

ГРАФОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОДУКЦИЯ БОЛЬНЫХ В КЛИНИКЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

А.В. Кустов¹, Е.Э. Литвин²

В работе изучена графологическая продукция, проведен анализ письма и проективных рисунков больных, страдающих шизофренией (22 чел.) и детским церебральным параличом (16 чел.). Выявленные особенности изменений почерка у больных указывают на целесообразность использования графологического метода исследования в клинике психических заболеваний и его диагностическую ценность.

ВВЕДЕНИЕ

Графология – наука о почерке, письменной продукции человека, которая изучает взаимосвязь между графическими элементами письма и психологическими особенностями индивида: темпераментом, эмоциональными состояниями, чертами характера, склонностями, способностями, личностью в целом.

История графологии, которая хотя и не отличается большим прогрессом развития и революционными открытиями, также интересна, как и история других наук. Попытки соотнесения графических элементов и психических особенностей человека были сделаны еще в семнадцатом веке, первая книга на эту тему была издана в 1690 году и принадлежала перу итальянского профессора Камилио Бальдо. Основателем этого направления считается аббат Мишон, живший в девятнадцатом веке и по инициативе которого стали создаваться графологические общества. Он впервые, несмотря на то, что это слово имеет более раннее происхождение, употребил термин «графология» в своей книге, вышедшей в 1872 году. В различных популярных журналах Европы организовывались специфические отделы, способствующие популяризации графологических знаний [1].

Большой вклад в развитие графологии внес Крепье – Жамен, написавший популярный для своего времени труд «Почерк и характер», в котором вполне научно были изложены некоторые положения графологического анализа. В Италии, благодаря своим оригинальным взглядам, в том числе и в вопросах графологии, большую известность приобрел профессор-психиатр Ч. Ломброзо, который проводил свои исследования в группах преступников и душевно больных.

В начале двадцатого века в разных странах, в том числе в России, проводились многочисленные исследования изменения почерка под влиянием гипнотического внушения. Участникам такого рода экспериментов внушались определенные черты характера (например, хитрость, решительность, скрытность, сила и пр.), при этом их просили в гипнотическом состоянии писать какие-то небольшие тексты под диктовку. Было установлено, что почерк человека в зависимости от переживаемых в гипнозе состояний менялся. Почерк менялся также в зависимости от степени регрессии внушенного возраста.

В начале двадцатого века интерес к графологии был достаточно высоким. Появилась обширная графологическая литература. Особенно ярким представителем этого направления того времени был немецкий ученый профессор Л. Клагес, который в своих работах скрупулезно

¹ Канд. мед. наук, доцент, Сумский государственный университет.

² Врач-интерн, Сумский государственный университет.

обобщил издававшуюся до того времени литературу и высказал ряд собственных идей. Он исходил из того положения, что характер, личность отражаются в специфических моторных комплексах, почерк же, благодаря проекции моторных установок индивида в письмо, является частью индивидуально-психологических особенностей человека.

В этот же период графология развивается благодаря работам многих русских исследователей: И.Ф. Моргенштерна, Н.Д. Ашхарумова, Ф.Ф. Германа, Г.Е. Рыбинского, Ю.К. Глининой и др. Исследования этих и других авторов позволили выделить и описать комплексы графологических элементов, которые являются диагностическими признаками тех или иных психологических характеристик личности. Значительный вклад в развитие графологии внес русский исследователь, эксперт-графолог Д.М. Зуев-Инсаров, написавший книгу «Почерк и характер», которая долгое время входила в категорию раритетных изданий. Он же активно участвовал в экспериментальных исследованиях и изучении изменения почерка у лиц в состоянии транса. К тому времени многие авторы практическое применение графологии видели в развитии таких наук, как криминология и медицина, и особенно в таких областях, как психиатрия и профориентация [2].

В тридцатые годы в Германии под руководством профессора Р. Заудека группа психиатров провела ряд исследований, касающихся изучения некоторых механизмов письма – скорости, нажима, цикличности движений, степени сознательного участия личности в этом виде деятельности, взаимосвязи отдельных графических признаков. В результате были получены интересные данные, касающиеся соотношения и взаимозависимости некоторых характеристик личности с наклоном, размером и связанностью букв. Большой вклад в развитие графологии внесла Р. Визер, которая, исследуя почерк и письменную продукцию преступников, фактически подтвердила утверждение Ч. Ломброзо о возможности определения преступных наклонностей по почерку. Тогда же, в тридцатые - сороковые годы, делались попытки объяснить взаимосвязь совокупности графологических элементов с различными типами темперамента.

Графология, как и ряд других наук, которые имели недостаточный научный фундамент, прошла через этапы спада и подъема интереса к ней. В последние десятилетия графология включена в учебные программы и преподается в курсе психологии в университетах Европы и США. Более того, имеются попытки объединения графологии и психоанализа. Графологи – эксперты активно работают в криминологии, изучая почерк преступников и выполняя практические задачи оказания помощи следствию. Графология располагает эмпирическим и экспериментальным материалом, позволяющим определить потребности личности в общении, особенности ее коммуникативных возможностей, мотивационно - аффективной сферы, уровень самооценки, склонности, установки и элементы ценностной системы.

В медицине, в частности в психиатрии, такие исследования достаточно редки. В работах, в которых излагается материал о связи почерка больных с психическими расстройствами, описаны лишь общие графологические комплексы, отражающие особенности их жизненного тонуса, активности, волевых качеств, склонности к импульсивным действиям, уровня развития интеллекта [3].

ЦЕЛЬ

В изученной нами литературе, а также в источниках, взятых в сети Интернета, мы не нашли специальных работ, посвященных графологическому анализу письменной продукции больных с различными нозологическими формами психических расстройств. В связи с этим нами

была поставлена цель - изучить графологические особенности почерка больных, принадлежащих к разным нозологическим группам.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для этого были отобраны три группы испытуемых: больные шизофренией, юноши, страдающие ДЦП, у которых отмечалось снижение интеллекта легкой или умеренной степени и в качестве контрольной группы – психически здоровые люди [2,5, 9,10].

Исследование проводилось в стационаре Сумского областного психоневрологического диспансера, реабилитационном центре для детей и подростков, страдающих ДЦП. В контрольную группу вошли молодые люди от 22 до 30 лет, которые дали согласие на участие в исследовании.

Группа больных шизофренией состояла из 22 человек, в которую входили в основном мужчины, находящиеся на стационарном лечении в психиатрическом стационаре. Все больные страдали параноидной шизофренией, две трети из них (17 чел.) были в остром психотическом состоянии, около одной трети были близки к состоянию ремиссии и готовились к выписке из стационара. Все они достаточно охотно принимали участие в проводимом исследовании, часть из них проявляла живой интерес к тестовым процедурам, задавали вопросы и вели себя достаточно инициативно.

Больные, страдающие ДЦП, проходили реабилитационный курс в областном центре реабилитации. Их средний возраст составил $19 \pm 2,3$ года. По полу распределение в группе было следующим: 14 юношей и 2 девушки. Неврологическая патология была представлена в основном клиникой различной тяжести геми – или парапареза (у 14 чел.) и реже тетрапареза (у 2 человек). Практически у всех больных отмечались когнитивные расстройства, у 11 больных они достигали степени легкой и у 5 человек – умеренно выраженной дебильности.

До проведения специального графолога - психологического исследования больные изучались клинически. Анамнестические и лабораторные данные уточнялись по историям болезни и реабилитационным картам каждого пациента, изучались клиника психопатологических расстройств, переживания больных, фиксировались клинические диагнозы, установленные психиатрами диспансера и врачами-невропатологами реабилитационного центра.

Для выполнения поставленной цели испытуемым было предложено написать тексты под диктовку либо выразить свои мысли или ассоциации спонтанно, без внешнего принуждения. Большая часть пациентов соглашались писать под диктовку, часть проявляли инициативу и писали «по велению души» - фрагменты стихов или песен, записывали собственные ассоциации, связанные с погодой или какими-то другими фактами жизни. Часть материала, использованного для графологического анализа, была взята в отделении и представляла собой письма, написанные больными в форме дневников или обращений к родственникам и в какие-то другие инстанции.

Оценка письменной продукции больных основывалась на следующих графологических признаках [4,5]:

- 1 Направление строк, указывающее на уровень оптимизма.
- 2 Величина заглавных букв, отражающая особенности самооценки и требовательность к окружающим.
- 3 Связность букв, указывающих на последовательность мышления, преобладание логического или конкретно-образного мышления.
- 4 Уверенность в написании букв, отражающая уровень тревожности и самопринятия.
- 5 Размахистость или компактность букв, указывающая на стратегию и тактику мыслительной деятельности.

6 Расстояние между буквами, позволяющее определять склонность к расточительности, бережливости (скупости) по отношению к другим или к себе.

7 Сила давления при написании букв, указывающая на такие свойства темперамента, как экстра – или интроверсия, склонность индивида к самоконтролю.

8 Подчеркивания, зачеркивания – признак, указывающий на уровень самооценки, чувствительность личности к фрустрирующим ситуациям.

9 Скорость письма – динамика возникновения и протекания эмоциональных реакций.

10 Наклоны букв – склонность к самоконтролю, стремление к доминированию или подчиняемости.

Кроме того, каждому испытуемому было предложено выполнить тест «Дом – Дерево – Человек» - одну из проективных методик, предложенную в 1938 году Дж. Буком. Тест позволяет определить индивидуально - психологические особенности личности (самооценку, уровень развития воображения и интеллекта, половую идентичность, склонности, актуальные, но не реализованные потребности), элементы системы отношений (к семье, к окружающим, к будущему – прошлому, некоторым аспектам системы ценностей), а также выявить психотравмирующие переживания, которые часто не отражаются на уровне сознания [6, 7]. Главная задача использования данного теста состояла в изучении психологических характеристик личности для дальнейшего сопоставления их с графологической продукцией больных.

Больным предлагалось на листе бумаги изобразить как одно целое (композицию) три рисуночных элемента – дом, дерево, человека - в том виде, в котором им хотелось бы это сделать.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Графологическую продукцию больных мы рассматривали в двух основных аспектах: содержательном (семантическом) – учитывались смысл написанного текста и форма его изложения; графологическом – анализировались графологические элементы письма и их соотношение с индивидуально-психологическими и психопатологическими характеристиками больных.

Письменная продукция больных позволяет определить особенности мышления больных, уровень развития их интеллекта и воображения, содержание актуальных переживаний. У больных, находившихся в состоянии обострения, отмечались расстройства мышления в форме соскальзываний, разорванности, аморфных, вычурных формулировок, резонерских высказываний, в других случаях, когда больные находились в состоянии, близком к ремиссии, такие расстройства были малозаметными, а изложение материала – более последовательным.

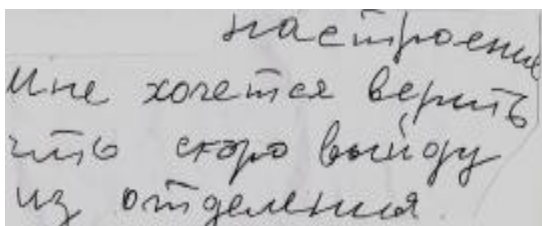


Рисунок 1 – Надежда

идеи величия или преследования, «теориями» и другими идеями. Таким

В спонтанно написанных текстах, где больные могли свободно демонстрировать свои взгляды и позиции, содержание определялось актуальными болезненными переживаниями, связанными с пребыванием в стационаре (рис. 1).

В них звучали бредовые захваченность собственными

текстов отражала актуальные для больных проблемы и вызванные ими переживания.

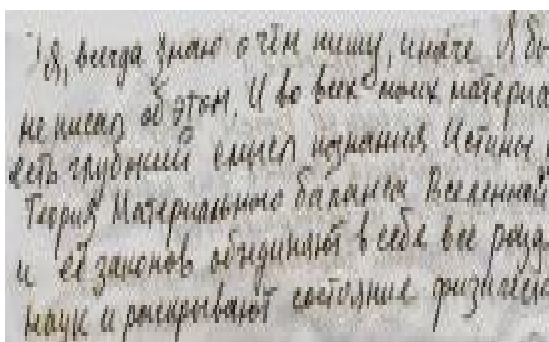


Рисунок 2 - Идеи величия

Графологический анализ письменной продукции больных может указывать на изменения их жизненного тонуса, как в сторону его патологического усиления, так и снижения, эмоциональную неустойчивость, преобладающий фон настроения, явную или латентную агрессивность. Нередко эти признаки обусловлены содержанием бредовых идей. Так, у больных с экспансивными формами бреда

(в нашем исследовании бред изобретательства, особого предназначения) тексты были написаны крупными буквами, размашисто.

В таких текстах часто фигурирует местоимение «Я», неадекватно используются восклицательные знаки, отмечается сильный нажим при написании букв (рис. 2). Напротив, больные с депрессивной окраской настроения в текстах демонстрировали отклонение направления строк от горизонтального уровня с тенденцией написания их вниз («свисающие строки») (рис. 3).

Расстройства мышления у больных шизофренией приводят к появлению в письменной продукции бессодержательных графических элементов, которые мы назвали паравербальными знаками. К ним относятся: мелкие рисунки в промежутках между предложениями или словами, помещение отдельных слов или фраз в рамку, использование неологизмов, введение в текст бессодержательных «формул», которые не соответствуют контексту содержания письма.

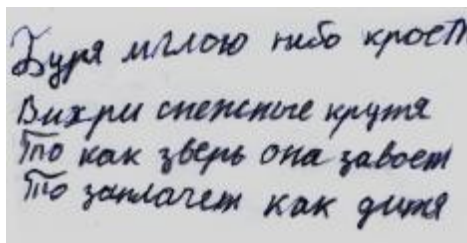


Рисунок 3 - Тоска

К ним также относятся подсчеты чего - то (в форме «палочек») на полях листа бумаги, частое обрамление в кавычки «символических» слов, иногда, с нарушениями орфографии, стереотипное повторение отдельных грамматических знаков (восклицательных знаков, тире, точки с запятой). Для отдельных больных характерными были написание слов с использованием букв «кириллицы» и «латиницы» (рис. 4).

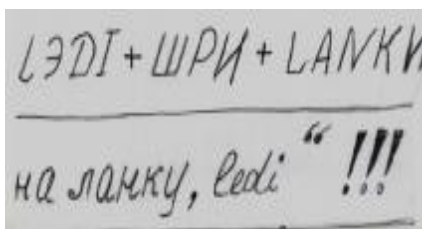


Рисунок 4 - «Миксты»

Частым графическим признаком в письменной продукции больных шизофренией является использование букв разной величины даже в пределах одного слова (одни буквы писались крупно, другие были небольшими). Кроме того, встречались используемые в письме неадекватного содержания стрелки и другие малопонятные символы. Наблюдалось грубое нарушение пропорций и соотношения

текста в пределах листа: текст «теснился» в одном месте на фоне пустых пространств бумаги.

У больных, страдающих ДЦП, в связи со снижением когнитивных функций отмечалась смысловая упрощенность текста, в письменной продукции выявлялся симптом олигофазии (обеднение словарного запаса), наблюдалась склонность к стереотипному повторению отдельных букв и слогов, что указывает на инертность мыслительных процессов. В связи с интеллектуальным снижением больные выявляли общую языковую неграмотность, что проявлялось в грубых орфографических ошибках.

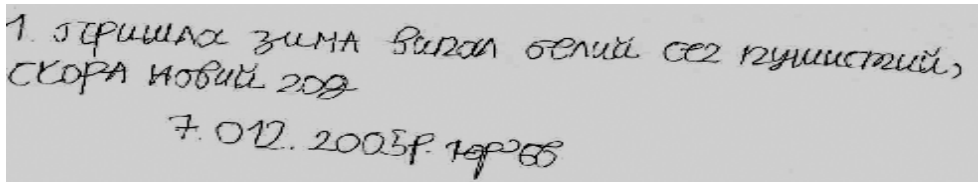


Рисунок 5 - Композиционные искажения

В силу имеющихся у больных моторных расстройств буквы были написаны неуверенно, между словами и строками отмечались большие, чем обычно, промежутки. Наблюдались композиционные нарушения расположения текста – больные писали не в строчку, а располагали текст либо в центре листа, либо сбоку (рис. 5). У большинства больных отсутствовал наклон букв (вправо или влево), буквы часто располагались прямо, но даже в пределах одного слова «шатались», т.е. меняли наклон. В тексте больных достаточно часто использовались буквы украинского и русского алфавита. Неустойчивость графического изображения букв, отсутствие беглости их написания было вызвано имеющимися у больных гиперкинезами и общей моторной недостаточностью, что затрудняло у них формирование навыков письма.



Рисунок 6 - Фрагментация

Рисунки больных шизофренией в большинстве случаев имеют общие признаки. В образе нарисованного «человека» отсутствовали некоторые части тела. Больные рисовали человека по пояс или изображали только голову, «повисшую в воздухе» (рис. 6), в некоторых рисунках отсутствовало изображение рук и ног.

Отсутствие рук и ног в образе «человека» указывает на переживания больными собственной беспомощности и расстройств в форме эмоционально-волевого снижения. Они, как правило, плохо прорисовывали элементы лица, в некоторых случаях лицо человека выглядело устрашающе, агрессивно, «монстрообразно».

В изображении «человека» присутствовали элементы, указывающие на скрытую агрессивность и актуальность сексуальных переживаний (рис. 7,8). Ощущение



Рисунки 7,8 - Сексуальность и агрессия

беспомощности, сопровождающееся чувством страха, хорошо изображено на рис. 9 – человек сидит как бы связанный по рукам и ногам чем – то невидимым с выражением страха на лице.



Рисунок 9 - Захват



Рисунок 10 - Ожидание



Рисунок 11 - «Гараж»

В рисунках «дома» преобладала упрощенность изображений, отсутствовали какие-либо украшения, что указывало на то, что семейные отношения для этой части больных не являются актуальными и нередко воспринимаются как вынужденное, одинокое сожительство. На фрагменте рисунка 10 больного П. изображен образ человека, стоящего либо у окна, либо за решеткой. Дом может напоминать гараж или тюрьму, о чем свидетельствует рисунок 11 больного С., может изображаться как антропоморфный образ или схематично с использованием непонятной символики.

Нарисованные «деревья», которые в символической форме указывают на эмоциональную жизнь, чувства и реакции человека, отношения, связанные с прошлым и настоящим, в большинстве случаев изображаются схематично в форме ствола и веток. Чаще дерево изображается в форме тонкого ствола и коротких ветвей, направленных вверх, что указывает на агрессивные тенденции больных в отношении окружающих и тех лиц, статус которых выше статуса больного (родители, администрация). В то же время некоторые больные, у которых преобладает депрессивная симптоматика, в изображении дерева использовали образ «поникшего дерева» с опущенными вниз ветками (рис. 12).



Рисунок 12 - Уныние

Некоторые рисунки, в отличие от рисунков больных ДЦП, были эстетически привлекательными, имели индивидуальный «почерк», отражали достаточно широкую палитру переживаний и выражали определенные тенденции и отношения к себе, к сложившейся ситуации и окружающим людям.

Рисунки больных, страдающих ДЦП со снижением их когнитивного уровня, были упрощенными и схематичными как по содержанию, так и по графическим элементам. Основные элементы рисунка (дом, дерево, человек) располагались линейно, как бы в одну линию.

Человек изображался схемообразно, по - детски, отсутствовали объем и, как правило, некоторые части тела – руки, пальцы, стопы. Элементы лица либо отсутствовали, либо изображались черточками, что свидетельствовало о расстройствах самосознания больных и об отсутствии у них способности к дифференциации «Я» (рис. 13). В изображении «человека» отсутствовали какие-либо намеки на

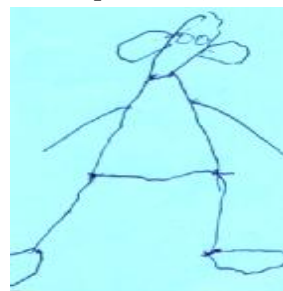


Рисунок 13 - «Я»

индивидуальность. По рисункам трудно было определить тенденции больных, их переживания, актуальные потребности, элементы системы отношений. Отсутствие деталей, украшений, которые могли бы указывать на индивидуальные особенности больных, свидетельствовали о слабой дифференцировке их внутреннего мира и структуры «Я», а также функций воображения и интеллекта.

ВЫВОДЫ

Проведенное исследование позволило сделать несколько обобщений.

Графическая продукция (почерк, рисунки) является результатом неосознаваемой (подсознательной) деятельности, которая отражает основные тенденции личности в текущий момент времени, а также свойственные ей установки и элементы системы отношений. В связи с этим в беседе с врачом больные могут отрицать наличие тех или иных переживаний, выявленных во время графологического анализа.

Изучение графологической продукции полезно не только на начальных этапах диагностического процесса, когда врач не располагает нужными анамнестическими сведениями, данными клинического и инструментального обследования, но и в процессе лечения, что дает возможность в динамике комплексно изучать пациента с учетом графологических изменений. Сопоставление почерка у одних и тех же больных в процессе терапии показывает, что почерк больных шизофренией меняется и становится более гармоничным, что проявляется в выравнивании строк, ослаблении (или усилении при астенической и апатической симптоматике) нажима при написании букв, стандартном построении текста на листе бумаги. При этом в большей степени проявляются индивидуально-психологические особенности больного и постепенно редуцируются признаки психических расстройств.

Графологический метод исследования в клинике психических расстройств следует отнести к вспомогательным методикам изучения больных. Основными должны оставаться психопатологический, патопсихологический и инструментальные методы исследования, но изучение графической продукции нередко может давать дополнительную и важную информацию о больном, которую трудно выявить в беседе в процессе наблюдения.

SUMMARY

In the work the graphological production is investigated, the analysis of the writing and projective pictures of the patients, suffering from schizophrenia (22 pers.) and children's cerebral paralysis (16 pers.) is carried out. The revealed features of changes of handwriting at patients show the expediency of the use of graphological method of research in the clinic of mental diseases and its diagnostic value.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Маяцкий В. Графология / Репринтное издание. М. – 1907. – М.: Общ. Сов.-австр. предприятие Х.Г.С., 1990. – 64с.
2. Зуев – Инсаров Д.М. Почерк и характер. Читать человека как книгу. – Мн.: ИП «МЕТ»; М.: АОЗТ «ЭКМО», 1995. – С. 269 – 341.
3. Охтаралиев Н., Тиноев Ф. Справочник по графологии. Связь почерка с характером. - М. - 201с.
4. Альманах психологических тестов. Рисуночные тесты. - М.: КСП, 1997. - 320 с.
5. Тестирование детей / Автор-составитель В.Богомолов. Серия „Психологический практикум“. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2004. - 352с.
6. Проективная психология. - М.: Апрель Пресс, Изд - во ЕКСМО - Пресс, 2000 - 528с.
7. Дети с задержкой психического развития //Под ред. Т.А. Власова. - Педагогика, 1985. - 234с.

Поступила в редакцию 31 января 2007 г.