдаемых НМ является самой простой и надежной количественной оценкой, так как при этом используют метрическую шкалу. Но такой способ предполагает понимание НМ как дискретных симптомов, хотя, по мнению многих ученых, нарушения мышления имеют континуальный характер.

Следует отметить, что подходы 1 и 2 используют ранговые шкалы, а третий — метрическую шкалу. В некоторых методиках могут применяться комбинированные способы оценки. Несмотря на все методологические сложности реализации, сама идея количественной оценки НМ является адекватной и во многом продуктивной уже в разработанных вариантах.

Системы оценивания НМ

Тестовые исследования патологии мышления показали, что стандартизованную шкалу метрической оценки НМ можно применять практически к любой репрезентативной выборке вербального или невербального поведения. Главное, чтобы параметры оценочной шкалы охватывали как можно большее число информативных для диагностики НМ признаков. Так были созданы номинальные шкалы длиной от 11 [33] до 100 [24] параметров НМ. По существу, проблемы создания психологических методов исследования НМ за рубежом сводятся к разработке достаточно универсальных, чувствительных и в меру портативных шкал их количественной оценки, применимых к различным выборкам поведения или тестовых материалов.

Системы оценивания НМ к тесту Роршаха. Наибольшее число систем оценивания НМ разработано к тесту Роршаха. Самыми известными и значительными среди них J. H. Kleiger [29] считает оценочные системы D. Rapoport [37], R. R. Holt [24], M. N. Johnston, P. S. Holzman [26] и J. E. Eksner [16].

DV — Шкала девиантных вербализаций D. Rapoport была первой попыткой отказаться от проективно-символической интерпретации ответов и перейти к структурно-содержательным объективным оценкам НМ [37]. Эта шкала содержит 21 параметр НМ, которые оцениваются как дискретные патофеномены, без учета их количественной выраженности, что составляет основной предмет критики этой системы. Среди этих параметров — фабулизованные ответы, фабулизованные комбинации, конфабуляции, контаминации, аутистическая логика, особенные и странные вербализации, туманные,

путанные и бессвязные высказывания, символические и абсурдные ответы, «вербализации отношения», «вербализации идей отношения», вербализации самоотношения, «ссылки на себя», плохие ответы по цвету, уточняюще-недовольные ответы, критицизм, вербальная агрессия, агрессивные ответы, аффективные высказывания и деструктивные ответы (мастурбация, кастрация).

*PRIPRO*⁵ — Шкала R. Holt была разработана для научных исследований на основе «DV-системы» D. Rapaport. В *PRIPRO* наиболее полно охвачена разнообразная патология мышления, которая оценивается по 100 качественным параметрам, и также имеет количественные оценки. Все ответы на карты Роршаха классифицированы по аномальному содержанию, формальным характеристикам и типам контроля и защит, в соответствии с психоаналитической концепцией о «первичных процессах». Из них 39 характеристик нарушений восприятия, речи и мышления сгруппированы по шести категориям — конденсация, вытеснение, явный символизм, противоречивость, отклоняющиеся вербализации и смешанные нарушения восприятия и мышления. В эти рубрики вошли многие разновидности патологических ответов, имеющих диагностическую значимость, например, фрагментация, текущие трансформации перцептов, неуместное вмешательство, персеверации, словесная бессвязность, логическая противоречивость, смешение воображения и реальности, обмолвки, своеобразная символика цвета или тени, ассоциации по созвучию, далекие (distant) ассоциации и др. Из-за большого объема и спорности теоретического обоснования эта система не получила практического применения, но разработанные в ней общие и единичные категории под другими или теми же названиями входят почти во все зарубежные диагностические шкалы НМ [29].

*SCZI*⁶ — Индекс Шизофрении J. E. Eksner [16] включает 17 параметров, разделенных на две априорные категории: 1) необычные вербализации и 2) персеверации и нарушения интеграции. В первую входят 4 девиантные вербализации — неподходящие комментарии, потеря фокусировки, странное использование языка, неологизмы; 2 девиантных ответа — неподходящие фразы, обстоятельность; 3 неподходящих комбинации — несовместимые, фабуляторные и контаминации; неподходящая логика (аутистическая). Вторая категория включает 3 вида персевераций — повторение ответа, персеверации содержания, механические персеверации; конфабуляции, абстракции и 2 типа неадекватных ответов по движению. Достоинством этой системы является дифференцированная шкала количественной оценки как специфических НМ, так и общего Индекса Шизофрении. Обоснованные большой статистикой (3500 человек) оценки частоты встречаемости различных НМ в норме и патологии, полученные J. E. Eksner [16], послужили базой для разработки всех последующих шкал психометрии НМ. Автор *SCZI* подчеркивал, что только выраженная степень таких НМ как, например, контаминация или алогизм, могут иметь диагностическое значение для шизофрении. Критики *SCZI*-системы оценивания отмечают, что чрезмерное упрощение некоторых ее дефиниций, в попытках облегчения их понимания пользователями, не позволяет охватить ряд важных для клинической диагностики патологических феноменов мышления. Видимо поэтому, Индекс Шизофрении, надежно дифференцируя норму и патологию, оказался не чувствительным к различиям между расстройствами шизофренического спектра, как отмечает J. H. Kleiger [29].

⁵ Scoring the Primary Process manifestation and their control in Rorschah responses — Оценка манифестации Первичных Процессов и их контроля в ответах к Роршах-тесту.

⁶ Special Scores and schizophrenia Index (SCZI) — Специальные оценки и Индекс шизофрении.

*TDI*⁷ — *Индекс Нарушений Мышления* *M. N. Johnston* и *P. S. Holzman* [26] также происходит из оценочной системы *DV D. Rapoport* [37] и содержит 23 параметра. Пять из них (неадекватная дистанция, несовместимые комбинации, своеобразный символизм, странные ответы и конфабуляции) разделяются на 16 подвидов, что в целом составляет перечень из 34 категорий НМ. Это самая большая шкала оценки НМ и самая популярная среди всех оценочных систем к тесту Роршаха, имеющих практическое применение за рубежом. Она по праву считается высоким стандартом качественной и количественной оценки НМ, так как охватывает наибольшее число патологических феноменов, как вербальных, так и образных, имеет четырехранговую шкалу оценки тяжести НМ (0,25, 0,5, 0,75, 1,00) и взвешенную суммарную оценку Индекса Нарушений Мышления (TDI). Индекс TDI отличается высокой межэкспертной надежностью оценок [12], а также дифференциальной чувствительностью к разным видам клинической патологии мышления, включая шизофрению, шизотипические и шизоаффективные расстройства у детей, взрослых, а также их ближайших родственников. К достоинствам TDI относят независимость оценок от уровня интеллекта [11] и применимость к тестовым материалам других методик [29].

Другие оценочные системы. К объективным оценочным шкалам, не связанным с тестом Роршаха, можно отнести наиболее востребованные практикой системы *TLC*⁸, *TLI*⁹, *PANSS*, *CLANG*¹⁰, *BIT*¹¹.

TLC — *Шкала оценки Мышления, Языка и Коммуникации* [2] включает 18 симптомов: бедность речи, бедность содержания (словесная неясность, неопределенность), напор речи (скандированная, с повышенной скоростью или ударами), отвлекаемость (на стимулы окружения), отклонение от сути вопроса (частично нерелевантные реплики), потеря целенаправленности, соскальзывания (постепенное отклонение от цели), обстоятельность (многочисленные задержки мысли на пути к ее конечной цели), несвязность («словесный салат», серьезные расстройства структуры речи), неологизмы (словесные «новоделы»), словесная приблизительность (соединение известных слов в одну комбинацию, например: «рукобашмак» — перчатка), стилизованная речь (помпезная или чрезмерно формальная по стилю), глоссомания, эхолалии, блокирование речи (внезапные остановки), ссылки на самого себя (чрезмерные акценты в разговоре на себе или апелляции к собственному опыту).

TLC использует свободное и полуструктурированное интервью (общей длительностью 45 мин.), отличается простотой дефиниций НМ, имеет количественную шкалу (основанную на статистическом подходе) и суммарный показатель выраженности расстройств, из которых только «иллогизм» и «бедность речи» относятся к категории НМ. Остальные параметры включены в расстройства речи и коммуникации. Исследования подтверждают дифференциальную чувствительность *TLC* к клиническим особенностям патологии мышления [2].

TLI — *Индекс Мышления и Речи* [31]. Авторы упростили шкалу *TLC*, оставив только 8 симптомов нарушения речи и мышления, оцениваемых по материалам тестов Роршаха или ТАТ. Факторный анализ разделил все параметры на три группы, две из них были

⁷ Thought Disorder Index (TDI) — Индекс расстройства мышления.

⁸ Thought, Language, and Communication (TLC) — Шкала оценки Мышления, Языка и Коммуникации.

⁹ Thought and language Index (TLI) — Индекс Мышления и Речи.

¹⁰ Clinical Language (CLANG) — Шкала клинического языка.

¹¹ Bizarre Idiosyncratic Thinking (BIT) — Шкала оценки Странного-Идиосинкратического Мышления.

скорее ортогональны, чем биполярны, поскольку их симптомы встречались в сочетании. Это «оскудение» (слабость целенаправленности, бедность речи,) и «дезорганизация» (рыхлость ассоциаций — соскальзывания, неопределенность; особые слова — редкие или неологизмы; особые предложения — странный синтаксис; особая логика — нелогичные суждения). Третий фактор «дизрегуляции» составили ошибки персеверации и отвлекаемость на внешние стимулы. Все три фактора вписывались в классическое деление шизофренических симптомов на негативные, позитивные и дезорганизационные [22]. Шкала TLI не потеряла своей диагностической чувствительности к НМ при различных психических расстройствах, несмотря на сокращение числа параметров исходной шкалы TLC на 55%. Шкала имеет общий индекс расстройств мышления и речи и количественные показатели по отдельным параметрам.

PANSS — *Шкала позитивных и негативных расстройств* [28] широко применяется в психиатрии для диагностики психопатологических симптомов. При этом она также имеет параметры оценки НМ. Среди них такие как дезорганизация процесса мышления, характеризующаяся разорванностью и нарушениями целенаправленного потока мыслей, излишней детализацией (обстоятельностью), резонерством, соскальзываниями, аморфностью ассоциаций, непоследовательностью, паралогичностью или «задержкой мыслей» (шперрунгами). PANSS учитывает также степень снижения абстрактно-понятийного мышления и наличие стереотипий в мышлении.

Выраженность этих НМ оценивается по состоянию познавательно-речевого процесса в беседе с помощью ранговой шкалы (с делениями от 0 до 7 баллов). Например, в 3 балла оценивается «Очень слабая выраженность» («сомнительная патология, оцениваемые признаки могут быть на верхнем пределе нормы»). В 6 баллов — «Очень сильная выраженность» («мыслительная деятельность серьезно расстроена; практически постоянно отмечаются непоследовательность и разорванность мышления»). Такой качественно-аналитический подход не обеспечивает точности и надежности количественной оценки НМ, особенно, в соединении с техникой свободного интервью. Однако и шкала PANSS, и аналогичные шкалы SANS¹² и SAPS¹³ [1], широко применяются как в исследованиях, так и в психиатрической практике, поскольку даже при недостаточной точности и надежности, они обеспечивают возможность количественного сравнения различных результатов.

CLANG — *Шкала Клинического Языка* [13], хотя и является производной от TLC, но использует лингвистический подход к определению сущности симптомов НМ. Она включает 17 параметров, которые по результатам факторного анализа были разделены на 3 лингвистические категории: «синтаксис» (расстройства структуры языка на всех уровнях, включая синтаксический); «семантика» (дисфункция способности выражать мысли в языке и добиваться целей коммуникации); «продукция», (бедность речи, отсутствие деталей, отсутствие интонаций). Еще два фактора образовали «напор речи» и «просодия» (качества голоса и артикуляции). В исследовании по этой методике оба первых фактора попали в один, а второй фактор был идентичен третьему фактору («обеднение») [13]. Таким образом, CLANG достоверно не разделяет расстройства языка и мышления.

VIT — *Шкала оценки Странного-Идиосинкратического Мышления (СИМ)* [33, 23]. Авторы VIT вводят три основных и три факультативных критерия для определения СИМ, которое должно быть: а) уникальным для отдельного субъекта; б) отклоняющимся от общепринятых социальных стандартов; в) часто трудным для понимания. Эта систе-

¹² Шкала негативных симптомов (SANS).

¹³ Шкала позитивных симптомов (SAPS).

ма оценивания включает 5 общих категорий СИМ, охватывающих как речь, так и странное невербальное поведение:

- лингвистическая форма и структура;
- содержание утверждения;
- смешение;
- связь между вопросом и ответом;
- поведение.

Внутри этих групп содержится дополнительно 11 специфических подкатегорий НМ и 16 их подвидов. Среди них, например:

- странные вербализации (отдельные слова используются необычным образом; необычные комбинации слов; неологизмы и др.) и отсутствие взаимно разделяемой коммуникации (неясный ответ; некоторые пропуски в высказываниях и др.);

- ответ, отклоняющийся от социальных конвенций;

- своеобразные рассуждения или особенная логика (ответ неправильный или нелогичный с общепринятой точки зрения; ответ противоречивый; ответ с аутистической логикой и др.). Все НМ оцениваются по 4-х уровневой ранговой шкале: в 0, 0,5, 1 и 3 балла. Для градации тяжести НМ используется статистический подход. Выраженность СИМ оценивается по общему суммарному показателю, для которого определены 5 клинических диапазонов тяжести патологии мышления (от легкой степени — 1–2,5 балла до очень тяжелой — >12 баллов). В системе ВІТ используется два теста — «Пословицы» [19] и субтест «Понятливость» из теста интеллекта Д. Векслера, хотя, по мнению авторов, возможно также ее применение для структурированного интервью или теста Роршаха.

Looseness-scale — система оценки *Расстройств вербальных ассоциаций* [22] предлагается для оценивания данных свободного интервью. Ее шкала включает всего 10 специальных категорий расстройств вербального мышления и общий показатель их выраженности. Так, авторы выделяют 6 видов соскальзываний и такие НМ как пропуски в коммуникации, личные значения, блокирование речи, бредовые мысли, туманность идей, нарушение временного согласования высказываний, повторы, персеверации, низкая продуктивность. Оценка выраженности НМ основана на смешанном подходе — качественно-аналитическом и арифметическом.

Среди всех перечисленных систем оценивания наибольшее признание получили шкалы TLC, TDI и ВІТ. Во-первых, они достаточно универсальны и применимы к различным выборкам вербального и невербального поведения. Во-вторых, все они получили экспериментальное подтверждение своей клинической валидности и надежности [2; 22; 29].

Валидность и надежность систем оценивания НМ

Доказательству валидности и надежности психометрических систем оценивания НМ за рубежом придается первостепенное значение. Каждая такая шкала проходит экспериментальную проверку практической способности выявлять клинические [14], возрастные, индивидуальные и микросоциальные различия в патологии мышления, а также эффекты их медикаментозной, психокоррекционной и процессуальной динамики НМ [32]. Исследуются способности шкал предсказывать риск развития шизофрении [5], качество выхода из болезни и функциональный диагноз [36]. Также проверяется конструктивная валидность оценочных шкал (через определение достоверности их интеркорреляций) и надежность (корреляции повторных измерений) [22].

Проблемы контроля субъективного фактора диагностики также успешно решаются, благодаря стандартизации методов оценки НМ, проверке их надежности методом меж-экспертных корреляций, введению в вопросники (стандартизированные самоотчеты) шкал достоверности и параллельных форм объективной (внешней) оценки [6], а также благодаря практике регулярной тренировки диагностов-психологов с целью повышения их опытности, а также индивидуальной чувствительности к НМ [12].

Основные проблемы использования методов диагностики НМ

Несмотря на все значительные зарубежные достижения в методологии и практике исследования НМ при шизофрении, здесь остается ряд трудноразрешимых проблем. Наиболее актуальные из них касаются

- унификации операциональных определений НМ в рамках различных оценочных систем;
- стандартизации оценивания и транскрипции НМ в методах свободного интервью и снижения сложности кодирования оценок НМ в тесте Роршаха;
- теоретического и экспериментального обоснования более совершенных критериев количественной оценки НМ;
- разработки шкал с максимальным, а также необходимым и достаточным для различных целей охватом параметров НМ;
- выбора научных оснований для классификации различных НМ по отдельным категориям;
- понимания необходимости одновременного оценивания как речевых, так и невербальных проявлений патологии мышления, что совершенно игнорируется в большинстве ведущих методов исследования НМ.

Как справедливо отмечают все авторы систем оценивания НМ, до сих пор не решен вопрос о том, какая из них является более предпочтительной, то есть более адекватной и теоретически более обоснованной [2; 22; 29]. Научная конкуренция в этой области затрудняет обобщение и синтез достижений отдельных методов, разработанных в рамках различных теоретических подходов, снижает возможности сравнения результатов методологически различных исследований. Сугубо практические цели в создании методов измерения НМ, ориентированные на их предельную портативность, простоту и легкость применения, закрывают перспективы более глубокого, полного и дифференцированного изучения всего спектра НМ при шизофрении. Кроме того, изучение скрытых патологических механизмов НМ при шизофрении, их нейрогенетических и нейропсихологических связей требует большей объективности, точности и надежности, чем имеют существующие методы исследования.

Заключение

Очевидно, что методологические перспективы диагностики НМ связаны с поиском новых продуктивных теорий, взамен одиозных, по мнению N. С. Andreasen [3], психоаналитических и эклектичных эмпирических построений, бытующих на Западе. Неспособность таких теорий определить специфику и содержание мышления, в отличие от других когнитивных процессов, подменяющих в своей сумме мышление, препятствует обоснованию критериев содержательной и количественной оценки различных видов и свойств собственно патологического мышления.

Кроме того, отчетливо вырисовывается необходимость батарейного подхода к конструированию методик исследования НМ, включающих как вербальные, так и невербальные тесты, по примеру батарей для исследования нейрокогнитивного дефицита при шизофрении, типа МССВ¹⁴ или ВАСС¹⁵ [7]. Для более полного охвата всех патологических феноменов НМ, научного обоснования их классификации, понимания их взаимосвязей и причинных механизмов совершенно необходимо применение кроссбатарейных подходов [22]. Эти подходы включают факторно-аналитическую обработку результатов одновременного применения к одной выборке нескольких патопсихологических методик или их батарей [15].

Создание «золотых стандартов» среди методов исследования НМ, составляющих ожидания многих зарубежных ученых [22; 29; 31], может стать закономерным этапом перспективных исследований в этой области.

Литература

1. *Andreasen N. C.* The Scales of Negative (SANS) and Positive (SAPS) Symptoms. Iowa City, 1984.
2. *Andreasen N. C.* Scale for the Assessment of Thought, Language, and Communication (TLC) // *Schizophr. Bull.* 1986. Vol. 12. P. 473–482.
3. *Andreasen N. C.* DSM and the death of phenomenology in America: an example of unintended consequences // *Schizophr. Bull.* 2007. Vol. 33. P. 108–112.
4. *Aronow E., Weiss K. A., Reznikoff M.* A Practical Guide to the Thematic Apperception Test: the T.A.T. in Clinical Practice. Philadelphia, 2001.
5. *Baskak B., Ozel E. T., Atbasoglu C. E., Baskak S. C.* Peculiar word use as a possible trait marker in schizophrenia // *Schizophr Res.* 2008. Vol. 103. № 1. P. 311–317.
6. *Barrera A., McKenna P. J., Berrios G. E.* Two new scales of formal thought disorder in schizophrenia // *Psychiatr. Res.* 2008. Vol. 157. P. 225–234.
7. *Bralet M. C., Navarre M., Eskenazi A. M. et al.* Interest of a new instrument to assess cognition in schizophrenia: The Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia (BACS) // *Encephale.* 2008. Vol. 34. № 6. P. 557–562.
8. *Butcher J. N., Graham J. R., Williams C. L., Ben-Porath Y.* Development and the use of the MMPI-2 Content Scales. Minneapolis, 1989.
9. *Chapman L., Chapman J. P.* Desordered thought in Schizophrenia. New York, 1973.
10. *Caplan R., Guthrie D., Fish B. et al.* The Kiddie Formal Thought Disorder Rating Scale (K-FTDS): clinical assessment, reliability and validity // *Journal Am. Acad. Child Adol. Psychiatry.* 1989. Vol. 28. P. 208–216.
11. *Carpenter J. T., Coleman M. J., Waternaux C. et al.* The Thought Disorder Index: Short-form assessments // *Psychol. Assess.* 1993. Vol. 5. P. 75–80.
12. *Coleman M. J., Carpenter J. T., Waternaux C. et al.* The Thought Disorder Index: A Reliability Study // *Psychol. Assess.* 1993. Vol. 5. № 3. P. 336–342.
13. *Covington M. A., He C., Brown C. et al.* Schizophrenia and the structure of language: The linguist's view // *Schizophr. Res.* 2005. Vol. 77. P. 85–98.
14. *Cuesta M. J., Peralta V.* Does formal thought disorder differ among patients with schizophrenic, schizophreniform, manic and schizoaffective disorders? // *Schizophr. Res.* 1993. Vol. 10. P. 151–158.
15. *Cuesta M. J., Peralta V.* Thought disorder in schizophrenia. Testing models through confirmatory factor analysis // *Eur. Arch. Psychiatr. Clin. Neurosci.* 1999. Vol. 249. № 2. P. 55–61.

¹⁴ MATRICS Consensus Cognitive Battery (MCCB) — MATRICS Согласованная Когнитивная Батарея. MATRICS — National Institute of Mental Health's Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia — Национальный Институт Измерений Психического Здоровья и Исследования Терапевтических методов, направленных на Улучшение Когнитивного функционирования при Шизофрении.

¹⁵ Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia — Краткое Оценивание Когнитивного дефицита при Шизофрении.

16. *Exner J.E.* The Rorschach system. New York, 1969.
17. *Fischer S., Clevland S.E.* Body image and personality. New York, 1968.
18. *Gantt L., Tabone C.* The Formal Elements Art Therapy Scale and "Draw a Person Picking an Apple from a Tree" // Handbook of Art Therapy / ed. by C. Malchiodi. New York, 2003. P.420–427.
19. *Gorham D.R.* Proverb test for clinical and experimental use // Psychol. Rep. Monograph Suppl. 1. 1956.
20. *Green M.F.* Schizophrenia from a Neurocognitive Perspective. Probing the Impenetrable Darkness. Boston, 1998.
21. *Gur R.E., Calkins M.E., Gur R.C. et al.* The Consortium on the Genetics of Schizophrenia: Neurocognitive Endophenotypes // Schizophr. Bull. 2007. Vol. 33. P.49–68.
22. *Harrow M., Quinlan D.* Disordered thinking and schizophrenic psychopathology. New York, 1985.
23. *Harrow M., Jobe T.H., Herbener E.S. et al.* Thought disorder in schizophrenia: working memory and impaired context // Nerv. Ment. Dis. 2004. Vol. 92. № 1. P.3–11.
24. *Holt R.R.* Manual for the scoring of primary process manifestations and their controls in Rorschach responses. New York, 1970.
25. *Horn H., Federspiel A., Wirth M. et al.* Structural and metabolic changes in language areas linked to formal thought disorder // Brit. Journal Psychiatry. 2009. Vol. 194. № 2. P.130–138.
26. *Johnston M.H., Holzman P.S.* Assessing Schizophrenic Thinking. A Clinical and Research Instrument for Measuring Thought Disorder. San Francisco, 1979.
27. *Iakimova G., Passerieux C., Hardy-Baylé M.C.* The understanding of metaphors in schizophrenia and depression. An experimental approach // Encephal. 2006. Vol. 32. № 6. P.995–1002.
28. *Kay S.R., Opler L.A., Fiszbein A.* Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS). Toronto, 1986.
29. *Kleiger J.H.* Disordered Thinking and the Rorschach: theory, research, and differential diagnosis. London, 1999.
30. *Koistinen P.* Thought Disorder and the Rorschach. Oulu, 1995.
31. *Liddle P.F., Ngan E. T. C., Caissie S.L. et al.* Thought and language index: an instrument for assessing thought and language in schizophrenia // Brit. Journal Psychiatry. 2002. Vol. 181. P.326–330.
32. *Maeda K., Kasai K., Uetsuki M. et al.* Increased positive thought disorder with illness duration in patients with schizophrenia // Psychiatr. Clin. Neurosci. 2007. Vol. 61. № 6. P.687–690.
33. *Marengo J. T., Harrow M., Lanin-Kettering I., Wilson A.* Evaluating bizarre-idiosyncratic thinking // Schizophr. Bull. 1986. Vol. 1. P.497–509.
34. *Payne R. W., Mattussek P., George E.I.* An Experimental Study of Schizophrenic Thought Disorder // J. Ment. Sci. 1959. Vol. 105. P.627–652.
35. *Peralta V., Cuesta M.J., de Leon J.* Thought disorder in schizophrenia: A factor analytic study // Compr. Psychiatry. 1992. Vol. 33, № 2. P.105–110.
36. *Racenstein J.M., Penn D., Harrow M., Schleser R.* Thought disorder and psychosocial functioning in schizophrenia: the concurrent and predictive relationships // J. Nerv. Ment. Dis. 1999. Vol. 187, № 5. P.281–289.
37. *Rapaport D., Gill M., Shafter R.* Diagnostic Psychological Testing, revised ed. New-York, 1968.
38. *Rapp A., Schmierer P.* Proverb and nonliteral language in schizophrenia: a systematic methodological review of all studies published 1931–2010 // Schizophr. Res. 2010. Vol. 117, № 2. P.422.
39. *Rust J.* The Rust Inventory of Schizotypal Cognition (RISC) // Schizophr. Bull. 1987. Vol. 14. P.317–322.
40. *Sims-Knight J.E., Knight R. A.* Logical and nonlogical classification systems: A look at the underlying complexity of overinclusion in schizophrenics // J. Clin. Psychology. 1978. Vol. 34, № 4. P.857–865.
41. *Sumiyoshi C., Ertugrul A., Anil Yagcioglu A. E., Sumiyoshi T.* Semantic memory deficits based on category fluency performance in schizophrenia: similar impairment patterns of semantic organization across Turkish and Japanese patients // Psychiatr. Res. 2009. Vol. 167, № 1–2. P.47–57.
42. *Waring E.M., Neufeld R. W., Schaefer B.* The thought disorder questionnaire // Canad. Journal Psychiatry. 2003. Vol. 48. P.45–51.

Статья поступила в редакцию 20 сентября 2010 г.