

PSYCHOLOGY OF PROFESSIONAL MARGINAL IN THE SOCIALLY SIGNIFICANT TYPES OF LABOUR (2-nd ARTICLE)

E. P. Ermolaeva

Cand. sci. (psychology), sen. res. ass., IP RAS, Moscow

The psychological problems of professional marginalism understood as a loss of professional identity during sociogenic professional crisis that is mostly relevant in the socially significant types of labour are considered. The genesis of the problem is presented, the peculiarities of the term "professional marginalism" are defined, the choose of research area (socially significant types of labour) is substantiated. There are discussed the methodological principles and aspects of research on professional marginalism, the models of it origin and psychological peculiarities of professional marginals in concrete types of socially significant labour are presented.

Key words: psychology of the professional, professional marginalism, professional identity, socially significant types of labour.

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ ПРЕДМЕТНОГО И АФФЕКТИВНОГО КОМПОНЕНТОВ ЭМОЦИЙ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

© 2001 г. М. Ю. Лотоцкая*, Е. В. Заика**

* Аспирантка кафедры психологии Харьковского национального ун-та

** Канд. психол. наук, доцент кафедры психологии того же ун-та

Анализируется структура эмоциональных нарушений, на основе двухкомпонентной модели эмоций: как единства отражаемого предметного содержания (предметный компонент), и как собственно эмоционального переживания (аффективный компонент). Обнаружено, что у больных параноидной шизофренией нарушен предметный компонент и положительных, и отрицательных эмоций: существенные признаки предметов игнорируются, а в качестве эмоционально значимых используются несущественные их свойства. Связь предметного и аффективного компонентов чрезмерно лабильна, при этом аффективный компонент положительных эмоций нарушен в большей мере, чем отрицательных. Изменения положительных эмоций по характеру дефицитарны, а изменения аффективного компонента отрицательных эмоций своеобразны: увеличение частоты отрицательных переживаний сочетается со снижением их интенсивности и активирующего влияния.

Ключевые слова: структура эмоциональных нарушений, предметность эмоции, эмоциональное переживание, положительные и отрицательные эмоции, параноидная шизофрения.

Проблема эмоциональных расстройств при шизофрении остается весьма актуальной. Анализ медицинской и патопсихологической литературы показывает, что диапазон точек зрения на данную проблему достаточно широк. Наряду с клиническими и экспериментально-психологическими данными, свидетельствующими о нарастании у больных шизофренией эмоциональной тупости (Т.И. Бояршинова, И.Н. Гильяшева, В.А. Гильяровский, Н.К. Киященко, И.Ф. Случевский, Е.Т. Соколова, Б.Г. Херсонский, N.C. Andreasen, E. Bleuler, H.W. Gruhle, E. Kraepelin, W. Mayer-Gross и др.), в литературе имеются факты, указывающие на парциальный характер патологии эмоций (И.Г. Беспалько, Н.Ф. Деметьева, Б.Д. Карвасарский, Н.Н. Карловская, С.П. Позднякова, Ю.Ф. Поляков, Л.Л. Рохлин, С.Ф. Семёнов, А.В. Снежневский и др.), и на возможность адекватных реакций у больных в исходных состояниях с выраженным шизофреническим дефектом [1, 13].

На наш взгляд, более целостно и дифференцированно охарактеризовать особенности эмоциональности при шизофрении позволяет исследование структуры нарушений эмоций. Преимуществом данного подхода является то, что изучение структуры эмоциональных нарушений дает возможность выявить изменения на уровне, во-первых, отдельных компонентов (одни страдают в большей степени, другие – остаются относитель-

но сохранными), а, во-вторых, на уровне связей между компонентами.

Исследование структуры эмоциональных нарушений с точки зрения соотношения эмоций разных знаков [4, 12] показало, что у больных шизофренией с клинически выраженным дефектом эмоциональной сферы (эмоциональной холодностью) отмечается дефицит положительных эмоций (снижены частота, интенсивность, повышены пороги их возникновения) при относительной сохранности отрицательных.

Но возникает вопрос: характерна ли такая структура эмоциональной патологии для параноидных больных, которым присуще наличие бреда, сопровождающегося негативными переживаниями? Вполне допустимо предположить, что у этих больных наряду со снижением положительных эмоций может происходить усиление отрицательных.

Как подчеркивалось рядом авторов, целостное эмоциональное явление представляет собой единство двух моментов: некоторого отражаемого содержания и собственно эмоционального переживания [2, 3]. Иными словами, целостная эмоция имеет двухкомпонентную структуру, являясь единством предметного и аффективного.

То содержание объектов, которое, отображаясь познавательными процессами, вызывает отчетливую эмоцию, и есть **предметный компонент** эмоции. Он характеризует, какие именно призна-

ки предметов, явлений, ситуаций вызывают отчетливую эмоцию, а какие не вызывают.

Аффективный компонент эмоций – это собственно эмоциональное переживание с мимическими, пантомимическими, физиологическими, биохимическими сдвигами, взятое безотносительно к предметному содержанию, вызывающему эмоциональное переживание.

Таким образом, положение о двухкомпонентности структуры эмоций ставит задачу изучать не только аффективный, но и предметный компоненты эмоций в их единстве.

Надо сказать, что предметная характеристика эмоций по сравнению с собственно эмоциональными переживаниями остается в психологии недостаточно разработанной и исследованной. Только в последнее время появились работы [14], уделяющие особое внимание проблеме предметности эмоций и подчеркивающие значение нарушений связи эмоций с ее предметом в плане формирования эмоциональной патологии при эндогенных и невротических расстройствах.

Целью нашего исследования стало выявление особенностей нарушений предметного и аффективного компонентов эмоций у больных параноидной шизофренией. **Гипотеза** состояла в том, что модель двухкомпонентной структуры эмоций позволяет дифференцировать различия между переживаниями эмоции здоровыми и больными людьми.

Применялись методики (табл. 1):

1) направление на изучение характеристик аффективного компонента эмоций (опросник Ольшанниковой-Рабинович, “Когнитивная самооценка эмоций”, “Эмотивная самооценка эмоций”;

2) позволяющие выявить нарушения предметного компонента эмоций (“Исключение”, “Классификация” [10], “Выбор сходных изображений” [9], “Пропущенные слова”, “Эмотивная оценка понятий” и “Непроизвольное запоминание слов различной эмоциогенности”).

Было обследовано 60 психически здоровых лиц (30 мужчин и 30 женщин) и 100 больных параноидной шизофренией, которые были разделены на две группы. I гр. – 31 мужчина и 34 женщины, впервые госпитализированные в психиатрический стационар, со сроком заболевания до 1.5 лет; II гр. – 17 мужчин и 18 женщин со сроком заболевания от 2-х до 11 лет. В результате болезни эти больные стали утрачивать трудоспособность, и поэтому возник вопрос об их инвалидности. Обследование проводилось в период ремиссии, острая психотическая симптоматика была редуцирована.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При исследовании **аффективного** компонента эмоций выявлены различия между здоровыми и больными параноидной шизофренией по показателям частоты переживания эмоций, их интенсивности, активирующего влияния, привлекательности эмоций для испытуемых (табл. 2).

Обнаружено, что по сравнению со здоровыми лицами больные испытывают положительные эмоции реже, а отрицательные – чаще. Для больных положительные эмоции оказываются менее “приятными” (фактор “Оценка”), а отрицательные – несколько менее “неприятными”, чем для здоровых испытуемых. У больных наблюдается снижение активирующего влияния (фактор “Активность”) и некоторое снижение интенсивности (фактор “Сила”) не только положительных, но и отрицательных эмоций.

Косвенным доказательством отсутствия интенсивных отрицательных переживаний у больных параноидной формой шизофрении могут служить результаты “аффективной” серии классификации. Учитывая аморфность и слабую структурированность их мышления, обусловленных ухудшением избирательности актуализации прошлого опыта [11], интенсивные отрицательные переживания привели бы к выраженной генерализации отрицательной аффективной окраски. Это способствовало бы созданию крупных группировок понятий, обобщенных по эмоциональным признакам и имеющих отрицательную окраску. Такой картины не наблюдается: хотя в целом количество “эмоциональных” обобщений у больных параноидной шизофренией и повысилось (табл. 2), но наряду с отрицательно окрашенными некрупными группировками понятий встречались также группы с положительной и амбивалентной окраской.

Обнаружены и различия в динамике нарушений аффективного компонента эмоций между больными мужчинами и женщинами. Если у мужчин уже на начальной стадии (I гр.) имеются достаточно резкие нарушения, которые впоследствии могут лишь незначительно усиливаться (II гр.), то у женщин на начальной стадии эмоциональные изменения выражены меньше, зато резко усиливаются с течением времени заболевания (табл. 2).

В целом изменения параметров сильнее выражены в случае положительных эмоций, чем отрицательных (табл. 2). Это совпадает с данными других авторов [4, 12], отмечавших, что при шизофрении положительные эмоции “страдают” больше, чем отрицательные.

Исследование **предметного** компонента эмоций показало следующее. Больные шизофренией часто игнорируют эмоционально значимые признаки объектов (чаще всего, жесты и позы персонажей). В результате: *эмоциогенные* предметы

Таблица 1. Краткая характеристика методик исследования

Компонент эмоций	Название методики	Цель методики	Сущность методики
Аффективный	“Эмотивная самооценка эмоций”	Выявить интенсивность, активирующее влияние, привлекательность различных эмоций для испытуемого (радость, удовольствие, интерес, страх, гнев, печаль).	Эмоции оцениваются по шкалам семантического дифференциала, которые можно сгруппировать по факторам “Оценка”, “Сила”, “Активность”.
	“Когнитивная самооценка эмоций”	Выявить частоту переживаний тех же эмоций испытуемым.	Испытуемый отмечает по частотной шкале, как часто в жизни он испытывает данную эмоцию.
	Опросник Ольшанниково-Рабинович	Определить склонность к переживанию базальных эмоций (радости, страха, гнева).	Ответы на вопросы о поведении и переживаниях.
Предметный	“Выбор сходных изображений”	1. Определить признаки изображений, выделяемые в качестве эмоционально значимых.	Из 4-х изображений выбрать 2, наиболее сходные между собой.
		2. Выявить, на основании каких признаков (эмоциональных, абстрактных, конкретных) устанавливается сходство изображений.	Методика ориентирует здоровых лиц на преимущественное выделение эмоциональных признаков.
	“Исключение”	1. Определить, на основании каких признаков (абстрактных, конкретных, эмоциональных) обобщаются изображения. 2. Установить, какие признаки изображений выбираются как эмоционально-значимые.	Найти у 3-х изображений что-то общее, противопоставив им 4-е. Ориентирует здоровых лиц на преимущественное вычленение категориальных признаков.
	Эмотивная оценка понятий	1. Выявить различия между экспертными и индивидуальными оценками эмоциональной окраски понятий (по знаку и интенсивности). 2. Определить признаки понятий, являющиеся эмоционально значимыми.	Оценить понятия различной эмотивности исходя из личных предпочтений.
	Непроизвольное запоминание	Выявить продуктивность запоминания слов разной эмотивности.	После эмотивной оценки понятий требовалось воспроизвести в любом порядке запомнившиеся слова.
	“Пропущенные слова”	Определить умение оперировать семантически близкими понятиями, в том числе с разной эмоциональной окраской.	Выбрать из списка и вставить наиболее подходящее слово в предложение.
Предметный (косвенно аффективный).	“Классификация” (нейтральная и “аффективная” серии)	1. Определить, какими признаками (категориальными, эмоциональными, конкретными, несущественными) руководствуется испытуемый, обобщая понятия. 2. Выявить признаки понятий, являющиеся для испытуемого эмоционально значимыми. 3. Выявить влияние отрицательной аффективной окраски понятий на семантическую организацию значений.	Разложить карточки с понятиями на группы: похожие с похожими. Особность методики в том, что наряду с обычной (“нейтральной”) серией классификации применялась “аффективная”, где использовались два понятия с сильной отрицательной окраской (например, “гроб”, “морг”).

оказываются для больных *нейтральными*, что клинически трактуется как нарастание *эмоциональной тупости*. Информативен такой ответ больной: “Неудача – нейтральное слово. Не волнуют меня ни беды, ни печали. На все воля Божья” (методика “Эмотивная оценка понятий”). В другом случае больная проигнорировала мимику и позу,

выражающие радость у изображенного на карточке мальчика: “Это он просто так подпрыгивает, чтоб тренироваться” (методика “Исключение”).

Наряду с игнорированием эмоционально значимых признаков, у больных шизофренией нередко наблюдается использование несуществен-

Таблица 2. Обобщенная таблица основных результатов

Показатель	Мужчины			Женщины		
	Здоровые	Больные		Здоровые	Больные	
		I гр.	II гр.		I гр.	II гр.
Аффективный компонент						
Выраженность базальных эмоций:						
<i>радости</i>	30.87	26.65**	30.12°	34.43	28.84**	24.31°°
<i>страха</i>	13.03	22.0**	22.82	20.47	24.48*	31.56°°
<i>гнева</i>	21.53	25.68**	22.59°	22.57	23.59	26.31
Частота эмоций:						
<i>положительных</i>	4.46	3.71**	4.14°	4.66	4.25**	3.79°°
<i>отрицательных</i>	2.53	2.76*	2.75	2.68	2.9	3.25°
“Оценка” эмоций:						
<i>положительных</i>	8.96	7.85**	8.14	8.96	8.71*	8.02°°
<i>отрицательных</i>	1.73	2.35*	2.15	1.35	1.55*	1.36
“Сила” эмоций:						
<i>положительных</i>	8.34	7.32**	7.34	8.46	8.08	7.28°°
<i>отрицательных</i>	6.23	6.01	5.1°	6.58	6.04*	6.39
“Активность” эмоций:						
<i>положительных</i>	8.9	8.22**	7.8	8.91	8.52*	7.67°°
<i>отрицательных</i>	5.92	5.19**	4.74	4.94	4.55	3.25°°
Предметный компонент						
Средняя оценка эмоциогенности:						
<i>положительных понятий</i>	1.28	0.98**	0.88°	1.39	1.12**	0.95°
<i>отрицательных понятий</i>	-1.3	-0.85**	-0.76	-1.42	-1.07**	-0.98°
<i>нейтральных понятий</i>	0.11	0.34**	0.47°°	0.11	0.42**	0.27°°
Количество эмоциональных ответов:						
<i>“Выбор сходных изображений”</i>	7.17	5.35**	2.82°°	6.97	4.74**	2.94°°
<i>“Исключение”</i>	2.37	2.52	3.06	2.03	2.73	2.06
<i>“Классификация”</i>	0.83	2.32**	1.41	1.13	2.0*	2.06
Количество ошибок (в среднем) в методике “Пропущенные слова”	0.13	0.52*	1.06°	0.13	0.76**	1.12

Примечание. Значимость различий по данному показателю между нормой и больными I гр.: ** – значимо, $p < 0.05$; * – на уровне тенденции, $p < 0.2$.

Значимость различий по данному показателю между больными I и II гр.: °° – значимо, $p < 0.05$; ° – на уровне тенденции, $p < 0.2$.

ных свойств объектов в качестве эмоциогенных. Это приводит к тому, что обычно *нейтральные* предметы, ситуации для больных становятся *эмоциогенными*. Иными словами отмечается своеобразная сверхчувствительность к мелочам – *эмоциональная гиперестезия*.

Например, из четырех изображений – печатная машинка, ручка, тетрадь, мел (методика “Исключение”) – больная исключила мел: “Он быстро исписывается, он скоротечный, поэтому плохой. Остальные – хорошие вещи, так как существуют дольше”. Латентный признак (недолговечный) был выделен как эмоционально значи-

мый и на его основе мел приобрел отрицательную окраску.

При сочетании игнорирования эмоционально значимых признаков с выбором несущественных свойств как эмоциогенных, на первый план выступает *парадоксальность*, *вычурность* эмоциональных проявлений. *Эмоциогенные* предметы и ситуации воспринимаются больными как *нейтральные*, а *нейтральные*, наоборот, как *эмоциогенные*.

Так, при обобщении больными материала с выраженной эмоциональной окраской (методика “Выбор сходных изображений”) наблюдается

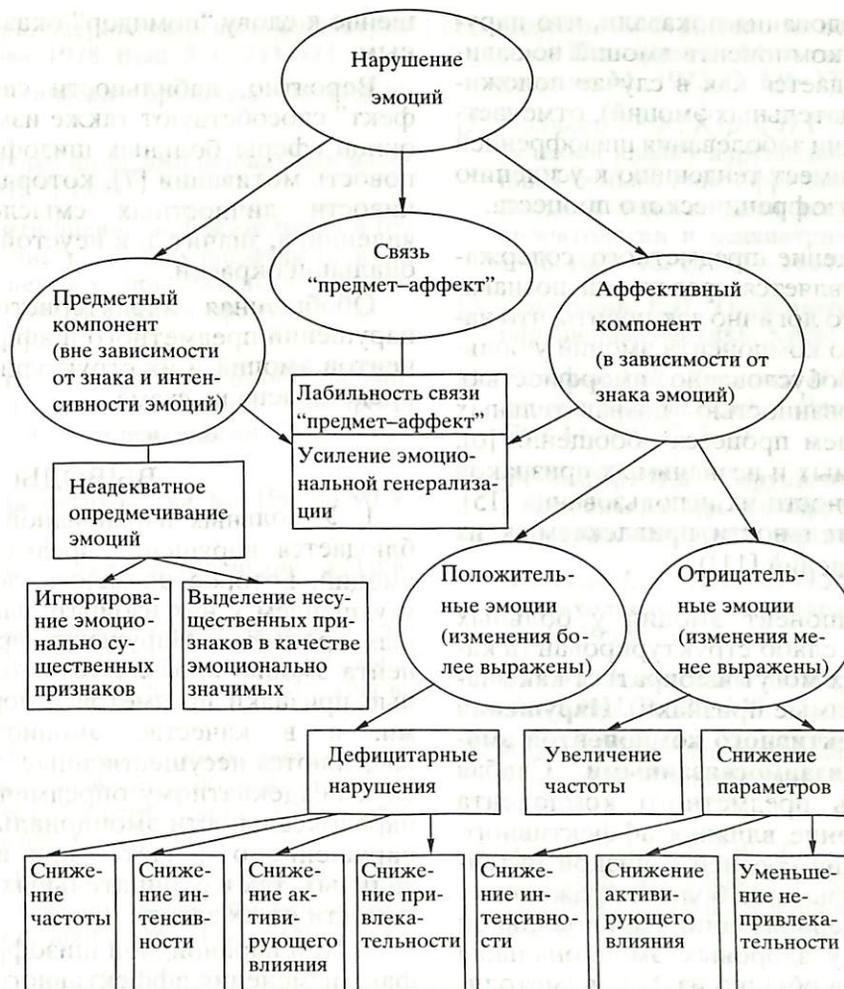


Схема нарушений предметного и аффективного компонентов эмоций у больных параноидной шизофренией.

значимое снижение количества эмоциональных ответов (табл. 2). Однако при выполнении методик, ориентированных здоровых испытуемых на категориальные обобщения, показатель эмоциональных ответов у больных шизофренией либо не отличается от группы здоровых (методика "Исключение"), либо даже оказывается выше (методика "Классификация").

Такая же картина обнаружена и при оценке эмоциогенности понятий: в группе больных шизофренией оценка эмоциогенных понятий сдвинута к 0, а нейтральные понятия, наоборот, чаще, чем в группе здоровых, оценивались как эмоциогенные (табл. 2).

Парадоксальное изменение эмоциональности у больных шизофренией могло проявляться также в следующем: эмоциогенные объекты оцениваются как эмоциогенные, но при этом наблюдается *искажение эмоциональной окраски* вплоть до инверсии знака (положительный объект воспринимается как отрицательный и наоборот). Например: «Горе – приятное слово, так как есть

буква "р". "Р" звучит красиво, раскатисто» (методика "Эмотивная оценка понятий"). Видно, что эмоциональное значение понятия проигнорировано, а несущественная деталь (отдельная буква) выступила в качестве эмоционально значимой. В итоге произошла инверсия эмоциональной окраски: слово "горе" было оценено как положительное.

При исследовании речемыслительной деятельности ("Пропущенные слова") обнаружено: даже когда больные шизофренией верно отмечают эмоциональную окраску отдельных предметов (понятий), восприятие эмоциогенности более сложных единиц (ситуаций) нередко нарушено (табл. 2).

Выявлены также качественные различия произвольного запоминания слов между здоровыми лицами и больными шизофренией: у вторых ведущую роль играет не содержание материала, а место понятия в предъявляемом списке (позиционный эффект).

Результаты исследования показали, что нарушение предметного компонента эмоций не зависит от знака (наблюдается как в случае положительных, так и отрицательных эмоций), отмечается уже на ранней стадии заболевания шизофренией у лиц обоего пола и имеет тенденцию к усилению по мере развития шизофренического процесса.

Поскольку отражение предметного содержания эмоций осуществляется средствами познавательных процессов, то логично заключить, что нарушение предметного компонента эмоций у больных шизофренией обусловлено аморфностью, слабой структурированностью познавательных процессов (искажением процесса обобщения [6], уравниванием значимых и незначимых признаков признаков по вероятности их использования [15], ухудшением избирательности привлекаемых из прошлого опыта сведений [11]).

Предметный компонент эмоций у больных шизофренией также слабо структурирован (в качестве эмоциогенных могут выбираться как значимые, так и незначимые признаки). **Нарушения предметного и аффективного компонентов эмоций оказываются взаимосвязанными.** Слабая структурированность предметного компонента обуславливает усиление влияния аффективного фактора: даже эмоции средней и низкой интенсивности нередко вызывают более выраженную, чем у здоровых, **генерализацию** эмоциональной окраски. Так, если у здоровых эмоциональная группировка состояла обычно из 2 слов (методика “аффектированная” классификация), то у больных – в среднем из 3–4 слов, куда часто попадали понятия на основе эмоционально несущественных признаков. Например: “Труп, снег, молоко – все белое. Говорят же: белый как смерть. Снег белый. Молоко тоже белое. Это все смерть”.

Следует подчеркнуть, что особенностью **структурной связи предметного и аффективного компонентов эмоций у больных параноидной шизофренией является ее повышенная лабильность.** Поскольку эмоциогенными объектами часто становятся на основе практически незначимых (формальных, латентных и т. д.) признаков, то и эмоциональная окраска данных объектов неустойчива, вплоть до амбивалентной. Например, больная долго не могла выбрать, куда отнести слово “помидор”: к группе “Любимых продуктов” (“повидло”, “хлеб”) или “Нелюбимых продуктов” (“молоко”, “сыр”): “Я помидоры люблю, они круглые, приятные на ощупь. Но, с другой стороны, помидор красный, раздражающий” (методика “Классификация”). Существенный признак помидора (вкус) проигнорирован, но выделены два несущественных признака (цвет и форма), один из которых вызвал негативное отношение к объекту, а другой – позитивное. В результате отно-

шение к слову “помидор” оказалось амбивалентным.

Вероятно, лабильности связи “предмет–аффект” способствуют также изменения мотивационной сферы больных шизофренией: разноплановость мотивации [7], которая ведет к неустойчивости личностных смыслов предметов и явлений, а, значит, и к неустойчивости их эмоциональной окраски.

Обобщенная характеристика особенностей нарушений предметного и аффективного компонентов эмоций и их структурной связи наглядно представлена на схеме.

ВЫВОДЫ

1. У больных параноидной шизофренией наблюдается нарушение предметного компонента эмоций, которое оказалось связанным с общим ухудшением у них избирательности познавательных процессов. Нарушение предметного компонента эмоций проявляется в том, что существенные признаки предметов игнорируются больными, а в качестве эмоционально значимых выделяются несущественные, что приводит часто к неадекватному опредмечиванию эмоций и парадоксальности эмоциональных реакций. Это нарушение отмечается как в случае положительных, так и отрицательных эмоций (вне зависимости от их знака).

2. При параноидной шизофрении имеет место факт изменения аффективного компонента эмоций. Нарушения аффективного компонента положительных эмоций имеют характер дефицитарных и проявляются в снижении частоты, интенсивности, активирующего влияния и привлекательности положительных переживаний у больных параноидной шизофренией по сравнению со здоровыми. Изменения же аффективного компонента отрицательных эмоций у больных параноидной шизофренией своеобразны: увеличение частоты отрицательных переживаний сочетается со снижением их интенсивности, активирующего влияния, с тенденцией к уменьшению их непривлекательности для больных шизофренией. Аффективный компонент у эмоций разного знака нарушен неравномерно: в большей степени были изменены параметры положительных эмоций, чем отрицательных.

3. У больных параноидной шизофренией нередко имеет место нарушение структурной связи предметного и аффективного компонентов эмоций, что проявляется в повышенной ее неустойчивости и лабильности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бажин Е.Ф., Корнева Т.В., Ломаченков А.С. О состоянии импрессивной способности у больных ши-

- зофренией // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1978. Вып. 5. С. 711–715.
2. Веккер Л.М. Психические процессы. Л.: Изд-во ЛГУ, 1981. Т. 3.
 3. Вилюнас В.К. Психология эмоциональных явлений. М.: Изд-во МГУ, 1976.
 4. Гаранян Н.Г. Соотношение положительных и отрицательных эмоций у больных шизофренией (на модели успеха и неуспеха при выполнении познавательной деятельности): Автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 1988.
 5. Зейгарник Б.В. Пути исследования эмоционально-волевой сферы психически больных // Вопросы экспериментальной патопсихологии. М., 1965. С. 42–57.
 6. Зейгарник Б.В. Патопсихология. М.: Изд-во МГУ, 1976.
 7. Коченов М.М., Николаева В.В. Мотивация при шизофрении. М.: Изд-во МГУ, 1978.
 8. Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. М.: Изд-во МГУ, 1991.
 9. Лотоцкая М.Ю. Методика “Выбор сходных изображений” как косвенный метод исследования эмоциональной сферы // Вестн. Харьк. ун-та. 1998. № 419. “Психология”. С. 105–108.
 10. Петренко В.Ф. Введение в экспериментальную психосемантику: исследование форм репрезентации в обыденном сознании. М.: Изд-во МГУ, 1983.
 11. Поляков Ю.Ф. Патология познавательных процессов // Шизофрения. Мультидисциплинарное исследование. М., 1972. С. 225–277.
 12. Поляков Ю.Ф., Курек Н.С., Гаранян Н.Г. Сравнительный анализ нарушения положительных эмоций у больных шизофренией с чертами дефекта и больных эндогенными депрессиями // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1986. Вып. 12. С. 1819–1824.
 13. Теплицкая Е.И. Психомоторная активность при нарушениях психики. Киев: Здоров'я, 1982.
 14. Тхостов А.Ш., Колымба И.Г. Феноменология эмоциональных явлений // Вестн. Моск. ун-та. 1999. Сер. 14. № 2. С. 3–14.
 15. Фейгенберг И.М. Нарушение вероятностного прогнозирования при шизофрении // Шизофрения и вероятностное прогнозирование. М., 1973. С. 5–19.
 16. Хомская Е.Д., Батова Н.Я. Мозг и эмоции (невропсихологическое исследование). М.: Изд-во МГУ, 1992.
 17. Bower G.H. Mood and memory // Amer. Psychol. 1981. V. 36. № 2. P. 129–148.
 18. Kuns H. Disturbances of Vital Feelings in Depressive Disorder // Comprehensive Psychiatry. 1993. V. 34. P. 176–181.
 19. Walt N.J., Grubb T.W., Erlenmeyer-Kimling L. Social, emotional and intellectual behavior at school among children at high risk for schizophrenia // J. Consult. Clin. Psychol. 1982. V. 50. P. 171–181.

THE PECULIARITIES OF DISTURBANCES OF THE OBJECT-RELATED AND AFFECTIVE COMPONENTS OF EMOTIONS IN PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA

M. Yu. Lototskaya*, E. V. Zaika**

*Post-graduate, chair of psychology, Kharkov National University, Ukraine

**Cand. sci. (psychology), docent of the same chair

The structure of emotional disturbances is analyzed from the two-component model of emotions which considers emotions as a unify of reflected object content (object-related component) and as emotional experience properly (affective component). It was established that in patients suffered from paranoid schizophrenia the object-related component of both positive and negative emotions is disturbed: significant object-related attributes are ignored and insignificant attributes are used as emotional properly. It was found that connection of the object component with affective one is too labile. The affective component of positive emotions is disturbed more than one of negative emotions. The changes in positive emotions demonstrate deficiency; the changes in negative emotions are specific – their increasing frequency is accompanied with intensity and activating influence diminution.

Key words: structure of emotional disturbances, object-related component of emotions, emotional experience, positive and negative emotions, paranoid schizophrenia.