
МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

Кафедра психологии и педагогики

С.Л. Соловьева

ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ
СИНДРОМЫ

Учебно-методическое пособие

Санкт-Петербург
Издательство СЗГМУ им. И.И. Мечникова
2012

УДК 616.89-008(07)
ББК 56.14я7

Соловьева, С.Л. Патопсихологические синдромы : учебно-методическое пособие / С.Л. Соловьева. – СПб. : Изд-во СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2012. – 68 с.

Рецензент:

*профессор кафедры детской психиатрии, психотерапии и
медицинской психологии И.М. Никольская*

В учебно-методическом пособии рассматривается проблема патопсихологической диагностики в клинике. Сформулировано понятие патопсихологической диагностики. Изложена структура основных патопсихологических синдромов, характеризующих психический статус пациентов психиатрической, неврологической клиник, клиники внутренних болезней.

Пособие предназначено для студентов IV курса лечебного и медико-профилактического факультетов, а также для студентов IV курса факультета иностранных учащихся (русскоязычное отделение).

Утверждено в качестве учебно-методического пособия методическим советом ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, протокол № 2 от 07 декабря 2012 г.

Библиогр.: 20 назв.

УДК616.89-008(07)
ББК 56.14я7

© Соловьева С.Л., 2012
© Издательство СЗГМУ им. И.И. Мечникова,
2012

ВВЕДЕНИЕ

Проблема патопсихологической диагностики является особенно актуальной в отношении начальных проявлений нервно-психических расстройств, а также нарушений психической деятельности, связанных с формированием и развитием соматических заболеваний. Начальные проявления нарушений психической деятельности могут не диагностироваться инструментальными методами исследования, в то время как методики патопсихологической диагностики позволяют выявлять те или иные психические расстройства на стадии предболезни, а также на ранних этапах нервно-психического или соматического заболевания, сопряженного с психическими нарушениями. Так, например, начальные проявления атеросклероза обнаруживают себя прежде всего сужением объема оперативной памяти и нарушением концентрации внимания, которые диагностируются методами экспериментально-психологического исследования. Впоследствии, по мере развития заболевания, к нарушениям памяти и внимания присоединяется качественное изменение особенностей мышления, которое становится конкретным, ориентированным на частные признаки предметов, объединенных бытовой жизненной ситуацией. Изменения познавательных психических процессов (памяти, внимания, мышления) сопровождаются формированием специфических особенностей эмоциональной сферы: эмоциональные переживания становятся лабильными, неустойчивыми, появляются раздражительность, беспокойство и тревога. Как правило, на фоне тревоги начинает формироваться патопсихологическая (психопатологическая) симптоматика в виде сверхценных идей, паранойяльных или параноидных представлений, ипохондрических расстройств и других нарушений психической деятельности, которые диагностируются врачами-психиатрами. По мере развития основного соматического заболевания патопсихологическая (психопатологическая) симптоматика также нарастает.

Патопсихологическая диагностика нарушений психической деятельности заключается прежде всего в квалификации патопсихологических синдромов, патогномоничных для тех или иных нервно-психических заболеваний.

Патопсихологический синдром включает в себя симптомы – нарушения конкретных психических процессов. Так, экзогенно-органический патопсихологический синдром при атеросклерозе объединяет такие симптомы, как нарушение памяти, расстройство внимания, снижение уровня аналитико-синтетической деятельности мышления (конкретность, ситуативность мышления), истощаемость психической деятельности со снижением ее продуктивности, эмоциональные нарушения в виде эмоциональной неустойчивости, лабильности, тревожности, раздражительности, суетливости и беспокойства, изменение личности в сторону заострения ее характерологических особенностей с появлением подозрительности, недоверчивости, настороженности, а также мнительности, обидчивости и ипохондричности. Каждый симптом может быть верифицирован соответствующими методами экспериментально-психологической диагностики. Таким образом, диагностика патопсихологического синдрома предполагает использование специально подобранной батареи психологических методик, направленных на исследование определенных психических процессов, состояний и свойств.

ПОНЯТИЕ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Как и в психиатрии, в патопсихологии как разделе клинической (медицинской) психологии под синдромом понимают патогенетически обусловленную общность симптомов, признаков психических расстройств, внутренне взаимообусловленных, взаимосвязанных. В этом заключается большая диагностическая значимость синдромов по сравнению с симптомами. В диагностическом мышлении врача правильная квалификация синдрома является подступом к определению нозологической принадлежности заболевания. Каждый из патопсихологических синдромов включает ряд симптомов. Совокупность симптомов есть симптомокомплекс (синдром). Синдром (симптомокомплекс) – обусловленное общим патогенезом устойчивое сочетание взаимосвязанных позитивных и негативных симптомов.

Симптомы и синдромы являются тем материалом, из которого создается клиническая картина заболевания. Синдромами и их динамикой проявляется патогенез болезни, последовательность его этапов. При распознавании психического заболевания (нозологической формы) следует ориентироваться не только на доминирующий в данный момент в состоянии психопатологический синдром, но главным образом на весь контекст болезни: на то, как этот синдром связан с другими симптомами и синдромами, какова их динамика, как это отразилось на сохранности личности больного, то есть какова глубина поражения и, наконец, размеры поражения, степень вовлечения психической сферы в болезненный процесс.

По особенностям происхождения вся психопатологическая симптоматика с известной долей условности может быть разделена на позитивную и негативную. Позитивная симптоматика (продуктивная, плюс-симптоматика) возникает в связи с патологической продукцией психики. В психиатрии к ней относятся галлюцинации, бред, навязчивость, сверхценные идеи и другие патологические образования. Негативная симптоматика (дефицитарная, минус-симптоматика) – признак стойкого выпадения психических функций, следствие полома, утраты или недоразвития каких-то звеньев психической деятельности. Проявлениями психического дефекта оказываются выпадения памяти, слабоумие, малоеумие, снижение уровня личности и др. Принято считать, что позитивная симптоматика более динамична, чем негативная; она изменчива,

способна усложняться и в принципе обратима. Дефицитарные же явления стабильны, отличаются большой устойчивостью к терапевтическим воздействиям.

Выделение позитивных и негативных симптомов в состоянии больного соответствует клинической реальности. Со времени невролога Дж. Джексона, предложившего в первой половине 19-го века концепцию продуктивной и дефицитарной симптоматики (в рамках теории единого психоза), накопилось немало понятий, уточняющих понятие дефицита в психической сфере. Дефицит – это не только необратимый дефект, потеря психической функции, но также и ее торможение, временное выключение. Чем явственнее разрушение мозга, тем слабее психическая реакция, тем более отчетливо выступают признаки дефицита, максимально выраженные при органической деменции.

Продуктивные (позитивные) психопатологические синдромы являются показателем глубины и генерализации поражения психической деятельности. К позитивным психопатологическим синдромам относятся невротические, аффективные, деперсонализационно-дереализационный, синдром растерянности, галлюцинаторно-бредовые синдромы, синдромы двигательных расстройств, помрачения сознания, эпилептиформный и психоорганический.

ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ

Распознавание болезни представляет собой многообразную деятельность, аналогичную любому процессу познания. Психолог диагностирует состояние психической деятельности пациента в целом, во взаимосвязанности всех ее компонентов. Психика включает в себя познание, эмоции, волю; выделяют также о мотивационно-потребностном компоненте психического функционирования. Познавательная деятельность включает в себя познание чувственного уровня (ощущение, восприятие) и рационального уровня (мышление), а также память, внимание, представление, воображение, интеллект. Эмоциональная сфера состоит из эмоциональных процессов, состояний и свойств; к наиболее фундаментальным эмоциям относятся радость, печаль, гнев и страх, сочетание и выраженность которых определяют эмоциональное состояние больного. Психолог проводит диагностику познавательных, эмоциональных, мотивационно-волевых процессов, состояний, свойств. По ходу диагностики накапливаются определенные факты, собираются данные о болезни, выделяются ее признаки, анализируется полученная информация, синтезируются, сравниваются, обобщаются, делаются определенные выводы о состоянии психических процессов, состояний, свойств (формулируется патопсихологический диагноз). Ключевым для психологической диагностики является верификация патопсихологического синдрома (патопсихологического симптомокомплекса).

ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ СИМПТОМОКОМПЛЕКСЫ

ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СИМПТОМОКОМПЛЕКС ПСИХОТИЧЕСКОЙ ДЕЗОРГАНИЗАЦИИ

Патопсихологический синдром психотической дезорганизации встречается практически при всех психотических расстройствах независимо от их нозологической принадлежности. Под психозом (или психотической дезорганизацией) понимается ярко выраженное качественное нарушение психической деятельности в виде синдромов помраченного сознания, онейроидно-кататонических, аффективно-бредовых, бредовых синдромов и их сочетания.

Психическое состояние, сопровождающее психоз, является очень своеобразным феноменом, характеризующимся нарушением гармоничности, целостности, организованности психической деятельности. Явления дезинтергации придают структурно-функциональной организации психики психотического больного новое качество, иную психологическую модальность. Структура синдрома складывается из совокупности взаимосвязанных признаков в когнитивной, эмоциональной и мотивационно-потребностной сферах в психической организации пациента. Г.Н. Носачев, Д.В. Романов описывают специфическую структуру этого синдрома.

Когнитивная сфера, по мнению авторов, включает в себя специфические особенности в организации процессов восприятия, памяти, внимания, мышления и воображения. Восприятие больного, находящегося в психотическом состоянии, характеризуется сужением или, напротив, расширением объема; может наблюдаться феномен «восприятия без объекта». Внимание отличается неустойчивостью концентрации либо «прикованностью» внимания (к иллюзорно-галлюцинаторным переживаниям). Характерна низкая переключаемость внимания (его ригидность, торпидность) или высокая непродуктивная переключаемость (лабильность). Может отмечаться также нарушение селективности (избирательности) внимания.

Процессы памяти характеризуются прежде всего снижением объема оперативной памяти, обслуживающей текущую деятельность. Для

кратковременной памяти типичным является низкий объем запоминания, воспроизведение предъявляемых стимульных слов по созвучию либо близкое по смыслу, а также ложное воспроизведение (конфабуляция, псевдореминисценции, криптомнезии), воспроизведение стимулов из предшествующих заданий. Может отмечаться выраженное про- или постактивное торможение следов. Как правило, в эксперименте выявляется хаотичный профиль запоминания (отсутствие краевого запоминания, невозможность выявления мнемонических приемов запоминания). Долгосрочная память отличается низким объемом, а также воспроизведением стимулов из предшествующих заданий, ложным воспроизведением.

Мышление больного, находящегося в психотическом состоянии, также имеет ряд особенностей, к которым прежде всего относятся: нарушение селективности при выборе аналитико-синтетических критериев сравнения, обобщения, классификации, конкретизации и абстрагирования. Мыслительная деятельность в целом непродуктивна. Отмечается низкий темп и подвижность ассоциативного процесса либо чрезмерно высокий темп ассоциирования с опорой на случайные признаки. Выявляется и нарушение категориального строя. Практически невозможно оперирование понятиями, построение суждений и умозаключений. Могут выявляться искаженные или ложные умозаключения (бред). В большинстве случаев отмечается нарушение целенаправленности мышления.

Воображение больного отличается крайне низкой или чрезмерно высокой продуктивностью. Как правило, отмечается разнородность образов или выраженное однообразие продукции. Продуцируемые пациентом образы характеризуются нереалистичностью, сверхоригинальностью.

Речь пациента в психотическом состоянии также имеет ряд специфических особенностей, которые должны учитываться при экспериментально-психологическом исследовании. В устной речи выявляются грамматические нарушения, неологизмы, речевые «эмболы» (персеверация звуков, фраз, реплик). При этом, как правило, выявляется и смысловая ригидность. Может наблюдаться самопроизвольное или неспецифическое воспроизведение автоматизированной речевой продукции. В состоянии психомоторного возбуждения отмечается излишняя спонтанность повествования – логорея (многоречивость). Как правило, отмечается по преимуществу монолог и невозможность или крайняя затрудненность диалоговой речи. При этом с содержательной стороны

выявляется низкая смысловая насыщенность речи либо, напротив, избыточная, сопровождающаяся невозможностью понять и оценить смысловую сторону сказанного. Психомоторное возбуждение пациента сопровождается разорванностью высказываний, непоследовательностью изложения. Письменная речь пациента, находящегося в психотическом состоянии, характеризуется значительными нарушениями каллиграфии, грамматики. Отмечаются персеверации букв, слов, фраз. При рисовании выявляется персеверация элементов, невозможность калибровки образов (неузнаваемость), игнорирование краев листа (выход за пределы), непродуктивность в рисовании.

Эмоциональная сфера пациента в психотическом состоянии, как и когнитивная сфера, носит черты рассогласованности, диссоциированности, дисгармоничности. Нарушаются целостность и единство эмоциональных процессов. Прежде всего отмечается неадекватное качество (модальность) эмоциональных реакций, отсутствие их обусловленности внешними стимулами. Сила реагирования либо неадекватно низкая, либо чрезмерно высокая. В целом характерны неустойчивость аффективного фона, его выраженное снижение либо повышение. Выявляется также снижение аффективного контроля. Как правило, недостаточность эмоционального контроля над аффективными реакциями и поведением в целом сочетается с аффективной обусловленностью поведения, склонностью к импульсивным реакциям, когда эмоция в обход контролирующей функции сознания непосредственно реализуется в поведении. В экспериментально-психологическом обследовании выявляется доминирующая эмоция тревоги, страха, связанного, в частности, с выполнением экспериментального задания.

Мотивационно-потребностная сфера больного в психотическом состоянии отличается снижением или искажением. Характерна неустойчивость мотивов. При этом, как правило, отмечается парадоксальность – одновременное сосуществование нескольких взаимоисключающих мотивов. Наблюдается низкое мотивационное опосредование как отдельных реакций, так и поведения в целом. Отмечается нецеленаправленность регуляции поведения, неадекватность регуляции внешним опосредующим факторам.

Внешний вид испытуемого, характерный для синдрома психотической дезорганизации, отличается большой вариабельностью – от безучастного, аспонтанного, отстраненного и подавленного до расторможенного, гиперактивного и экспрессивного. Мимике может быть свойственна как высокая, так и низкая сила проявлений; по качеству реак-

ции, как правило, скудные и однообразные. Главной характерной особенностью как мимических, так и пантомимических проявлений является их неадекватность, нарушение отражения ими внутренних переживаний испытуемого. В данной ситуации экспериментатор может столкнуться с проблемой невозможности калибровки состояния испытуемого по его внешнему виду. Поведение обследуемого в целом часто соответствует его собственным интроспсихическим мотивам (бред, галлюцинации и др.). Бывает сложно или невозможно сформировать мотив обследования вследствие того, что испытуемый неспособен целенаправленно удерживаться в рамках алгоритма обследования, предлагаемого экспериментатором. Обращает внимание качество контакта с экспериментатором – он формален и неустойчив. Диалог либо отсутствует, либо может в той или иной мере приобретать характер монолога испытуемого. Продуктивность в эксперименте крайне низкая. Часто нарушено понимание инструкций, либо отмечается их неверная трактовка. С трудом удается мотивировать испытуемого на следование инструкциям и предписаниям, даже если они усвоены. Отмечается снижение ориентировки в заданиях, непонимание испытуемым цели и субъективного значения обследования и каждой проводимой пробы в частности. Помощь экспериментатора может приниматься, но значительного влияния на результативность, как правило, не оказывает.

Данный патопсихологический симптомокомплекс встречается при шизофрении (кроме неврозоподобных форм), при реактивных психозах, при эпилептических и экзогенно-органических психозах.

При проведении патопсихологического исследования следует учитывать возможные трудности и ошибки в диагностике. Обязательными условиями синдрома психотической дезорганизации являются, во-первых, наличие одного или нескольких патологических факторов психотического характера, во-вторых, их выраженное дезорганизирующее влияние на когнитивную деятельность в целом. В соответствии с этим патопсихологическое обследование больного должно быть направлено на выявление дезорганизирующего фактора и описание структуры дезорганизации. Синдром сопровождается острыми психопатологическими состояниями и чаще является проходящим феноменом. Поэтому диагностика синдрома психотической дезорганизации является прямым показанием к рекомендации психологом повторного патопсихологического обследования по мере купирования психического расстройства.

ШИЗОФРЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ (ШИЗОФРЕНИЧЕСКИЙ СИМПТОМОКОМПЛЕКС)

Шизофрения – психическое заболевание с тенденцией к длительному непрерывному волнообразному или приступообразному течению, приводящее к особым, отличным от органических, изменениям личности в виде снижения энергетического потенциала, эмоционального обеднения и нарастающей интровертированности. Наряду с этим у больных шизофренией отмечается разнообразная симптоматика, не являющаяся абсолютно специфической для этой болезни: бред, галлюцинации, кататонические или гебефренические расстройства, депрессия или мания, неврозо- и психопатоподобные расстройства. Характерна для этой болезни дискордантность психических функций – рассогласование и дисгармоничность мышления, эмоций, моторики (своеобразно «расщепление» – термин, от которого произошло название: с греч. «*шизо*» – расщепляю, а «*френ*» – разум).

В симптоматологии шизофрении следует выделить облигатные, наиболее характерные для этой болезни симптомы, хотя и постоянно присутствующие в ее клинической картине, но нозологически не специфические. К ним относятся характерные расстройства мышления, речи, эмоций, поведенческих реакций, психической активности.

Мышление больных шизофренией, а также устная и письменная речь утрачивают целенаправленность, последовательность, логичность. Больной легко сбивается, теряет нить рассуждений. Отмечаются наплывы мыслей индифферентного содержания, которые больной не может прервать, иногда внезапные обрывы («голова становится пустой»). Сам процесс мышления становится объектом внимания больных, утрачивая свой «автоматический характер». Иногда больной как бы физически ощущает изменения хода мыслей. Наряду с этим изменяется сам характер мышления. Утрачиваются образные компоненты, начинает преобладать склонность к абстракции и символике. В речи больных появляется склонность к бесплодному рассуждательству, витиеватости (резонерству). Вместе с тем обнаруживаются «соскальзывания», «закупорка» мышления, «обрывы» (*sperung*); нарушения мышления носят далеко не всегда однообразный характер. В одних случаях они сочетаются с общим обеднением мышления, когда больные жалуются, что у них вообще мало мыслей, они элементарны, в других – обращает внимание необычность, своеобразие ассоциаций, их неадекватный характер. В далеко зашедших случаях выступает выраженная разорванность

мышления, когда речь, сохраняя грамматические формы, утрачивает всяческий смысл. Искажаются уже не только фразовая речь, но и отдельные слова, появляются новые вычурные слова (неологизмы). Такие выраженные расстройства речи носят название шизофазии. В этих тяжелых случаях речь утрачивает свои коммуникативные функции.

Для шизофрении характерны значительные изменения в эмоциональной сфере. Они носят двоякий характер. С одной стороны, наблюдается прогрессирующее обеднение эмоциональных реакций, с другой – их неадекватность, парадоксальность.

Постепенное обеднение эмоциональных реакций наблюдается уже в начальном периоде заболевания либо возникает и прогрессирует от приступа к приступу. Сначала страдают высшие эмоции – сострадание, альтруизм, эмоциональная отзывчивость. В последующем больные становятся все более холодными, эгоцентричными. Их перестают интересовать события на работе, в семье. В тяжелых случаях развивается глубокая апатия с полным равнодушием к окружающей обстановке и собственной судьбе. Такое однолинейное прогрессирующее эмоциональное опустошение вплоть до развития апатического слабоумия встречается не столь уж часто, обычно при злокачественно текущих случаях. Чаще же на фоне значительного обеднения эмоциональной жизни выступает парадоксальность эмоциональных реакций. Больной смеется в неподобающей ситуации, спокойно констатирует грустные для него и окружающих события, но дает неадекватные, часто бурные реакции по совершенно ничтожным поводам. Нередко в этих реакциях чувствуется их неестественность, отсутствие аффективной насыщенности, поэтому также легко эти реакции проходят (шизофренический «псевдоаффект»).

Как и в сфере мышления, где одновременно могут существовать противоположные по направленности мысли, в сфере эмоций также наблюдаются как бы раздвоения эмоциональных реакций на одно и то же событие (эмоциональная амбивалентность).

Одной из характерных особенностей шизофрении является снижение психической активности («энергетического потенциала», по К. Conrad, 1958). У больных постепенно снижается уровень активности, им все труднее становится учиться, работать. Любая деятельность, особенно умственная, требует все большего и большего напряжения. Концентрация внимания дается все с трудом. Утомляет общение с другими людьми. Все это ведет к нарастающим трудностям в учебе, профессиональному снижению, либо в тяжелых случаях к полной несостоятельности при сохранных формальных функциях интеллекта.

Целый ряд особенностей выявляется в поведении больных, главным образом в сфере межличностных отношений. Больным шизофренией свойственна интровертированность – преобладание жизни в собственном внутреннем мире. Однако эта черта нередко характеризует и преморбидную личность больных. При развитии заболевания эта тенденция значительно нарастает, достигая степени аутизма, – «ухода в себя», приводящего к нарушению межличностных отношений. Больной становится молчаливым, начинает избегать контактов с людьми, так как лучше чувствует себя в одиночестве. Постепенно сужается круг знакомых. Даже с близкими вербальный контакт становится формальным, бедным.

Изменению подвергаются внешний облик больных, мимика и жесты, манера поведения, формы реакций на различные жизненные события. В соответствии со снижением уровня эмоциональных реакций значительно обедняется и становится неадекватной мимика, почти исчезают вазомоторные реакции. Мимические движения не находятся в связи с определенной ситуацией, внутренними переживаниями, а свидетельствуют о расщеплении целостного эмоционально-мимического реагирования. В более выраженной стадии болезни нередко меняется походка – становится какой-то неестественной, вычурной. То же самое можно сказать и о жестикуляции. Вообще манерность мимики и пантомимики является характерной для шизофренических изменений личности.

Меняется также голос – исчезают эмоциональные модуляции, утрачиваются нюансы интонации, о волнующем и безразличном больные говорят одним тоном («деревянный голос»).

Нередко меняется и манера одеваться. Одни больные становятся неряшливыми, неаккуратными, совершенно не стесняясь могут появиться в обществе в грязной старой одежде, другие – начинают одеваться крайне вычурно, крикливо, утрачивая элементарный вкус и такт. Наконец, у отдельных больных обнаруживается крайний консерватизм в одежде, которая перестает соответствовать не только моде, но и возрасту, положению в обществе.

Таким образом, расстройства в идеаторной сфере, эмоциональной жизни, манерность, вычурность, негативизм и амбивалентность являются основными характеристиками развивающегося процесса. В зависимости от степени прогрессивности заболевания они могут быть выражены в различной степени – от тонких, улавливаемых только опытным глазом особенностей до грубых расстройств, обнаруживаемых без труда. Важно отметить, что вся описанная симптоматика развивается на фоне непомянутого сознания и не является транзиторной. Следова-

тельно, речь идет о глубоких и стойких изменениях личностной структуры, которые могут усиливаться при обострении болезни, но никогда не исчезают полностью.

Шизофренический, или диссоциативный, симптомокомплекс, выявляемый в ходе экспериментально-психологического исследования, складывается из таких личностно-мотивационных расстройств, как изменение структуры иерархии мотивов, нарушение целенаправленности мышления (резонерство, разноплановость и др.), эмоционально-волевых расстройств (уплощение и диссоциация эмоций, парабулии и др.), изменения самооценки и самосознания (аутизм, отчужденность и др.).

Для шизофренического симптомокомплекса наиболее патогномичными являются симптомы распада мыслительных процессов, диссоциации личностно-мотивационной и операционально-процессуальной сфер мышления, что проявляется в нецеленаправленности мыслительной деятельности, эмоционально-выхоленном резонерстве, ригидном схематизме, символике, искажении процесса обобщения с разноплановым подходом к выделению ведущих признаков, в актуализации латентных признаков предметов и явлений, в феномене патологического полисемантизма.

«Ядром» шизофренического патопсихологического синдрома выступают нарушения селективности информации. Основными системообразующими факторами шизофренического патопсихологического симптомокомплекса, по мнению Г.Н. Носачева, Д.В. Романова, являются нарушение селективности психических процессов (восприятия, памяти, процессов мышления), снижение уровня мотивационной активности, искажение и обеднение эмоционального реагирования, снижение целенаправленности психической активности.

Структура синдрома складывается из специфических особенностей когнитивной, эмоциональной и мотивационной сфер.

Когнитивная сфера включает в себя ряд характерных признаков, отличающих как восприятие, так и процессы внимания, памяти, мышления.

Восприятие во многих случаях является начальным признаком шизофренических изменений, который предшествует появлению специфических особенностей мышления и эмоциональности больного. При нарушении мотивационной стороны восприятия снижается интерес к заданию, реакция на оценку экспериментатора и др. Изменение субъективного значения отдельных элементов действительности может приводить к ограниченности, нереалистичности, фантастичности восприятия. Нарушения восприятия при шизофрении легко обнаруживаются

при выполнении теста Роршаха. Диссоциативный процесс проявляется на уровне восприятия продуцированием расщепленных, фрагментарных, диссоциированных образов. Так, при выполнении теста Роршаха больные демонстрируют, как правило, три патологические категории образов: образы дефицитарные («человек без головы», «пиджак без рукавов», «тигр без хвоста»); образы диссоциативные («раздавленное животное», «расплющенная кошка», «раскатанные по асфальту внутренности человека») и образы символические («торжество справедливости», «наказание зла»). Подобные интерпретации тесно связаны с характерными для больных шизофренией нарушениями мышления и аффективно-личностными нарушениями.

Внимание при шизофреническом симптомокомплексе также имеет свои специфические особенности. Как правило, при относительно сохранном интеллектуальном уровне и относительно сохранной памяти внимание нарушается в значительно большей степени. Характерен диссонанс между большей сохранностью произвольного и более заметным нарушением произвольного внимания. Изменение субъективного значения отдельных элементов действительности может приводить к неадекватной направленности внимания. Степень устойчивости внимания варьирует. Исследование внимания пробами Шульте, «счетом с переключением» может выявить изменения объема и переключаемости произвольного внимания; может отмечаться отвлекаемость на посторонние раздражители, связанные с формальностью мотива; истощаемость, особенно субъективная, обычно повышена. Произвольное внимание страдает менее, характерно снижение внимания к ошибкам, реакциям экспериментатора.

Память страдает преимущественно за счет снижения ее мотивационного компонента. При этом может снижаться объем непосредственной памяти, нарушаться динамика мнестической функции. Опосредованная память страдает в значительно большей степени вследствие нарушения функции опосредования. При исследовании непосредственного запоминания можно отметить нарушение его динамики – феномен «плато» (мнемограмма по типу 3/5/7/7/7/4). В силу нарушения процессов ассоциирования продуктивность опосредованного запоминания (методика пиктограмм) также обычно невысока и может быть ниже объема непосредственного.

Мышление при шизофрении в подавляющем большинстве случаев нарушено. Его нарушение является первичным и одним из ведущих компонентов данного патопсихологического симптомокомплекса. На-

рушается функция всех основных звеньев мыслительной деятельности: операционального, динамического, мотивационного компонентов, критичности. Необходимо отметить, что встречающееся выделение различных вариантов данного синдрома обуславливается разной степенью представленности и выраженности описанных нарушений.

Нарушение операциональной стороны мышления включает в себя:

– искажение процесса обобщения по типу актуализации несущественных (преимущественно латентных или гиперабстрактных) признаков, а также частая опора на второстепенные, поверхностные, личностно значимые признаки. Искажение процессов обобщения и отвлечения у больных шизофренией особенно легко выявляется при исследовании методикой классификации. Распределение карточек на группы производится больными чрезмерно обобщенно, без связи с реальным содержанием явлений, либо же по несущественным, необычным, неадекватным признакам. Например, в одну группу могут быть отнесены все предметы удлиненной формы, все предметы желтого цвета либо все предметы, начинающиеся на букву «к». При выполнении заданий по методике исключения больные также производят обобщение по несущественным, формальным признакам. Например, больной объединяет в одну группу ножницы, катушку и трубку, потому что «все они имеют сквозные отверстия»;

– расстройство (ослабление) категориального строя мышления. В тех случаях, когда ошибочные суждения единичны, эпизодичны, можно говорить о соскальзываниях. Соскальзывания наблюдаются у больных шизофренией при их относительной сохранности. Б.В. Зейгарник (1962) относит соскальзывания к нарушениям логического хода мышления и характеризует их следующим образом: правильно решая какое-либо задание или адекватно рассуждая о каком-либо предмете, больные неожиданно сбиваются с правильного хода мыслей по ложной, неадекватной ассоциации, а затем вновь способны продолжать рассуждение последовательно, не исправляя допущенной ошибки;

– снижение уровня обобщения, которое обнаруживается на более поздних стадиях развития заболевания в связи с обусловленным различными причинами нарастанием «органического» профиля изменений.

Нарушение мотивационного компонента мышления может проявляться в формах:

1) **разноплановости**: суждения о каком-либо явлении протекают в разных плоскостях; определения и выводы не представляют собой планомерного и целенаправленного высказывания. При исследовании ме-

тодикой исключения нередко у больных шизофренией обнаруживаются явления разноплановости мышления. Одно и то же задание больной выполняет в нескольких вариантах (иногда один из них правильный). При этом предпочтение какому-либо решению не отдается. Например, задание, требующее обобщения измерительных приборов, больной решает так: «Здесь могут быть три плана. Первый план – я исключаю очки. При этом руководствуюсь нежеланием слепоты духовной. Очки – это символическая согласованность, свидетельствующая о слепоте. Второй план – при рассмотрении с позиций человеческой необходимости использования в быту – нужны все четыре предмета. Есть и третий план – все эти предметы, кроме весов, являются более единичными, цельными по своей природе». Эти явления разноплановости наблюдаются и при обследовании больных шизофренией другими экспериментальными методиками, предполагающими целенаправленную и последовательную деятельность (например, соотношение пословиц с фразами), так как разноплановость – проявление нарушения целенаправленности мышления;

2) **резонерства**: склонность к рассуждательству со своеобразной аффективной захваченностью, сужением круга смыслообразующих мотивов, повышенной тенденцией к оценочным суждениям. Случайные, неадекватные ассоциации обнаруживаются в пиктограммах больных шизофренией. Методика пиктограмм выявляет нарушения ассоциативного процесса часто тогда, когда они еще остаются незаметными при исследовании другими методами. Обнаруживаемые при исследовании методикой пиктограмм у больных шизофренией расстройства соотношения абстрактно-смысловых и предметно-конкретных компонентов аналитико-синтетической деятельности можно расценивать как результат нарушения взаимодействия сигнальных систем.

При исследовании методикой пиктограмм больных шизофренией нередко отмечается своеобразная легкость, с которой они подбирают образы для опосредования. Иногда вся пиктограмма представлена чрезмерно отвлеченными, абстрактными значками. Такие формально-схематические пиктограммы наблюдаются только у больных шизофренией. По Г.В. Биренбаум (1934), они отображают характерную для мышления этих больных «пустую» символику – это не присущая здоровым способность абстрагироваться как высшее проявление психической деятельности, а вычурный, формальный способ искаженного отражения действительности, обусловленный аутизмом больных шизофренией.

С преобладанием случайных, несущественных ассоциаций, с актуализацией «слабых» признаков предметов и явлений связаны и наблюдающиеся у больных шизофренией явления бесплодного мудрствования – резонерства. Резонерство выступает при объяснении больными смысла прочитанных рассказов. Вот как был понят больным рассказ «Колумбово яйцо»: «Колумб, прежде чем отправиться в экспедицию, все предварительно взвесил: ибо самое трудное – это подготовка к экспедиции, а не свершение. Что касается яйца, то теоретически оно не может стоять вертикально, так как разбитое яйцо – это уже не яйцо. Дело в том, что яйцо – это идея путешествия. Идеи бывают разные – осуществимые и неосуществимые. Поставив яйцо вертикально, Колумб продемонстрировал согражданам превращение идеи неосуществимой в осуществимую»;

3) общего нарушения процесса саморегуляции познавательной деятельности. Снижается целенаправленность познавательной деятельности, предпочтение отдается легко актуализируемым способам, избегаются трудности и интеллектуальное напряжение. По характеру проведения классификации больными шизофренией нередко можно судить о нарушении у них целенаправленности мышления, приводящего к непродуктивности мыслительной деятельности, хотя выполнение отдельных, достаточно сложных заданий свидетельствует, что интеллектуальный уровень у них не снижен. Примером этого является классификация, построенная на несопоставимых критериях, когда в основе классификации не лежит какая-то единая система: отдельные группы подбираются по количеству букв в названиях предметов, в то время как другие группы выделяются по критериям «живое–неживое», «существа женского или мужского пола».

Нарушение динамики мышления также в значительной части случаев характеризует мышление больного: чаще встречается ускорение ассоциативного процесса, реже – его замедление. Может выявляться лабильность мышления (колебание темпов выполнения и использование разных уровней обобщения); реже, особенно на начальных этапах параноидной шизофрении, – инертность мышления.

Нарушение критичности мышления характерно для всех этапов заболевания, что выступает важным диагностическим признаком в случаях, когда расстройства операционального и мотивационного компонентов не носят еще развернутого характера.

Воображение на ранних стадиях болезни, особенно в психотических состояниях, характеризуется относительно высокой продуктивностью.

Характерна разнородность образов, их нереалистичность, сверхоригинальность, а также склонность к символизации. На более поздних стадиях развития заболевания и при неблагоприятном течении шизофренического процесса обнаруживается снижение уровня воссоздающего и творческого воображения.

Речь больного также имеет специфические характерные черты. Для устной речи характерны изменения семантической стороны (шизофазия, неологизмы, изменение значений слов, избыточная смысловая насыщенность речи) и просодической стороны (невывразительность и монотонность речи, недостаточная эмоциональная окраска речевых высказываний). Возможно преобладание монологической активности. Письменная речь отличается своеобразием почерка, «набивкой» (заполнением пустых пространств листа), орнаментацией, привнесением символики, персеверацией отдельных элементов.

Нарушение эмоциональной сферы, как правило, является неизменным спутником шизофренического процесса. Ее нарушения могут проявляться в снижении нюансировки, динамики, адекватности эмоциональных реакций. Характерны неадекватные по амплитуде и направленности реакции на относительно стандартный стимул, выраженная эмоциональная амбивалентность, обеднение всех параметров эмоционального ответа (повышение порога возникновения, ослабления амплитуды, динамики, спектра, субъективного переживания, экспрессии). Впечатление об эмоциональных особенностях обследуемого складывается в процессе самого экспериментально-психологического исследования, даже без применения специальных методик. При этом учитывается характер установления контакта с обследуемым, его отношение к ситуации исследования, интерес к оценке экспериментатором его решения. Больные шизофренией часто безразлично относятся к патопсихологическому обследованию, замечания исследующего о неправильности избранного модуса решения заданий не влияет на дальнейшую деятельность больного. Эмоциональные расстройства, наряду с искажением процесса обобщения, играют определенную роль в том, что ошибочные суждения больных шизофренией в эксперименте не корректируются.

В эмоциональной сфере больных шизофренией обращает на себя внимание наличие амбивалентных элементов с одновременным проявлением противоположных по модальности переживаний: любви и ненависти, безразличия и заботы, нежности и эмоциональной холодности. При наличии выраженных патопсихологических расстройств отмечается постепенное обеднение, оскудение эмоциональной сферы со своеоб-

разным уплощением аффективности. Больные становятся безразличными ко всему происходящему, равнодушными к чужим бедам, неспособными к сопереживанию.

Отмечаются также нарушения в мотивационной сфере. Интересы, склонности, ценности больного перестают выполнять для него побудительную функцию. Поведение перестает подчиняться значимым для личности задачам. Нарушения мотивационной сферы неизбежно приводят к нарушениям личностного смысла. Личностный смысл – это то, что в норме создает пристрастность человеческого сознания и придает определенную значимость явлениям, изменяет в восприятии человека сущность, значение этих явлений. Выбор значимых для человека признаков, предметов и явлений, то есть селективность информации, определяется личностным смыслом, который эти предметы или явления приобретают для индивида. У больных шизофренией личностный смысл предметов и явлений часто не совпадает с общепринятыми и обусловленными реальной ситуацией знаниями человека о них.

Мотивационно-потребностная сфера при шизофреническом психологическом симптомокомплексе характеризуется нарушением структуры и иерархии потребностей, часто в виде сосуществования гомеостатических и отдельных высших потребностей (познавательных, эстетических) при ослаблении потребности в безопасности, самопроявлении и др. Отмечается также нарушение побудительной и смыслообразующей функции мотивов. Характерными являются ослабление побудительной функции мотивов, парадоксальность мотивации в виде сосуществования нескольких взаимоисключающих мотивов, искажения целеполагания и целедостижения.

В беседе можно отметить снижение заинтересованности в контакте, в обсуждении эмоционально-значимых тем, в ряде случаев – неадекватную направленность интереса (сосредоточенность на обсуждении психопатологической продукции). Имеют значение ослабление и парадоксальность мимического сопровождения, характерные речевые нарушения. При экспериментальном исследовании преобладающим является формальное участие испытуемого в эксперименте, часто отмечается снижение интереса к его целям, процессу и результатам, ослаблена реакция на критику. Обследуемые пациенты не задают вопросов, не ищут оценки и одобрения, не следят за реакцией экспериментатора, легко нарушают инструкцию, отказываются от выполнения. Отказ при этом, как правило, не насыщен аффективно, в ряде случаев его можно преодолеть достаточно легко, хотя и ненадолго. В силу нарушения критич-

ности помощь со стороны экспериментатора используется мало или отвергается. Темп работы испытуемого в эксперименте может быть повышен. Часты указания на субъективную истощаемость. Возможна фиксация внимания пациента на случайных, хаотично и причудливо выхваченных из общего контекста деталях стимульного материала.

К видам нозологических форм, при которых встречается данный патопсихологический симптомокомплекс, относятся: шизофрения, шизоаффективное расстройство, шизотипическое расстройство, шизоидное расстройство личности.

АФФЕКТИВНО-ЭНДОГЕННЫЙ СИНДРОМ

Аффективный патопсихологический синдром классически представлен при эндогенной аффективной патологии, в первую очередь при эндогенных психозах (маниакально-депрессивный психоз), психогенных и соматогенных психических заболеваниях.

В психиатрии понятием «маниакально-депрессивный психоз» (МДП) обозначают группу психических расстройств с фазовым течением, ведущим симптомом которых является повышенное или пониженное настроение. В отличие от шизофрении, маниакально-депрессивное заболевание имеет более благоприятный прогноз в связи с существенной редукцией психопатологических симптомов после завершения фаз заболевания. К МДП относят биполярный тип и монополярный тип (монополярный депрессивный или монополярный маниакальный психоз).

Характерным признаком маниакально-депрессивного заболевания является чередование психотических фаз (различной силы и продолжительности) и светлых промежутков, свободных от заболевания.

Для обозначения психотического состояния в рамках МДП принято выражение «фаза». Этот термин подразумевает, по аналогии с фазовыми движениями в природе, возникновение ограниченного во времени психопатологического состояния, симптоматика которого по миновании фазы полностью исчезает. Продолжительность отдельных фаз варьирует от нескольких дней до нескольких лет. По литературным данным, средняя продолжительность депрессивных фаз 3–6 мес. Длительность фаз сама по себе с возрастом и с числом приступов не увеличивается, но свободный интервал между фазами становится короче.

Отличительной особенностью МДП является зависимость начала фазы от времени года. Очень часто фазы начинаются в определенном месяце, преимущественно осенью, несколько реже – весной. Эта осо-

бенность соответствует общему сезонному изменению настроения в какой-то мере и суицидальным попыткам, которые особенно часто предпринимаются весной. Число фаз значительно варьирует.

Циркулярные фазы характеризуются симптоматикой, отражающей изменения эмоциональной сферы, мышления и психомоторики.

Психопатология маниакально-депрессивного заболевания характеризуется нарушениями в следующих сферах: 1) настроение, скорость психических процессов, волевая деятельность; 2) мышление (нарушения формальные и по содержанию); 3) психомоторика; 4) соматика (вегетативные и другие нарушения регуляции).

Маниакальные и депрессивные состояния отличаются противоположностью психопатологической симптоматики. Можно предположить, что в случае мании имеет место патологическое повышение, а в случае депрессии – снижение энергетического потенциала, лежащего в основе психических процессов. Таким образом, психопатология МДП разделяется на эндогенный депрессивный и эндогенный маниакальный синдромы.

Эндогенный депрессивный синдром

Эндогенный депрессивный синдром складывается из нескольких характерных особенностей, среди которых на первое место выходит снижение настроения.

Снижение фона настроения (депрессия, субдепрессия) отмечается практически при любом варианте синдрома. Обычно наблюдается пониженная амплитуда эмоциональных реакций, их малая нюансированность, низкая экспрессивность. Характерен также высокий порог возникновения эмоционального ответа. Наблюдается инертность эмоциональных реакций. Направленность эмоционального ответа при этом может быть вполне адекватной.

Пониженное настроение является самым главным психопатологическим симптомом эндогенной депрессии. Обычно настроение кажется безрадостным, безысходным. Болезненно сниженное настроение может усилиться до меланхолии с унынием. Отличительной особенностью депрессивного настроения при МДП является беспричинность его снижения. Описание больными своего состояния может сопровождаться жалобами на отсутствие инициативы, энергии, внезапное чувство усталости. В определенном смысле ограниченная способность модуляции депрессивного настроения производит впечатление аффективного оценивания, переходящего в крайних случаях в заторможенную депрессию и

ступор с полной обездвиженностью и глубокой психической заторможенностью. Под влиянием своего депрессивного настроения больные очень часто высказывают идеи виновности и греховности.

Нарушения познавательной деятельности, выявляемые у пациентов, страдающих гипотимическими расстройствами, выражаются в основном в виде динамических нарушений (в первую очередь снижения скорости протекания и интенсивности) психических процессов.

Восприятие характеризуется выраженным в большей или меньшей степени сужением его объема.

Внимание отличается преимущественно снижением активности. Характерно затруднение произвольной концентрации на объектах. Возможна истощаемость внимания. Отмечается также снижение переключаемости и объема.

Выявляется снижение объема оперативной памяти. Кратковременная память характеризуется низким объемом запоминания, про- или постактивным торможением следов. Смысловое запоминание и долгосрочная память при депрессии страдают мало.

В структуре мышления отмечается прежде всего замедление темпа мыслительных процессов, бедность и шаблонность ассоциаций. Обычно выявляется негрубое снижение уровня обобщения. При стимуляции пациенты демонстрируют сохранную способность оперировать категориями. Часто проявляется инертность мышления, стереотипность подходов к решению заданий и склонность к персеверациям. Мотивационный компонент мышления может быть снижен, что проявляется в общей мало- или непродуктивности. Целенаправленность суждений не страдает. Пациенты могут гиперкритически оценивать результаты своей деятельности, что, однако, не противоречит диагностике ослабления критичности мышления.

Замедление мышления при патопсихологическом исследовании выражается в увеличении времени, затрачиваемого на каждое задание, в трудности перехода обследуемого от одного задания к другому. Больному трудно сосредоточиться на выполняемом задании. Обладая совершенно сохранным уровнем обобщения и отвлечения, он тем не менее с трудом усваивает инструкцию по выполнению задания, особенно в тех случаях, когда экспериментальная задача отличается значительным объемом и в ее течении модус деятельности обследуемого должен изменяться соответственно инструкции. Этому способствуют выраженные затруднения концентрации активного внимания, хотя при нерезко выраженной депрессии в ситуации исследования недостаточность ак-

тивного внимания удастся преодолеть, и по мере выполнения задания (таблицы Шульце, исследование работоспособности по Крепелину) наблюдаются некоторое улучшение результатов, явления запаздывающей вработываемости.

Воображение отличается существенным снижением продуктивности, реалистичность при этом относительно сохранна.

Речь также может иметь свои специфические особенности. Устная речь отличается выраженным в большей или меньшей степени замедлением ее темпа, уменьшением громкости, низкой спонтанной речевой активностью. Характерна непродуктивность или малая продуктивность в диалоге. Отмечается типичный для депрессивных состояний «матовый голос». Письменная речь отличается склонностью к микрографии; возможно некоторое снижение ее продуктивности.

Мотивационно-потребностная сфера при эндогенном депрессивном синдроме характеризуется наиболее часто общим ослаблением мотивационной активности. Как правило, отмечаются низкая актуальность потребности самосохранения, направленность агрессии на себя (аутоагрессия).

Психомоторика депрессивных больных обычно характеризуется торможением, но в некоторых случаях наступает возбуждение. При торможении мимика скорбная, застывшая, движения замедленны, больные производят впечатление внезапно постаревших. Психомоторное торможение в комбинации с внутренним беспокойством и тревогой переходит иногда в агитацию (возбуждение). Это называется тревожно-ажитированной депрессией. В такие моменты больные способны внезапно совершить суицидальную попытку. Каждый переход заторможенной депрессии в тревожно-ажитированную связан с необходимостью усиленно ухаживать и следить за пациентом.

Соматические расстройства при эндогенном депрессивном синдроме соответствуют понижению витального тонуса и снижению гипотетического энергетического потенциала. Отмечаются потеря аппетита, похудание, сухость во рту, запоры, аменорея, снижение либидо, расстройства сна, быстрая утомляемость, снижение физической работоспособности, понижение тургора кожи, бледность, колебания артериального давления, неприятные болезненные ощущения за грудиной, «ком» в горле, ощущения тяжести или онемения в теле.

Характерен внешний «подавленный» вид испытуемого, что сопровождается низким уровнем моторной активности, мимических, пантомимических проявлений (поза «меланхолика»). Работоспособность в

эксперименте обычно очень низкая, выражена истощаемость, существенно снижен темп психических процессов. Характерны отказы от выполнения относительно более сложных заданий. Рабочий мотив не формируется или участие по типу сотрудничества. Заинтересованность в результатах не проявляется. Необходима активная стимуляция для получения продукции в эксперименте. Усвоение и удерживание инструкций страдает мало. Реакция на неудачу в эксперименте слабая, часто интрапунитивной направленности.

Данный патопсихологический симптомокомплекс – депрессии, субдепрессии – встречается при многих психических заболеваниях. Обычно их делят на три группы: эндогенные, органические (симптоматические) и психогенные депрессии.

Эндогенный маниакальный синдром

Эндогенный маниакальный синдром часто противопоставляется эндогенному депрессивному синдрому. В то время как эндогенный депрессивный синдром характеризует снижение энергетического потенциала, настроения, скорости психических процессов, витальных ощущений, то при маниакальном синдроме наблюдается их чрезмерное повышение. Симптоматика эндогенного маниакального синдрома определяется повышенным настроением, ускорением ассоциативных процессов и темпа мышления, психомоторным возбуждением, а также «положительными» изменениями в области вегетативных функций и общего физического тонуса.

Повышенное настроение недостаточно обозначить словом «веселость». Речь идет о повышенном настроении, являющимся противоположностью витальной депрессивности и рожденном как будто повышенным ощущением жизни. Поэтому целесообразно говорить об эйфории. Это выражение хорошо описывает единство психопатологии и витальных ощущений. Точно так же, как при эндогенной депрессии пониженное настроение появляется беспричинно, не имея связи с жизненной ситуацией и событиями, так и у маниакального синдрома эйфория не имеет причины. Иногда создается гротескное несоответствие эйфории жизненной ситуации больного. Повышение фона настроения (мания, эйфория) сочетается с его нестабильностью, чрезмерной интенсивностью эмоциональных реакций, которые могут быть неадекватными по направленности, «случайными», личностно-гедонистическими. Характерны нарушения волевого контроля над аффективностью.

Восприятие при эндогенном маниакальном синдроме характеризуется расширением объема, снижением дифференцированности восприятия, «случайным» восприятием.

Внимание отличается главным образом нарушением его устойчивости, а также переключаемости: наблюдается «сверхпереключаемость», повышенная отвлекаемость, когда внимание как бы «скачет» с одного предмета на другой.

Нарушение устойчивости внимания при маниакальных состояниях при патопсихологическом исследовании проявляется в увеличении затрачиваемого больным на выполнение задания времени к концу исследования в таких методиках, как корректурная проба, счетные таблицы Крепелина, поиск чисел в таблицах Шульте. Часто при этом наблюдается и увеличение количества ошибок, особенно при беспечном отношении обследуемого к ситуации исследования и завышенном уровне притязаний. Недостаточность внимания проявляется также в ошибках, свидетельствующих о нарушении дифференцировочного торможения, – в корректурной пробе зачеркиваются другие буквы, иногда похожие на заданные инструкцией, иногда расположенные по соседству с ними.

Память в ряде случаев носит черты гипермнезии. Непосредственное механическое запоминание нарушается при значительной степени выраженности аффективных расстройств. Смысловое чаще сохранно.

Нарушения мышления при маниакальном синдроме носят в основном формальный характер и сводятся к ускорению темпа. Но встречаются и нарушения по содержанию. Больным свойственна переоценка собственной личности. Возникают сверхценные идеи величия, больные собираются прославиться в какой-либо области, они уверены, что все знают лучше других, усиленно критикуют все вокруг себя. Мышление, помимо ускорения темпа мыслительных процессов, лабильности мышления (отсутствие когнитивной стратегии), отличается также оживлением ассоциативного процесса. Ускорение темпа мышления связано с явным ускорением ассоциативных процессов. Мысли скачут от одной к другой. Повышенному типу мышления соответствует появление множества внезапных идей. Результатом является феномен «скачки идей» и повышенной отвлекаемости в зависимости от внешних событий. В более легких случаях маниакального синдрома мышление характеризуется частыми отвлечениями от данной темы. Но больной не теряет способности вернуться к исходной точке. В тяжелых случаях логическая нить разговора теряется. В некотором соответствии с внутренней отвлекаемостью, которая объясняется нарушением мышления, находится

также отвлекаемость в зависимости от внешних воздействий. Сбивчивость и непоследовательность мышления достигают иногда степени бессвязности.

Воображение больных отличается сохранностью продуктивности; возможно повышение и усиление процессов воображения при его относительной сохранной реалистичности.

В результате повышенного настроения, ускорения темпа мышления и его нарушения по содержанию при маниакальном синдроме появляется чувство повышенного уровня интеллекта, особой способности к решению трудных вопросов, чувство прилива сил при умственной работе. Из этого вытекает стремление к деятельности – больные принимают сразу за массу дел. В соответствии с повышенным настроением и маниакальными нарушениями мышления у больных наблюдаются ускоренное протекание психических процессов, психомоторное возбуждение и повышенное бодрствование с нехваткой сна. Мимика и жестикация патетические, театральные. При очень тяжелых состояниях маниакального синдрома может создаться стремление к бесцельной деятельности. При раздражительной или гневной мании иногда наблюдаются агрессивные действия, больные ищут ссоры, возможны общественно опасные поступки.

Мотивационная сфера пациентов отличается ослаблением и неустойчивостью мотивов деятельности, целеполагания. Характерны доминирование утилитарно-гедонистических и «случайных» мотивов, а также гиперсексуальность.

Речь пациентов с эндогенным маниакальным синдромом также достаточно характерна. Устная речь отличается ускорением темпа и увеличением громкости речи, преобладанием монолога, логореей. Отмечается слабое «оттормаживание» побочных ассоциаций. Преобладают ассоциации по созвучию. Письменная речь характеризуется гиперпродуктивностью, патетическим или поэтическим стилем.

Внешний вид испытуемого, характерный для гипертимического варианта аффективного патопсихологического симптомокомплекса, отличается гипердинамическими проявлениями в мимике, жестикации и моторике. Мимические и пантомимические реакции усиленные и крайне разнообразные; могут быть достаточно адекватными по направленности и соответствовать приподнятому фону настроения. Высокую работоспособность испытуемого в эксперименте обычно обуславливают мотивы коммуникации и самоутверждения. Поведение обследуемого может носить игровой оттенок, отличаться склонностью к самолюбова-

нию или быть сексуально окрашенным. Основной проблемой экспериментатора часто является необходимость жестко регламентировать деятельность пациента из-за ее низкой целенаправленности. Продуктивность в эксперименте обычно повышена, особенно в заданиях, апеллирующих к творческим решениям и мало отягощенных нормативами. Возможна «творческая» переработка инструкций в связи с нарушением критичности. Помощь экспериментатора принимается, что когнитивного стиля существенно не меняет. Реакция на неудачу в эксперименте слабая, по типу отрицания неуспеха.

Вегетативные функции и физическая работоспособность соответствуют повышенному чувству бодрости. Больные выглядят помолодевшими. Тургор кожи высокий, лицо имеет свежий вид, осанка подтянута. Понижена потребность в сне. Отмечается иногда повышенный аппетит. Но стремление к деятельности, чрезмерная подвижность и недостаточный сон приводят к тому, что больные теряют в весе. Либидо часто повышено, поэтому отмечается сексуальность, не свойственная обычному больному в интермиссии. Без лечения через несколько недель или месяцев наступает состояние изнеможения.

К видам нозологических форм, при которых встречается данный патопсихологический симптомокомплекс, относятся: маниакальная фаза маниакально-депрессивного психоза (циклотимии), шизофрения с периодическим и шубообразным течением, шизоаффективные психозы, а также в ряде случаев органические поражения головного мозга.

ОЛИГОФРЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

Олигофрения (с греч. *«oligophrenia»*) – малоумие, врожденное слабоумие, умственная отсталость) – группа различных по этиологии, патогенезу и клиническим проявлениям патологических состояний, общим признаком которых является наличие врожденного или приобретенного в раннем детстве общего недоразвития психики с преобладанием интеллектуальной недостаточности. В первую очередь психическое недоразвитие проявляется в интеллектуальной недостаточности и характеризуется синдромом относительно стабильного, непрогрессирующего слабоумия. Однако интеллектуальная недостаточность не исчерпывает всей картины олигофрении. У олигофренов отмечается недоразвитие и других свойств – эмоциональности, моторики, восприятия, внимания.

Наиболее распространенным является подразделение олигофрении по степени интеллектуального дефекта, которое имеет важное практи-

ческое значение для решения вопросов социальной адаптации и в особенности для определения возможности и типа обучения умственно отсталых. Обычно выделяют три степени глубины умственной отсталости: дебильность, имбецильность и идиотию.

Дебильность – легкая степень умственной отсталости (интеллектуальный коэффициент IQ находится в диапазоне от 50 до 70 стандартных баллов), характеризующаяся достаточным развитием обиходной речи, способностью к усвоению специальных программ, основанных на конкретно-наглядном обучении, которое проводится в более медленном темпе, а также способностью к овладению несложными трудовыми и профессиональными навыками, относительной адекватностью и самостоятельностью поведения в привычной обстановке. По сравнению с другими степенями олигофрении черты личности и характера больных отличаются большей дифференцированностью и индивидуальностью. Благодаря относительно более высокому, чем при других степенях олигофрении, темпу психического развития у больных с дебильностью во многих случаях отмечается удовлетворительная адаптация к обычным условиям жизни. В связи с широким диапазоном интеллектуальной недостаточности при дебильности нередко в практических целях выделяют ее выраженную, среднюю и легкую степени.

Имбецильность – средняя степень умственной отсталости (IQ в диапазоне от 20 до 49 стандартных баллов) – отличается выраженной конкретностью и ситуационным характером мышления, неспособностью к образованию отвлеченных понятий, недостаточным развитием речи с аграмматизмами и косноязычием, общей моторной недостаточностью. Имбецилы не могут обучаться по программам вспомогательных школ для умственно отсталых. Вместе с тем им доступны навыки самообслуживания, а нередко и элементарные трудовые навыки. Темп психического развития при имбецильности резко замедлен. В Международной классификации болезней имбецильность подразделяется на умственную отсталость средней степени и резкую умственную отсталость. При последней отмечается крайне слабое развитие речи и возможность приобретения только навыков самообслуживания.

Идиотия – самая глубокая степень психического недоразвития (IQ менее 20 стандартных баллов), при которой мышление и речь почти не развиты, восприятие слабо дифференцировано, реакции на внешние раздражители резко снижены и часто неадекватны; эмоции ограничены чувствами удовольствия и недовольства; любая осмысленная деятельность, включая навыки самообслуживания, недоступна; больные часто

неопрятны. Значительно недоразвиты локомоторные функции, в связи с чем многие больные не могут самостоятельно стоять и ходить. Поведение в одних случаях отличается вялостью, малоподвижностью, в других – склонностью к однообразному двигательному возбуждению со стереотипными движениями (раскачивания туловищем, взмахи руками, хлопанье в ладоши), а у некоторых больных с периодическими проявлениями агрессии и аутоагрессии (могут внезапно ударить, укусить окружающих, царапать себя, наносить себе удары). Часто встречается извращение влечений – больные упорно онанируют, поедают нечистоты. В большинстве случаев имеют место выраженные неврологические нарушения и соматические аномалии. Жизнь таких больных, нуждающихся в постоянном уходе и надзоре окружающих, проходит на уровне инстинкта.

При всем разнообразии клинических проявлений различных форм олигофрении общим для всех, во-первых, является наличие тотального недоразвития психики, включая недоразвитие познавательных способностей и личности в целом, и, во-вторых, ведущая роль в структуре психического дефекта принадлежит недостаточности высших сторон познавательной деятельности, прежде всего абстрактного мышления, при относительно удовлетворительном уровне развития эволюционно более древних компонентов личности, таких, как темперамент, потребности, связанные с инстинктами, низшая аффективность.

Олигофренический патопсихологический симптомокомплекс складывается из неспособности к обучению, формированию понятий, абстрагированию, из дефицита общих сведений и знаний, примитивности и конкретности мышления, повышенной внушаемости и эмоциональных расстройств.

Структура олигофренического патопсихологического синдрома включает в себя ряд отличительных особенностей, среди которых наиболее яркими являются характеристики когнитивной сферы. Нередко, помимо мышления, у олигофренов оказываются нарушенными внимание, восприятие, память.

Восприятие отличается сужением его объема, недостаточной дифференцированностью. При этом плохо различаются сходные предметы при их узнавании (при выраженной степени нарушения). В связи с нечеткостью восприятия для правильного узнавания изображений требуется значительное количество времени. Кроме того, восприятие недостаточно активно. При рассматривании изображений отмечается поверхностное схватывание отдельных объектов, изображенных на них. При

выраженной дебильности восприятие недоразвитое, недостаточно четкое. Это относится к восприятию зрительных образов, когда обследуемые путают изображения похожих предметов, плохо различают цвета. При показе картинок дебилам трудно уловить целостное содержание, и поэтому они перечисляют отдельные детали рисунка.

Внимание характеризуется недоразвитием прежде всего его произвольного компонента, сужением его объема, плохим распределением, затрудненным переключением и истощаемостью внимания. Это обуславливает трудности сосредоточения на заданиях, требующих умственного напряжения. При отыскании чисел по таблицам Шульте отмечаются пропуски чисел, их «потери», увеличение времени работы с каждой отдельной таблицей. Внимание, особенно произвольное, отличается узким объемом. В пробе на запоминание такой больной называет, например, 4 слова. Ему повторно зачитывают все подлежащие запоминанию слова. После этого больной называет уже другие 4 слова, но не может вспомнить называвшиеся им прежде слова. Внимание с трудом переключается с одного вида деятельности на другой, неустойчиво.

Память также имеет ряд особенностей. Выявляются нарушения операционного, динамического, мотивационного компонентов процесса запоминания. Механическая память более развита, чем опосредованная. Однако даже для запоминания не связанных между собой по смыслу слов требуются многие повторения, а через короткое время воспроизводится небольшое их количество. Медленно и с трудом усваивается новый материал, необходимо его неоднократное повторение, но он быстро забывается, и использование на практике каких-либо приобретенных знаний затруднено. В методике пиктограмм в связи с нарушением образования логических связей между словами и изображением слабой оказывается опосредованная память. Лучше запоминаются внешние признаки предметов и явлений в их случайных сочетаниях, но внутренние логические связи и отношения запоминаются плохо, так как недостаточно понимаются. Выраженность ослабления памяти часто соответствует степени слабоумия. Чем глубже дебильность, тем более заметна недостаточность памяти. Представляет интерес соотношение между механической и логической памятью. При легкой дебильности нет существенной разницы между показателями, характеризующими оба вида памяти. Зато при выраженной дебильности механическая память страдает меньше. Глубоким дебилам опосредованное заучивание представляется очень трудным, а пробы на ассоциативную память даются труднее, чем заучивание 10 слов; ассоциации в парах слов этими больными

не улавливаются, и поэтому задание оказывается для них большим по объему (содержит 20 слов). Существенное значение приобретает попытка экспериментатора корригировать суждения обследуемого. Возможность коррекции свидетельствует о более легкой степени дебильности.

В структуре мышления выявляются нарушения операциональной стороны мышления по типу снижения уровня доступных обобщений; нарушение динамики мышления по типу замедления протекания мыслительных операций (тугоподвижность мышления), инертности; ослабления мотивационного компонента мышления; нарушения критичности мышления. Снижение уровня доступных обобщений проявляется конкретно-ситуационным характером мышления, затруднением абстрагирования. Выделение существенных признаков, закономерных связей затруднено. Плохо усваиваются правила и общие понятия; при способности установления различия в предметах невозможным оказывается выделение существенных черт их сходства. При «сравнении понятий» опора идет на случайные, внешние признаки, а существенные – игнорируются. Особые затруднения отмечаются при выполнении «классификации предметов», где формирование групп осуществляется с опорой на включенность тех или иных предметов в единую конкретную ситуацию из опыта испытуемого. Невозможным оказывается абстрагирование от всех предъявляемых предметов какого-либо признака, согласно которому предметы, обычно входящие в различные наглядные ситуации, могли бы быть объединены в единую группу. Так, затруднено объединение в одну группу по признаку «живого–неживого». При построении «простых аналогий» часто невозможным оказывается усвоение инструкции; выполнение заданий «случайно», по произвольному конкретному способу. «Сложные аналогии» недоступны.

Также обнаруживается слабость регулирующей функции мышления и некритичность суждений при непоследовательности рассуждений.

Возможность перенесения обследуемым уже усвоенного опыта на выполнение аналогичных заданий приобретает особое значение в установлении степени выраженности дебильности. Возможность перенесения усвоенного опыта характеризует легкую степень дебильности.

Чем глубже выражена дебильность, тем беднее оказывается лексикон больного. Речь изобилует штампами, часто неверно употребляются слова («пустая словесная абстракция»). Это легко установить исследованием по методике подбора антонимов, когда проверяется не только словарный запас, но и соответствие слов определенному содержанию. Речь достаточно характерна. Устная речь имеет выраженные дефекты

произношения, косноязычие, шепелявость, плохое различение звуков, путаницу близких фонем, искажения слов при произношении (особенно сложных слов). Словарь, как пассивный, так и активный, мал. Слово часто является не понятием, а названием конкретных объектов. Речь плохо оформлена грамматически, фразы односложные. Письменная речь часто не сформирована.

Воображение характеризуется выраженным дефектом. В эксперименте оказываются невозможными даже составление рассказов из заданных слов, связанная передача событий из собственной жизни.

Эмоциональная сфера пациентов с олигофреническим патопсихологическим симптомокомплексом характеризуется незрелостью и малой дифференцированностью эмоциональных реакций. Тонкие оттенки чувств пациентам обычно недоступны. Высшие чувства слабо развиты. В переживаниях доминируют элементарные чувства, которые нередко исчерпываются удовлетворением физических потребностей. Осознание эмоций ограничено. Часты как переоценка своих возможностей, не критическое отношение к ним, так и переживание чувства своей неполноценности в связи с отрицательным отношением со стороны других людей, обиды за свою несостоятельность.

Мотивационно-потребностная сфера отличается низким уровнем мотивационной активности и малым мотивационным разнообразием. Отмечается низкий уровень мотивационного опосредования, слабость целеполагания. Характерна несформированность социально направленных мотивов. Отмечаются также дефицитарность волевой активности, высокая внушаемость. При этом можно отметить «угловатость» и несформированность тонких двигательных навыков.

Внешний облик пациентов часто отмечен дизонтогенетическими признаками. Характерны выраженное ослабление мимической экспрессии, гипомимия, гипопантомимия. Существенное значение имеют речевые нарушения, выраженные затруднения при усвоении инструкций, понимания смысла заданий. Работоспособность в эксперименте низкая, выражена истощаемость, существенно снижен темп психических процессов. Рабочий мотив не формируется, преобладает ведомость. Заинтересованность в результатах мала. Необходима активная стимуляция для получения продукции в эксперименте. Важным диагностическим аспектом является низкая обучаемость испытуемых в эксперименте. С этой целью на протяжении всего исследования проводится обучающий эксперимент, где испытуемому предлагаются разные виды обучающей помощи: стимулирующая, уточняющая, организующая и полный обу-

чающий урок. От степени выраженности олигофренического дефекта зависит использование испытуемым вида обучающей помощи, а, следовательно, и обучаемость будет различной, от небольшого снижения до полного отсутствия обучаемости.

Виды нозологических форм, при которых встречается данный патопсихологический симптомокомплекс, – это вся сборная группа олигофрений от хромосомных aberrаций до экзогенно-органических поражений головного мозга в первые три года жизни.

ЭКЗОГЕННО-ОРГАНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

Органические (экзо- и эндогенный) симптомокомплексы складываются из симптомов снижения интеллекта, распада системы прежних знаний и опыта, нарушений памяти, внимания, операционной структуры мышления; неустойчивости эмоций, снижения критических способностей.

Органический патопсихологический симптомокомплекс характерен для экзогенно-органических заболеваний от острой, подострой стадии менингитов и энцефалитов (первичных и вторичных), черепно-мозговых травм до опухолей головного мозга и геронтологических дегенеративно-атрофических психических заболеваний (болезнь Альцгеймера и др.).

Характерные нарушения когнитивных функций включают расстройства внимания и запоминания, абстрагирования, динамики мышления, качества аналитико-синтетических операций. В качестве основных вариантов синдрома выделяют ригидный, лабильный, мнестический.

Структура синдрома включает в себя целый ряд характерных особенностей когнитивной, эмоциональной, мотивационно-потребностной сфер.

Когнитивная сфера характеризуется специфическими особенностями восприятия, внимания, памяти и мышления.

Восприятие отличается, как правило, сужением объема.

Внимание носит различные черты в зависимости от структуры целостного синдрома. При ригидном варианте органического патопсихологического симптомокомплекса отмечается снижение объема, переключаемости, концентрации внимания, а также выявляется быстрое наступление истощения внимания. Лабильный вариант органического патопсихологического симптомокомплекса характеризуется снижением объема и устойчивости внимания. При мнестическом варианте описан-

ные выше нарушения внимания могут сочетаться и выступать в виде сужения объема, нарушения концентрации, повышенной истощаемости процесса.

Нарушения памяти являются типичными для всех трех вариантов органического патопсихологического симптомокомплекса и проявляются расстройством произвольного и непроизвольного запоминания, воспроизведения, хранения и забывания информации. Кратковременная память характеризуется низким объемом запоминания; ложными воспроизведениями (конфабуляциями), воспроизведением стимулов из предшествующих заданий. Отмечается выраженное про- или постактивное торможение следов. Иногда механическое запоминание относительно сохранно по сравнению со смысловым. Долгосрочная память отличается низким объемом, мозаичностью воспроизведения, наличием конфабуляций. При мнестическом варианте органического патопсихологического симптомокомплекса нарушения памяти существенно доминируют над расстройствами процесса мышления.

В структуре мышления возможно некоторое замедление темпа ассоциативного процесса, его подвижности; характерна также шаблонность ассоциаций. Классическим признаком выступает нарушение операциональной стороны мышления, проявляющееся заметным снижением уровня обобщения. В своих решениях пациенты опираются на несущественные, поверхностные признаки предметов и явлений – конкретные, ситуационные, случайные. Существенно нарушены операции абстрагирования, анализа и синтеза, особенно при взаимодействии с незнакомым материалом. По характеру нарушения динамики мышления можно выделить ригидный вариант органического симптомокомплекса (характерны низкий темп, инертность мышления, склонность к персеверациям) и лабильный вариант (лабильность мышления, отсутствие оформленной стратегии решения заданий). Возможно снижение мотивационного компонента мышления, снижение его целенаправленности, разноплановость. Обязательны нарушения критичности мышления (менее выраженные при мнестическом варианте).

Воображение отличается выраженным снижением его продуктивности, шаблонностью творческой продукции.

Речь имеет свои специфические особенности. Устная речь характеризуется нарушениями грамматики, обеднением просодики, низкой смысловой насыщенностью, часто смысловой ригидностью. Отмечаются персеверации. Письменная речь обращает на себя внимание крупным, неровным почерком; характерны нарушения грамматики, персеверации.

рации. При рисовании выявляется макрография, дрожащий, разорванный контур, персеверация элементов, конкретность.

Эмоциональная сфера характеризуется увеличением амплитуды, малой нюансированностью эмоциональных реакций. Отмечается низкий порог возникновения эмоционального ответа. Выявляется также выраженная инертность эмоциональных реакций, возможна тенденция к аффективной кумуляции. Направленность эмоционального ответа при этом в целом может быть адекватной. Характерны нарушения волевого контроля над аффективностью. Достаточно типичным является обеднение этических эмоций.

Мотивационно-потребностная сфера носит черты ослабления спонтанной мотивационной активности, мотивационной истощаемости. Выявляется низкое мотивационное опосредование, возможны нарушения целеполагания. Как правило, отмечается нарушение структуры и иерархии потребностей с резким доминированием утилитарно-гедонистических мотивов. Часто наблюдается актуализация агрессивных побуждений.

Характерный *habitus* может быть связан с усиленной малонюансированной мимической экспрессией (огрубленные черты лица, мало дифференцированная мимика). Часто наблюдается усиление моторной активности, пантомимики. Работоспособность в эксперименте обычно низкая, выражена истощаемость, снижен темп психических процессов. Характерны отказы от выполнения относительно более сложных заданий. Обычно удается мотивировать пациента на выполнение заданий, помощь и подсказка принимаются, но используются ограниченно, в зависимости от степени интеллектуального снижения. Стимуляция, как правило, превышает продуктивность в эксперименте. Реакция на неудачу в эксперименте у больных выражена, часто экстрапунитивной направленности.

Виды нозологических форм и синдромов, при которых встречается данный патопсихологический симптомокомплекс, – это широкий круг «органических» заболеваний головного мозга травматического, интоксикационного, сосудистого, опухолевого, метаболического, эндокринного, паразитарного генеза.

ЭНДОГЕННО-ОРГАНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

Эндогенно-органическому синдрому в клинике соответствуют истинная эпилепсия, первичные атрофические процессы головного мозга.

Характерными признаками эпилептического патопсихологического симптомокомплекса являются низкая переключаемость, инертность

психических процессов, склонность к детализации в восприятии и мышлении, специфические изменения эмоций и мотивации.

Более легкий вариант нарушений соответствует на уровне клиники так называемым «эпилептическим изменениям личности». В патопсихологическом исследовании наблюдается сохранность общей продуктивности, достаточный темп психических процессов, минимальны нарушения операционального компонента мышления. Проявляется склонность к детализации, инертность психических процессов. Специфичные эмоциональные нарушения контролируемы. Наряду с нарушениями мотивационной сферы сохраняется высокий уровень мотивационной активности. Иная патопсихологическая картина наблюдается в случаях преобладания в клинике специфического интеллектуального дефекта. Выражены непродуктивность и падение темпа психических процессов, нарушения памяти, внимания и всех компонентов мышления. В эмоциональной и мотивационной сфере вместо угодливости и демонстрации гиперсоциальных установок наблюдаются брутальность и эксплозивность.

Структура патопсихологического симптомокомплекса включает в себя ряд специфических изменений когнитивной, эмоциональной, мотивационной сфер.

Существенно изменяется темп психических процессов, наряду с явлениями общей брадикинезии у большинства больных они в различной степени замедлены. Когнитивная сфера характеризуется типичными для синдрома особенностями восприятия, памяти, внимания и мышления.

Уже в начальной стадии эпилепсии отмечаются изменения подвижности психических процессов. Явления инертности психической деятельности обнаруживаются даже при наличии в анамнезе у больных с начальными проявлениями эпилепсии единичных судорожных припадков при отсутствии еще заметных признаков интеллектуально-мнестического снижения.

Для больных эпилепсией характерен детализирующий тип восприятия, отражающий черты эпилептической психики в перцепции. Испытуемый подробно описывает мельчайшие детали предъявляемых ему изображений, затрудняясь в выделении целого. Аналогами детализирующего типа восприятия в мышлении являются снижение уровня обобщения и вязкость. С тенденцией к детализации у больных эпилепсией связано известное уменьшение количества «стандартных» интерпретаций в тесте Роршаха, характерных для здоровых и отражающих присущие норме перцептивные стереотипы. С нарастанием слабоумия

уменьшается и количество образов, характеризующихся динамичностью, снижается «показатель движения». Таким образом, для эпилептического интеллектуального дефекта характерно сочетание таких признаков, как понижение количества стандартных интерпретаций, отсутствие кинестетических интерпретаций, снижение количества ответов с интерпретацией пятна как целого, бедность, стереотипность содержания.

В структуре внимания наблюдается сужение объема и низкая переключаемость процесса, отсутствие истоцаемости внимания. Наряду с этим отмечается повышенная сосредоточенность на эмоционально-значимых объектах.

Память характеризуется нарушениями операционного, динамического и – менее – мотивационного компонентов процесса запоминания. В легких случаях обнаруживаются нарушения произвольной репродукции (концентрация внимания на удержании в памяти какого-либо слова приводит к ухудшению способности произвольной репродукции). Смысловая память страдает в меньшей степени, чем механическое запоминание. Долговременная память нарушается мало.

Течение эпилепсии сопровождается неуклонным ослаблением памяти. Вначале обнаруживается нарушение произвольной репродукции – концентрация внимания на воспроизведение в памяти какого-либо слова приводит к ухудшению способности репродукции. На последующих этапах обнаруживаются расстройства удержания и запоминания. Аналогичная последовательность нарушений памяти характерна и для церебрального атеросклероза без грубоочаговой патологии. Кривая запоминания у больных эпилепсией носит своеобразный характер. Количество воспроизводимых слов с каждым последующим повторением либо незначительно увеличивается, либо остается прежним. Не встречается, как при церебральном атеросклерозе, уменьшение количества слов, воспроизводимых при последующих повторениях. При более глубоких нарушениях памяти у больных эпилепсией кривая запоминания носит более пологий характер.

В структуре мышления выявляется снижение темпа ассоциативного процесса, шаблонность ассоциаций. Характерно снижение уровня обобщения, склонность актуализировать в качестве опорных при обобщении конкретные ситуационные и личностно-значимые признаки. Типичный стиль выполнения мыслительной задачи – функционально-эгоцентрический. Отмечаются выраженные нарушения динамики – инертность мышления, склонность к детализации и персеверациям. Выявляется также нарушение критичности мышления, выраженный эго-

центризм суждений. Иногда отмечается специфическое резонерство, возникающее по бытовым, лично-значимым основаниям, часто имеющее оттенок морализации, не сопровождающееся нарушением целенаправленности суждений.

Обнаруживаемая при исследовании больных эпилепсией инертность протекания ассоциативных процессов характеризует их мышление как тугоподвижное, вязкое. Эти особенности отмечаются и в произвольной речи больных: они «топчутся» на месте, не могут отвлечься от второстепенных, малосущественных деталей. Но при этом цель высказывания больным не теряется. Инертность, вязкость мышления больных эпилепсией отчетливо выступает в словесном эксперименте. Об этом свидетельствуют увеличение латентного периода, частые эхολалические реакции, однообразное повторение одних и тех же ответов. Часто на слова-раздражители больные отвечают стереотипными рядами слов либо называют слова из своего профессионального обихода, иногда в качестве ответной реакции подбираются прилагательные, обозначающие цвет данного предмета. Иногда ответные слова относятся к предыдущим словам-раздражителям («запаздывающие» речевые реакции). Включение себя в описываемую ситуацию рассматривается как признак преобладания конкретных представлений в мышлении больных эпилепсией, недостаточности в осмыслении условного характера задания, как проявление эгоцентрических тенденций.

Уже в обычной беседе больные эпилепсией обнаруживают склонность к чрезмерной обстоятельности, детализации. Еще больше эти особенности эпилептического мышления выступают при описании больными сложного рисунка или при пересказе текста. При этом больные подмечают совершенно несущественные детали, фиксируют на них свое внимание.

Затруднения в выделении существенных признаков предметов и явлений характеризуют наблюдающиеся при эпилепсии снижение уровня процессов обобщения и отвлечения. Больные эпилепсией производят классификацию по конкретно-ситуационному признаку. При этом можно услышать такие рассуждения: «морковь, лук, помидор – это я всегда в борщ кладу»; «врач, ребенок, термометр – все это в больнице, и уборщица в больнице нужна». Характерно образование в процессе классификации нескольких мелких, близких по содержанию групп, например, выделяется посуда металлическая и стеклянная, обувь и головные уборы образуют отдельные группы и не объединяются с одеждой.

Часто наблюдающиеся у больных эпилепсией пустые рассуждения создают картину своеобразного резонерства, отличающегося от резонерства при других заболеваниях, прежде всего от шизофренического. Резонерство больных эпилепсией носит характер компенсаторных рассуждений. Его особенности проявляются в поучительном, типе сентенций, тоне высказываний, отражающих некоторую патетичность и переоценку собственного жизненного опыта, в то время как эти высказывания носят характер неглубоких, поверхностных, бедных по содержанию суждений, содержат шаблонные, банальные ассоциации. Их резонерские рассуждения всегда приурочены к конкретной ситуации, от которой больному трудно отвлечься.

Следует отметить также непонимание юмора больными эпилепсией. Чувство юмора у больных эпилепсией тем больше страдает, чем раньше началось заболевание и чем хуже была успеваемость больного в школе. Непонимание юмора больными эпилепсией связывают с тугодумием, склонностью к резонерству, затруднениями в выделении существенного и тенденцией к детализации.

Характерны наблюдающиеся у больных эпилепсией расстройства речи – замедление ее темпа, употребление уменьшительных слов и речевых штампов, олигофазии. Речь пациентов очень характерна. Устная речь характеризуется изменениями темпа, часто логореей или олигофазией, использованием в речи уменьшительно-ласкательных суффиксов (слащавость), своеобразием речевой стилистики (патетический, официальный стиль). Письменная речь отличается аккуратностью, педантичностью, каллиграфическим характером почерка, шаблонными фразами и персеверациями.

Непосредственно после припадка при наличии расстроенного сознания у больных обнаруживается асимболия – нарушена способность узнавать предмет и его назначение. По мере восстановления сознания асимболия исчезает, указывает А.Н. Бернштейн, и проявляется амнестик-афатический комплекс (острая послеприпадочная олигофазия). Олигофазия проявляется в том, что больные узнают показываемый им предмет и обнаруживают знание его свойств и назначения, но назвать предмет не могут. Затруднения называния предметов в послеприпадочный период неоднородны: более знакомые, обыденные предметы больные называют раньше, чем менее знакомые по прежнему жизненному опыту.

В качестве важнейшей характеристики процесса воображения следует отметить как наиболее типичную черту использование клише.

В структуре эмоциональной сферы отмечается увеличение амплитуды и снижение подвижности эмоциональных реакций. Выражена склонность к кумуляции аффекта, что в сочетании с нарушением волевого контроля над негативными эмоциями может проявляться в периодических брутальных эмоциональных разрядах. Характерной является диссоциация между демонстрируемой доброжелательностью, угодливостью и внутренней фиксацией на негативных эмоциональных аспектах. Типично переживание чувства обиды и злопамятность по отношению к конкретным фрустрирующим лицам и обстоятельствам, а также переживание чувства ревности. Возможны длящиеся дисфорические состояния – состояния тоскливо-злобного настроения с постепенно, исподволь накапливающим аффектом, который разряжается в бурных аффективных реакциях по часто незначительному, незаметному для окружающих поводу, который играет роль «последней капли».

Во всех случаях обнаруживаются специфические нарушения мотивационно-потребностной сферы. Спонтанный уровень мотивационной активности пациентов, как правило, высокий. Отмечается преобладание эгоцентрических, в случае выраженных личностных изменений – утилитарно-гедонистических мотивов. Наблюдается диссоциация с демонстрируемыми пациентами альтруистическими, просоциальными основаниями своего поведения. У больных усилены агрессивные и сексуальные побуждения. В поведении проявляется преимущественная склонность к порядку и аккуратности.

Экспериментально-психологическое исследование выявляет целый ряд характерных особенностей личности больных эпилепсией. У больных эпилепсией, в частности, была обнаружена инертность уровня притязаний. Экспериментально-психологические данные позволяют судить об углубляющихся с течением эпилептического процесса нарушениях самооценки больных, проявляющихся в нарастании неадекватности уровня притязаний уровню реальных возможностей. Для эпилепсии характерны также и прогрессирующие нарушения самооценки. По мере углубления психического дефекта нарастают явления недостаточной критичности к себе, недооценка неблагоприятных жизненных факторов, усиливается преобладание импунтивных реакций, становится все более частой преувеличенно-оптимистическая оценка будущего.

Можно отметить замедленность в движениях, мимическую бедность. Характерен низкий или невысокий темп работы в эксперименте, что часто существенно удлиняет исследование. Мотив участия в исследовании часто оформляется как стремление соответствовать ожиданиям

экспериментатора. Работоспособность в эксперименте варьирует, истощаемость отсутствует. Помощь и подсказка принимаются, но используются ограниченно, в зависимости от степени интеллектуального снижения. Испытуемые часто высказывают благодарность за исследование.

Виды нозологических форм, при которых встречается данный патопсихологический симптомокомплекс, – это генуинная и симптоматическая эпилепсия, органические заболевания головного мозга, последствия черепно-мозговой травмы с судорожным синдромом, органические расстройства личности, эпилептоидная психопатия.

ЛИЧНОСТНО-АНОМАЛЬНЫЙ СИНДРОМ

В клинике личностно-аномальному симптомокомплексу соответствуют акцентуированные и психопатические личности.

Психопатия – стойкая аномалия личности, характеризующаяся дисгармонией эмоционально-волевой сферы и своеобразным, преимущественно аффективным мышлением. Психопатические особенности проявляются в детстве или юности и без значительных изменений сохраняются в течение всей жизни, они пронизывают всю личность, определяют ее структуру и обычно препятствуют полноценной адаптации личности к окружающей среде. Психопатия рассматривается как аномалия характера, личности и не является поэтому психической болезнью. Для установления психопатии как нозологического диагноза важно наличие так называемой триады Ганнушкина: тотальность характерологических нарушений, их стойкость и изменения социальной адаптации.

В современной версии МКБ-10 термин «психопатия» уже не используется; вместо него применяется понятие «расстройство личности». Однако в психологической литературе терминология, связанная с понятием «психопатическая личность», по-прежнему встречается, поскольку на практике оно разработано в большей степени, чем «личностное расстройство».

В отечественной психиатрии наиболее теоретически стройной является классификация О.В. Кербикова (1961, 1962). Он выделял тормозных личностей, к которым относил астеников, психастеников и патологически замкнутых и возбудимых, истерических, неустойчивых, мозаичных и сексуальных психопатов. У большинства психопатических личностей независимо от вариантов личностной патологии выявляются извращения в сфере мыслительной деятельности в виде недостатков

прогнозирования, отсутствия опоры на собственный опыт, парциальной не критичности. При этом в одних случаях эти изменения носят свойства ригидной негибкости умозаключений, односторонности выводов, некорригируемости суждений, в других – поспешности и легковесности суждений, легкости и непродуманности в принятии решений. В ряде случаев отмечается склонность к преобладанию волевых изменений с неустойчивостью интересов и привязанностей, сменой увлечений, в других – с односторонностью и необычностью пристрастий. Разнообразие эмоциональных проявлений с преобладанием в одних случаях стеничных, активных эмоций и яркостью их проявлений, в других – с тяготением к астеническому полюсу переживаний позволяет наметить ряд группировок, включающих разнообразные варианты личностной патологии. Можно говорить о психопатиях с преобладанием изменений в сфере мышления, к ним можно отнести шизоидов, психастеников, паранойяльных; о психопатиях с преобладанием аффективных нарушений – эпилептоидов, возбудимых, циклоидов, истеричных; о психопатиях с преобладанием волевых нарушений – неустойчивых, безвольных, с расстройствами влечений.

Возбудимый тип. Ведущими характерологическими чертами этих лиц являются повышенная раздражительность, возбудимость в сочетании со взрывчатостью, злобностью, злопамятностью, склонностью к колебаниям настроения с преобладанием угрюмо-злобного его фона, мстительностью, вязкостью аффективных реакций. Повышенная раздражительность, склонность к бурным проявлениям аффектов в ответ на часто незначительные поводы проходит красной нитью через всю жизнь таких психопатических личностей. Их называют также взрывчатыми, или эксплозивными, психопатами. По малейшему поводу у них может возникнуть неадекватно сильная злобная реакция, во время которой они не только кричат на окружающих, осыпая их бранью и всяческими оскорблениями, но переходят и к прямым агрессивным действиям: замахиваются стулом, пытаются душиить, нападают с ножом. Психопатические личности из группы возбудимых в силу их неуживчивости, конфликтности, постоянных столкновений с окружающими в судебно-психиатрической практике встречаются значительно чаще, чем в практике лечебной.

Вне приступов возбуждения взрывчатые психопатические личности могут критически оценивать свое поведение и тяготиться им, однако этой критической оценки хватает только до новой гневливой вспышки, до нового пустякового повода к ней. Значительно чаще возбудимые

психопатические личности по прошествии очередной вспышки и при наступившем затем успокоении не признают себя неправыми и во всем обвиняют окружающих. Психопатическим личностям из группы возбудимых обычно свойственны большая настойчивость и упорство в достижении целей. Нередко именно при встрече с препятствием на пути к желаемому возникает гневливо-яростная вспышка, что, впрочем, не мешает больному давать такие же вспышки и по любому другому поводу.

У некоторых психопатических личностей из группы возбудимых в их постоянном, обычном для них психическом состоянии преобладают вязкость, обстоятельность мышления, инертность эмоций и мелочный педантизм. Этот вариант психопатии в силу некоторого сходства с особенностями психики больных эпилепсией получил наименование эпилептоидной психопатии.

Для психики личностей из группы возбудимых характерны также эгоцентризм, искание предвзято понимаемой «справедливости», склонность к сутяжному развитию. Характерны также периодически наступающие состояния расстройства настроения. Это могут быть депрессивные реакции, возникающие по любому поводу, а особенно при невозможности получить желаемое, но наиболее типичны тоскливо-злые состояния с примесью тревоги или страха – так называемые дисфории. Дисфории чаще возникают без внешнего повода, внезапно, длятся несколько часов, реже – несколько суток и столь же внезапно прекращаются. В эти периоды больные особенно склонны проявлять агрессию, совершить попытку самоубийства или прибегнуть к алкоголю.

Это чаще всего «недовольные всем и вся» люди, постоянно ищущие повод для придирок. Колебания настроения у них обычно обусловлены внешними причинами, может наблюдаться и повышенное настроение, однако оно не достигает радостного отношения к жизни. Обычно возбудимые психопатические личности злобны, им недостает разумности и холодной оценки ситуации. Поэтому мелкие каждодневные неприятности вызывают у них выраженные эмоциональные взрывы, иной раз по ничтожному поводу развиваются вспышки неудержимого гнева. Особенно четко это проявляется в частых семейных конфликтах.

Психопатические личности этой группы чрезвычайно нетерпимы к чужому мнению, нетерпеливы, не выносят противоречий. Эти свойства в сочетании с присущим им эгоизмом, нежеланием считаться с интересами других дают множество поводов для плохих взаимоотношений с окружающими. Повседневные столкновения приводят к представлению о каком-то особом их значении. Появляются мысли и высказывания о

том, что их «не понимают», «недостаточно ценят» на работе и дома. Многие психопатические личности возбудимого типа склонны к переоценке своих умственных способностей, часто считают себя людьми, стоящими выше среднего уровня. На фоне неприязненных отношений с окружающими эти свойства выливаются в мелочную придирчивость, подозрительность. Они обидчивы, злопамятны, мнительны, настороженно относятся к близким, которые часто не принимают их требований, противятся их притязаниям. Такое отношение обычно лишь усугубляет многочисленные конфликты.

Многие психопатические личности этой группы становятся сварливыми спорщиками, вступая в споры по любому поводу. При этом они проявляют излишнюю горячность, стараются доказать свою правоту не столько логическими доводами, сколько попытками «перекричать» оппонентов. Свойственная им прямолинейность, отсутствие гибкости выливаются в непреодолимое упрямство. У некоторых из них вырабатывается своеобразная поза «борца за справедливость», за «попранные права». Они стараются представить себя более честными, прямыми, справедливыми, чем окружающие. Иногда они вступают в конфликты, когда «несправедливость» касается третьих лиц, но быстро переключаются на свои личные эгоистические интересы.

Большинству из них свойственны мелочность, скардность, интересы их ограничены вопросами личного благополучия, собственного здоровья, материальной обеспеченности. Обычно склонность к раздражительности, взрывчатости приводит к тому, что психопатические личности этой группы неуживчивы в коллективе, часто меняют место службы.

На фоне этих основных свойств личности, характерных для возбудимой психопатии, могут проявляться некоторые дополнительные черты, позволяющие выделять различные варианты этой группы. В одних случаях это защитные черты: лстивость, педантичность, аккуратность, ханжество, злопамятность, жестокость, напоминающие эпилептические черты, в других случаях – несдержанность, отсутствие попыток скрывать свои чувства, некоторая театральность их эксплозивных проявлений, склонность к слезливости в состоянии возбуждения, то есть особенности, внешне напоминающие истерические признаки. Эти дополнительные свойства служат как бы надстройкой над основной структурой психопатической личности, придавая соответствующие оттенки аффективным проявлениям. По мнению О.В. Кербикова (1962), возбудимая психопатия формируется с клинической отчетливостью в возрасте 20–24 года.

Выделяют следующие варианты психопатии возбудимого типа: с эксплозивностью, вязкостью и с отдельными истерическими признаками. Первому варианту присуща резкая возбудимость со склонностью к разрушительным действиям и самоповреждениям на фоне аффективно суженного сознания; второму – возбудимость по дисфорическому типу с застреванием аффекта на фоне таких характерологических особенностей, как мелочность, педантичность, вязкость, эмоциональная ригидность и жестокость (эпилептоидная психопатия); третьему – возбудимость с чертами демонстративности, театральности и утрированности во время аффекта (на границе с психопатией истерического типа).

У лиц, страдающих психопатией возбудимого типа, отмечается высокая склонность к алкогольным эксцессам. Спокойное поведение и решительные меры окружающих обычно оказывают успокаивающее действие на психопатов.

Тормозимый тип. В эту группу объединены патологические личности, в структуре которых ведущее место занимают *астенические*, *психастенические* и *шизоидные* патохарактерологические проявления. Основанием для такого рода объединения является тормозной, пассивный характер реакций на различные психотравмирующие события.

У астенических психопатических личностей с детства наблюдаются повышенная робость, нерешительность, впечатлительность. Особенно застенчивыми они становятся в новой обстановке, среди малознакомых людей, где их не покидает чувство собственной неполноценности. Повышенная чувствительность, «мимозность» проявляются у таких лиц как в отношении психических раздражителей, так и физических нагрузок. При этом ими ощущаются выраженные колебания работоспособности, спады настроения, усталость, разбитость.

С детства постоянным свойством этих личностей является эмоциональная лабильность, напоминающая «раздражительную слабость» больных неврастенией, выступающая в виде вспышек аффекта при любом непосильном для них напряжении. Характерен несколько угнетенный фон настроения с легко возникающей тревогой, неуверенностью в себе при столкновении даже с незначительными трудностями.

В подростковом возрасте к этим астеническим патохарактерологическим особенностям могут присоединяться психастенические черты. У таких лиц выявляются повышенная рефлексия, стремление к постоянному самоанализу и самоконтролю: с опасением и тревогой они относятся ко всему новому, вызывающему у них усиление страха, чувство собственной неполноценности. Часто при этом обнаруживается склон-

ность к навязчивым сомнениям, легко формируются различного рода фобии (психастенический вариант тормозимой психопатии).

Волевые проявления психопатических личностей тормозимого круга в целом характеризуется недостаточностью: часто можно отметить слабость влечений у таких лиц – плохой аппетит, отставание в половом развитии и аномальная сексуальность в зрелом возрасте (импотенция, гомосексуализм, педофилия). Характерны и такие соматические компоненты, как головная боль, расстройства сна, неприятные ощущения в области сердца. Неизбежные столкновения с окружающей средой в большинстве случаев сопровождаются у этих лиц астеническими эмоциями подавленности, стыда, чувством поражения и малодушного страдания.

Присущие тормозимым психопатическим личностям патохарактерологические особенности часто препятствуют их адаптации в коллективе и способствуют созданию конфликтных ситуаций в различных сферах межличностных отношений (производственных, семейных). В такого рода конфликтных ситуациях наступает психопатическая реакция с обострением чувства неполноценности, с фиксацией на ипохондрических переживаниях. Подобный «психопатический цикл» представляется типичным механизмом количественного утяжеления патохарактерологических особенностей, присущих психопатическим личностям тормозимого типа. В хронических психотравмирующих условиях возможно усложнение структуры психопатии с развитием вторичных истерических или параноических черт характера. Тормозимая психопатия формируется в возрасте 12–15 лет.

Психопатический (лично-аномальный) симптомокомплекс складывается из эмоционально-волевых расстройств, изменения структуры иерархии мотивов, неадекватности уровня притязаний и самооценки, нарушений прогнозирования и опоры на прошлый опыт.

Структура синдрома определяется типом личностного расстройства, что при исследовании познавательной деятельности проявляется опосредованно или может не проявляться. Более заметно познавательная деятельность нарушается у пациентов, страдающих расстройством личности возбудимого типа, с невысоким интеллектуальным уровнем, находящихся в состоянии выраженной декомпенсации.

Возбудимый вариант лично-аномального патопсихологического симптомокомплекса имеет своеобразную структуру, отличающуюся относительной сохранностью когнитивной сферы: восприятие, внимание и память обычно не страдают или их нарушения не связаны со

структурой синдрома. Мышление также, как правило, страдает незначительно или не страдает совсем. При общей сохранности категориального строя и динамики мышления возможны значительные колебания продуктивности (импульсивность в работе, внезапные отказы), нарушение обобщения по типу актуализации несущественных, лично-значимых признаков, возможная проекция (главным образом, агрессивная) в ассоциативном эксперименте, пиктограмме; нарушение критичности. Как правило, отмечается высокая аффективная обусловленность мышления.

Воображение может иметь некоторые отличительные особенности. Так, в частности, возможна проекция установок (например, агрессивных, садистических) в заданиях типа «рассказ по серии картинок». Отмечается достаточная реалистичность воображения, в ряде случаев может быть повышена его оригинальность.

Речь обычно достаточно хорошо интонированная, часто сопровождаемая активной мимикой и жестикуляцией. Нередко использование в устной речи ненормативных, жаргонных слов.

Эмоциональная сфера характеризуется увеличением амплитуды и подвижности эмоциональных реакций. При этом возможна яркая эмоциональная экспрессия. Как правило, отмечается снижение порога возникновения эмоционального ответа. Достаточно характерны также эксплозивность, склонность к эмоциональному «самовзвинчиванию». В большинстве случаев отмечаются выраженная нестабильность аффективного фона, нарушение или снижение волевого контроля над эмоциями, ослабление этического контроля.

В мотивационно-потребностной сфере наблюдаются ее деформация с доминированием примитивных (агрессивных, утилитарно-гедонистических) мотивов, слабость звучания альтруистических мотивов. Характерны нестабильность и завышение уровня притязаний, неадекватное повышение и неустойчивость самооценки.

Заострение свойств личности можно отметить при беседе, изучении анамнеза, экспериментальном исследовании различными личностными опросниками и проективными тестами (значительное повышение / понижение балльных оценок по тем или иным шкалам, типам реакций и т. п.). Нестабильный, завышенный уровень притязаний, завышенная самооценка выявляются в клинико-психологической беседе, в ходе экспериментального исследования (подчеркивание своей правоты, своих положительных качеств и достоинств в процессе беседы, неадекватная личностная экстрапунитивная реакция на критику при исследо-

вании познавательной деятельности и др.). Повышенную конфликтность в межперсональных отношениях можно наблюдать в ситуации эксперимента (нарушение дистанции, провокационные вопросы и высказывания испытуемого и др.). Возможно проецирование интерперсональных конфликтов в тестах (пиктограмма, рассказ по картинке, рассказ по серии картинок и др.). Нарушение аффективного контроля проявляется в неадекватных стимулу интенсивности и длительности реакций, трудности их переключения, что может отмечаться в анамнезе, при беседе и экспериментальном исследовании (например, шоковые реакции на эмоционально значимые понятия в ассоциативном эксперименте, методике пиктограмм). Выраженная аффективная обусловленность мышления проявляется в колебаниях продуктивности, качества выполнения по принципу интересности–неинтересности, успешности–неуспешности. Импульсивность в работе, нарушения волевого контроля особенно заметны при предъявлении достаточно длинной серии однотипных заданий («выделение существенных признаков», «исключение» и др.) Часто отмечается формирование оппозиционно-негативистических или других искажающих установок в эксперименте. При общей сохранности категориального строя и операций мышления в ряде случаев возможны неадекватные решения, связанные с искажением обобщения по типу актуализации второстепенных, лично-значимых признаков, при этом значимость избранного варианта часто подчеркивается испытуемым («Я так считаю»).

К видам нозологических форм, при которых встречается возбужденный вариант лично-аномального патопсихологического симптомокомплекса, относятся: расстройства личности (психопатии), ремиссии и дисгармонические изменения личности при шизофрении, органических заболеваниях головного мозга, черепно-мозговых травмах.

Торпидный вариант лично-аномального патопсихологического симптомокомплекса также имеет структуру, характеризующуюся относительной сохранностью интеллектуально-мнестической деятельности.

Восприятие, внимание и память обычно не страдают, их сохранность коррелирует с уровнем интеллектуального развития.

В структуре мышления при общей сохранности категориального строя и динамики мышления возможны колебания продуктивности, нарушения обобщения по типу актуализации несущественных, лично-значимых признаков, возможная проекция (главным образом внутренних конфликтов) в ассоциативном эксперименте, методике пиктограмм, заданиях «рассказ по картинке» и т. п.

Продуктивность воображения варьирует. Значимость оценки экспериментатора в процессе экспериментально-психологического исследования, как правило, высокая. Отмечается достаточная реалистичность воображения, возможно повышение его оригинальности.

В эмоциональной сфере, как правило, отмечается повышенный уровень тревожности. Характерен сниженный порог возникновения эмоционального ответа. Реакция на внешние раздражители (в том числе на замечания экспериментатора) адекватна по направленности, неадекватно повышена по силе. Отмечается своеобразная аффективная «застреванность».

Мотивационно-потребностная сфера характеризуется направленностью мотива деятельности на избегание неуспеха. Система ценностей – дополняющая, неустойчивая, характерна преимущественно низкой самооценкой, произвольная волевая регуляция деятельности, как правило, слабая, в организации познавательных процессов большая роль отводится эмоциональной вовлеченности, чувству безопасности в ситуации эксперимента.

Заострение свойств личности подразумевает выделение основного радикала, психологических особенностей, определяющих стиль восприятия и мироощущения. Они влияют на степень адаптации в социуме и самооценку. В силу неуверенности и тревожности она будет характеризоваться неустойчивостью и тенденцией к снижению. У таких людей чаще преобладает дополняющая система ценностей, что указывает на превалирование вытеснения как механизма защиты. Мотив будет направлен на избегание неуспеха, подкрепление своих ответов. Реакция на критику преимущественно интрапунитивная личностная. Стимулом для работы здесь являются похвала и одобрение, критика усиливает тревожность и снижает результаты. Первостепенным является внутренний характер конфликта, который порождает внешние противоречия. Что касается познавательных процессов, то сохранность основных компонентов мышления, памяти, внимания коррелирует с достаточной интеллектуальной базой. При сниженных интеллектуальных показателях внимание селективно, отмечается значительная вработываемость, что влияет на мнестические показатели (кривая запоминания носит нарастающий или зигзагообразный характер). При общей способности оперировать категориями, проводить анализ и синтез возможны искажения обобщения по личностно-значимым и второстепенным признакам, формирование суждений на основе конкретно-ситуационных связей.

Виды нозологических форм, при которых встречается торпидный вариант личностно-аномального симптомокомплекса: расстройства личности (психопатии), ремиссии и дисгармонические изменения личности (психопатоподобные состояния) при шизофрении, органических заболеваниях головного мозга, черепно-мозговых травмах и др.

ПСИХОГЕННО-ПСИХОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

В клинике психогенно-психотическому синдрому соответствуют реактивные психозы.

Реактивные психозы представляют собой разнообразные в клиническом отношении расстройства психотического уровня, возникающие в результате действия психических травм, превышающих адаптационно-компенсаторные возможности индивидуума. Одним из характерных качеств этой группы психических расстройств является их временный и обратимый характер. Вместе с неврозами они составляют группу реактивных состояний. Однако патогенез, закономерности развития и особенности психопатологических расстройств при реактивных психозах отличаются от таковых при неврозах. Основным клиническим признаком реактивных психозов является продуктивная психотическая симптоматика, которая отсутствует при неврозах. Наряду с этим для них характерны острота, большая глубина и лабильность нарушений психических функций, что сопровождается утратой способности критически оценивать свое состояние, ситуацию и адаптироваться к ней. Вместе с тем очевидна нозологическая общность неврозов и реактивных психозов. Об этом свидетельствует возможность перерастания неврозов в психозы и наоборот. К реактивным психозам относятся: аффективно-психогенные шоковые реакции, истерические психозы (истерическое сумеречное помрачение сознания, псевдодеменция, пуэрилизм, истерический синдром бредоподобных фантазий, синдром регресса психики, истерический ступор), реактивная психогенная депрессия, реактивные психогенные параноиды.

Реактивные психозы развиваются чаще всего после шоковых, сверхсильных психических травм. Психические травмы отличаются большой силой, интенсивностью и внезапностью действия (стихийные бедствия, внезапные нападения с угрозой для жизни). Ввиду непосредственного воздействия на инстинктивную сферу человека сами эти воздействия не осознаются человеком в полной мере, а в силу быстроты действия не вызывают сознательной интрапсихической переработки их

содержания и значения. Поэтому такие психические травмы обычно приводят к реактивным психозам типа аффективно-шоковых реакций (с психомоторным возбуждением, либо, напротив, с обездвиженностью), а также другим реактивным психозам с более сложными психопатологическими картинами – истерическим, бредовым и депрессивным психозами.

Основным клиническим критерием реактивного психоза является отсутствие достаточной интрапсихической переработки ситуации, что сопровождается отсутствием переживания психопатологических расстройств как личностно чуждых и болезненных, для клиники характерна «реактивная триада» Ясперса.

ПСИХОГЕННО-НЕВРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

В клинике психогенно-невротическому синдрому соответствуют неврозы и невротические реакции.

Неврозы. Термину «невроз» более 200 лет. Из первоначального определения этого заболевания сохранилось только представление о неврозе как о функциональном нарушении. Трудно выделить одну какую-то черту, свойственную неврозу. Ни отсутствие патологоанатомических изменений, ни признак обратимости, ни критерий легкости нарушений, ни определение невроза как психогенного нарушения, ни социабельность этих больных, ни критическое отношение к своему состоянию, ни установка на получение лечения не могут быть достоверными признаками невроза.

В.А. Гиляровский дал следующее определение невроза: «неврозы – это болезненно переживаемые и сопровождаемые расстройствами в соматической сфере срыва личности в ее общественных отношениях, вызванные психическими факторами и не обусловленные органическими изменениями, с тенденцией к активной переработке и компенсации». В отличие от реактивных психозов, при неврозах имеется личностная переработка психотравмы, она болезненно переживается и проявляется комплексом преимущественно эмоционально-поведенческих и соматовегетативных расстройств. При неврозах происходит «срыв» личности в ее отношениях с окружающими, и человек обычно стремится к преодолению и компенсации возникающих расстройств. Таким образом, основные особенности неврозов: 1) психогенный фактор как причина; 2) вегетосоматические проявления; 3) личностный характер; 4) тенден-

ция к переработке возникших нарушений в соответствии с социальной значимостью психической травмы.

Психические травмы, лежащие в основе неврозов, обычно не отличаются такой остротой и интенсивностью, как при реактивных психозах. Однако явно прослеживается их зависимость по степени патогенности от сложившихся в течение жизни особенностей личности, создающих различную степень свободы реагирования человека на возникшую ситуацию. При этом важнейшим элементом личностного реагирования (с комплексом расстройств невротического уровня) на патогенные события являются особенности функционирования системы «психологической защиты».

Невроз определяют как психогенное (конфликтогенное) функциональное личностное расстройство, которое проявляется преимущественно эмоциональными нарушениями, нарушениями поведения и нарушениями нейровегетативной регуляции внутренних органов. Невроз – это следствие неразрешимого внутриличностного мотивационного конфликта при недостаточной эффективности механизмов психологической защиты.

На фоне взаимодействия психической травмы и особенностей структуры личности формируется ключевое звено патогенеза неврозов – **интрапсихический невротический конфликт**. Невротический конфликт по своей сути есть конфликт психологический, мотивационный, однако он имеет значительную устойчивость и силу, приводящую в конечном счете к продуцированию болезненных симптомов – невроза.

В отечественной психиатрии наличие специфического внутриличностного конфликта служит одним из критериев позитивной диагностики неврозов. В.Н. Мясисев рассматривал три основных типа невротических конфликтов: истерический, обсессивно-психастенический и неврастенический.

Истерический конфликт определяется чрезмерно завышенными претензиями личности, всегда сочетающимися с недооценкой или полным игнорированием объективных реальных условий и требований окружающих. Данный тип конфликта отличается превышением требовательности к окружающим над требовательностью к себе и отсутствием адекватного критического отношения к своему поведению («я хочу, хотя и не имею права»). В генезе этого типа конфликта существенную роль играют особенности семейного воспитания, когда стимулируется стремление ребенка быть в центре внимания окружающих (воспитание по типу «кумира семьи»). Таких лиц отличает превышение требова-

тельности к окружающим над требовательностью к себе, у них несколько ниже способности тормозить свои желания, противоречащие общественным требованиям и нормам.

Второй (*обсессивно-психастенический*) тип невротического конфликта обусловлен противоречивыми собственными внутренними тенденциями и потребностями, борьбой между желанием и долгом, между моральными принципами и личными привязанностями («я хочу, но не могу решиться»). При этом, если даже одна из тенденций становится доминирующей, но продолжает встречать сопротивление другой, создаются благоприятные возможности для резкого усиления психического напряжения и возникновения невроза навязчивых состояний. Особое значение для формирования этого типа конфликта имеют усиленные личностные черты по типу неуверенности, нерешительности, которые формируются с детства в условиях воспитания, когда имеет место предъявление противоречивых требований к личности.

Конфликт третьего типа (*неврастенический*) представляет собой противоречие между возможностями личности, с одной стороны, ее стремлениями и завышенными требованиями к себе – с другой («я хочу, но у меня не хватает сил»). Особенности конфликта этого типа чаще всего формируются в условиях, когда постоянно стимулируется нездоровое стремление к личному успеху без реального учета сил и возможностей индивида. В определенной степени возникновению данного типа конфликта способствуют и высокие требования к человеку, предъявляемые все возрастающим темпом современной жизни.

По мере углубления невротических расстройств в динамике невроза наблюдаются и усугубление соматобиологических сдвигов, перестройка гомеостаза (психоэндокринных соотношений, вегетативной регуляции), однако грубой органической деструкции органов, как это происходит при психосоматических заболеваниях, не происходит. Возможно, отмечают П.И. Сидоров, А.В. Парняков, что невроз – это не только своеобразная личностная адаптация к психотравмирующим воздействиям социальной среды, но и своеобразная «защита» организма от органической деструкции при увеличении психоэмоционального напряжения путем использования особых невротических механизмов перестройки гомеостаза.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Современный врач (терапевт, психиатр), исследуя актуальное психическое состояние пациента, использует в своей работе, наряду с клиническими, также и экспериментально-психологические методы исследования. Экспериментально-психологическое исследование, направленное на верификацию психического статуса с выделением того или иного патопсихологического синдрома, дает важную дополнительную информацию для врача, которая используется им при постановке диагноза, при определении групп нетрудоспособности (медико-социальная экспертиза), а также с целью оценки эффективности проводимой врачом медикаментозной терапии. Прежде всего врачи применяют психологические методики, направленные на исследование процессов памяти, внимания, мышления, уровня и структуры интеллекта. Достаточно популярны и в психиатрической клинике, и в клинике внутренних болезней психологические методики, оценивающие эмоциональную сферу пациента. К ним относятся тесты на выявление тревожности, депрессии, враждебности, агрессивности. Использование этих методик позволяет врачу фиксировать изменения в эмоциональных переживаниях больного в процессе терапии, что особенно важно при курировании пациента, перенесшего инфаркт или инсульт. Психологические реакции на тяжелое или хроническое соматическое заболевание, часто с присоединением вторичной невротической симптоматики, могут утяжелять прогноз болезни, требуя вмешательства психолога или психотерапевта.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

1. ЯВЛЕНИЕ, КОГДА ЭМОЦИЯ В ОБХОД КОНТРОЛИРУЮЩЕЙ ФУНКЦИИ СОЗНАНИЯ, МИНУЯ КОГНИТИВНУЮ ПЕРЕРАБОТКУ, НЕПОСРЕДСТВЕННО РЕАЛИЗУЕТСЯ В ПОВЕДЕНИИ, НАЗЫВАЕТСЯ
 - а) тревожность
 - б) агрессивность
 - в) импульсивность
 - г) сенситивность
 - д) амбивалентность
2. ДИССОЦИИРОВАННОСТЬ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ
 - а) шизофренического патопсихологического синдрома
 - б) экзогенно-органического патопсихологического синдрома
 - в) эндогенно-аффективного патопсихологического синдрома
 - г) личностно-аномального патопсихологического синдрома
 - д) олигофренического патопсихологического синдрома
3. ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ АМБИВАЛЕНТНОСТЬ ВСТРЕЧАЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИ
 - а) атеросклерозе
 - б) эпилепсии
 - в) неврозах
 - г) болезни Альцгеймера
 - д) шизофрении
4. РЕЗОНЕРСТВО ВХОДИТ В СТРУКТУРУ
 - а) эндогенно-аффективного патопсихологического синдрома
 - б) экзогенно-органического патопсихологического синдрома
 - в) шизофренического патопсихологического синдрома
 - г) личностно-аномального патопсихологического синдрома
 - д) олигофренического патопсихологического синдрома
5. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ В МЫШЛЕНИИ НЕСУЩЕСТВЕННЫХ (ЛАТЕНТНЫХ) СВОЙСТВ ПРЕДМЕТОВ ХАРАКТЕРИЗУЕТ
 - а) шизофренический патопсихологический синдром
 - б) эндогенно-аффективный патопсихологический синдром
 - в) личностно-аномальный патопсихологический синдром
 - г) экзогенно-органический патопсихологический синдром
 - д) эндогенно-органический патопсихологический синдром

6. ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА С ФАЗОВЫМ ТЕЧЕНИЕМ, ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ КОТОРЫХ ЯВЛЯЕТСЯ ПОВЫШЕННОЕ ИЛИ ПОНИЖЕННОЕ НАСТРОЕНИЕ, НАЗЫВАЮТСЯ
 - а) невроты
 - б) психозы
 - в) реактивные состояния
 - г) маниакально-депрессивный психоз
 - д) шизофрения
7. ПРИ ЭНДОГЕННОМ ДЕПРЕССИВНОМ СИНДРОМЕ НА ПЕРВОЕ МЕСТО ВЫХОДИТ
 - а) нарушение памяти
 - б) снижение настроения
 - в) искажение процессов обобщения в мышлении
 - г) импульсивность
 - д) нарушение внимания
8. СУИЦИДАЛЬНЫЕ ПОПЫТКИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ У ПАЦИЕНТОВ С
 - а) олигофреническим патопсихологическим синдромом
 - б) эндогенно-аффективным патопсихологическим синдромом
 - в) синдромом психотической дезорганизации
 - г) экзогенно-органическим патопсихологическим синдромом
 - д) эндогенно-органическим патопсихологическим синдромом
9. ЧРЕЗМЕРНОЕ ПОВЫШЕНИЕ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ПОТЕНЦИАЛА, НАСТРОЕНИЯ, СКОРОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ, ВИТАЛЬНЫХ ОЩУЩЕНИЙ – ОТЛИЧИТЕЛЬНАЯ ОСОБЕННОСТЬ
 - а) олигофренического патопсихологического синдрома
 - б) экзогенно-органического патопсихологического синдрома
 - в) патопсихологического синдрома психотической дезорганизации
 - г) маниакального патопсихологического синдрома
 - д) эндогенно-органического патопсихологического синдрома
10. ГИПЕРПРОДУКТИВНОСТЬ, ПАТЕТИЧЕСКИЙ ИЛИ ПОЭТИЧЕСКИЙ СТИЛЬ РЕЧИ ХАРАКТЕРИЗУЮТ
 - а) шизофренический патопсихологический синдром
 - б) экзогенно-органический патопсихологический синдром
 - в) маниакальный патопсихологический синдром
 - г) личностно-аномальный патопсихологический синдром
 - д) олигофренический патопсихологический синдром

11. ГРУППА РАЗЛИЧНЫХ ПО ЭТИОЛОГИИ, ПАТОГЕНЕЗУ И КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ, ОБЩИМ ПРИЗНАКОМ КОТОРЫХ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ ВРОЖДЕННОГО ИЛИ ПРИОБРЕТЕННОГО В РАННЕМ ДЕТСТВЕ ОБЩЕГО НЕДОРАЗВИТИЯ ПСИХИКИ С ПРЕОБЛАДАНИЕМ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, НАЗЫВАЕТСЯ
- а) шизофрения
 - б) психопатия
 - в) олигофрения
 - г) мания
 - д) невроз
12. НЕСПОСОБНОСТЬ К ОБУЧЕНИЮ, ФОРМИРОВАНИЮ ПОНЯТИЙ, АБСТРАГИРОВАНИЮ, ДЕФИЦИТ ОБЩИХ СВЕДЕНИЙ И ЗНАНИЙ, ПРИМИТИВНОСТЬ И КОНКРЕТНОСТЬ МЫШЛЕНИЯ, ПОВЫШЕННАЯ ВНУШАЕМОСТЬ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА ХАРАКТЕРИЗУЮТ
- а) экзогенно-органический патопсихологический синдром
 - б) шизофренический патопсихологический синдром
 - в) маниакальный патопсихологический синдром
 - г) олигофренический патопсихологический синдром
 - д) личностно-аномальный патопсихологический синдром
13. НАРУШЕНИЕ СЕЛЕКТИВНОСТИ ИНФОРМАЦИИ ВЫСТУПАЕТ «ЯДРОМ»
- а) шизофренического патопсихологического синдрома
 - б) олигофренического патопсихологического синдрома
 - в) маниакального патопсихологического синдрома
 - г) личностно-аномального патопсихологического синдрома
 - д) эндогенно-органического патопсихологического синдрома
14. ЭНДОГЕННЫЙ МАНИАКАЛЬНЫЙ СИНДРОМ ОБЫЧНО ПРОТИВОПОСТАВЛЯЕТСЯ
- а) шизофреническому патопсихологическому синдрому
 - б) экзогенно-органическому патопсихологическому синдрому
 - в) эндогенному депрессивному синдрому
 - г) патопсихологическому синдрому психотической дезорганизации
 - д) олигофреническому патопсихологическому синдрому
15. ИНТРОВЕРТИРОВАННОСТЬ И АУТИЗАЦИЯ ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРИ
- а) шизофрении
 - б) психопатии
 - в) олигофрении

- г) мании
 - д) неврозе
16. ДОСТАТОЧНОЕ РАЗВИТИЕ ОБИХОДНОЙ РЕЧИ, СПОСОБНОСТЬ К УСВОЕНИЮ СПЕЦИАЛЬНЫХ ПРОГРАММ, ОСНОВАННЫХ НА КОНКРЕТНО-НАГЛЯДНОМ ОБУЧЕНИИ, СПОСОБНОСТЬ К ОВЛАДЕНИЮ НЕСЛОЖНЫМИ ТРУДОВЫМИ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМИ НАВЫКАМИ – ЭТИ ЧЕРТЫ ОТЛИЧАЮТ ЛИЦ С
- а) дебильностью
 - б) имбецильностью
 - в) идиотией
 - г) олигофренией
 - д) атеросклерозом
17. НИЗКАЯ ПЕРЕКЛЮЧАЕМОСТЬ И ИНЕРТНОСТЬ ПСИХИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ, СКЛОННОСТЬ К ДЕТАЛИЗАЦИИ В ВОСПРИЯТИИ И МЫШЛЕНИИ – ОТЛИЧИТЕЛЬНАЯ ОСОБЕННОСТЬ
- а) эпилепсии
 - б) шизофрении
 - в) невроза
 - г) мании
 - д) депрессии
18. БРУТАЛЬНОСТЬ И ЭКСПЛОЗИВНОСТЬ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ – ОТЛИЧИТЕЛЬНАЯ ОСОБЕННОСТЬ БОЛЬНЫХ
- а) эпилепсией
 - б) неврозом
 - в) депрессией
 - г) олигофренией
 - д) атеросклерозом
19. СТОЙКАЯ АНОМАЛИЯ ЛИЧНОСТИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩАЯСЯ ДИСГАРМОНИЕЙ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ И ПРЕИМУЩЕСТВЕННО АФФЕКТИВНЫМ МЫШЛЕНИЕМ, НАЗЫВАЕТСЯ
- а) шизофрения
 - б) мания
 - в) олигофрения
 - г) депрессия
 - д) психопатия (расстройство личности)
20. В КЛИНИКЕ ПСИХОГЕННО-ПСИХОТИЧЕСКОМУ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОМУ СИНДРОМУ СООТВЕТСТВУЮТ
- а) шизофрения
 - б) реактивные психозы

- в) невроты
 - г) олигофрении
 - д) органические заболевания головного мозга
21. ПСИХОГЕННЫЙ ФАКТОР – ПРИЧИНА
- а) невроза
 - б) шизофрении
 - в) атеросклероза
 - г) эпилепсии
 - д) болезни Пика
22. КЛЮЧЕВОЕ ЗВЕНО ПАТОГЕНЕЗА НЕВРОЗОВ
- а) интрапсихический невротический конфликт
 - б) хроническая интоксикация
 - в) длительная депривация сна
 - г) инфекция
 - д) минимальная мозговая дисфункция
23. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ОБУСЛОВЛЕННАЯ ОБЩНОСТЬ СИМПТОМОВ, ПРИЗНАКОВ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, ВНУТРЕННЕ ВЗАИМОУСЛОВЛЕННЫХ И ВЗАИМОСВЯЗАННЫХ, НАЗЫВАЕТСЯ
- а) симптом
 - б) синдром
 - в) нозологическая единица
 - г) заболевание
 - д) нервно-психическое расстройство
24. ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВЫХОЛОЩЕННОЕ РЕЗОНЕРСТВО ХАРАКТЕРИЗУЕТ
- а) экзогенно-органический патопсихологический синдром
 - б) шизофренический патопсихологический синдром
 - в) маниакальный патопсихологический синдром
 - г) олигофренический патопсихологический синдром
 - д) личностно-аномальный патопсихологический синдром
25. ПОТЕРЯ АППЕТИТА, ПОХУДАНИЕ, СУХОСТЬ ВО РТУ, ЗАПОРЫ, АМЕНОРЕЯ, СНИЖЕНИЕ ЛИБИДО, РАССТРОЙСТВА СНА, УТОМЛЯЕМОСТЬ, КОЛЕБАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ – ВСЕ ЭТО ХАРАКТЕРИЗУЕТ
- а) экзогенно-органический патопсихологический синдром
 - б) шизофренический патопсихологический синдром
 - в) депрессивный патопсихологический синдром
 - г) олигофренический патопсихологический синдром
 - д) личностно-аномальный патопсихологический синдром

26. ДЕТАЛИЗИРУЮЩИЙ ТИП ВОСПРИЯТИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТ
- а) шизофренический патопсихологический синдром
 - б) депрессивный патопсихологический синдром
 - в) олигофренический патопсихологический синдром
 - г) личностно-аномальный патопсихологический синдром
 - д) эндогенно-органический патопсихологический синдром
27. ЭПИЛЕПТИЧЕСКОЕ МЫШЛЕНИЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
- а) искажением процессов обобщения
 - б) обстоятельностью, торпидностью, детализацией
 - в) лабильностью
 - г) поверхностностью
 - д) склонностью к отдаленным ассоциациям
28. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ БОЛЕЗНЮ
- а) шизофрения
 - б) психопатия
 - в) невроз
 - г) психоз
 - д) атеросклероз
29. РАЗДРАЖИТЕЛЬНОСТЬ, ВОЗБУДИМОСТЬ, ВЗРЫВЧАТОСТЬ, ЗЛОБНОСТЬ, ЗЛОПАМЯТНОСТЬ, СКЛОННОСТЬ К КОЛЕБАНИЯМ НАСТРОЕНИЯ С ПРЕОБЛАДАНИЕМ ЕГО УТРУМО-ЗЛОБНОГО ФОНА, МСТИТЕЛЬНОСТЬЮ, ВЯЗКОСТЬЮ АФФЕКТИВНЫХ РЕАКЦИЙ – ЭТИ ЧЕРТЫ ОТЛИЧАЮТ БОЛЬНЫХ
- а) неврозами
 - б) психозами
 - в) эпилепсией
 - г) шизофренией
 - д) атеросклерозом
30. ИСТЕРИЧЕСКИЙ НЕВРОТИЧЕСКИЙ КОНФЛИКТ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ
- а) завышенными претензиями личности, сочетающимися с недооценкой или полным игнорированием объективных реальных условий и требований окружающих
 - б) несоответствием требований ситуации реальным возможностям личности
 - в) противоречием между различными потребностями личности
 - г) несоответствием самооценки личности ее оценкам окружающими людьми
 - д) противоречием между мотивацией достижения успеха и мотивацией избегания неудач

31. ОБСЕССИВНО-ПСИХАСТЕНИЧЕСКИЙ ТИП НЕВРОТИЧЕСКОГО КОНФЛИКТА ОБУСЛОВЛЕН
- а) противоречивыми собственными внутренними тенденциями и потребностями, борьбой между желанием и долгом, между моральными принципами и личными привязанностями
 - б) несоответствием самооценки личности ее оценкам окружающими людьми
 - в) противоречием между мотивацией достижения успеха и мотивацией избегания неудач
 - г) несоответствием требований ситуации реальным возможностям личности
 - д) конфликтом между сиюминутными потребностями и дальними, перспективными целями личности
32. НЕВРАСТЕНИЧЕСКИЙ ТИП НЕВРОТИЧЕСКОГО КОНФЛИКТА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ПРОТИВОРЕЧИЕ
- а) между возможностями личности, с одной стороны, ее стремлениями и завышенными требованиями к себе – с другой
 - б) между мотивацией достижения успеха и мотивацией избегания неудач
 - в) между сиюминутными потребностями и дальними, перспективными целями личности
 - г) между самооценкой личности и ее оценками окружающими людьми
 - д) между собственными внутренними тенденциями

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Основная

Клиническая психология : учебник / под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб. : Питер, 2012.

Лакосина, Н.Д. Клиническая психология : учебник / Н.Д. Лакосина ; для студентов мед. вузов. – М. : МЕД-пресс-информ, 2003.

Левченко, И.Ю. Патопсихология. Теория и практика : учеб. пособие для студентов высших педагогич. учебных заведений / И.Ю. Левченко. – 2-е изд., стер. – М. : Академия, 2004.

Носачев, Г.Н. Патопсихология : учеб. пособие для студентов психологических факультетов / Г.Н. Носачев, Д.В. Романов. – Самара, 2001.

Патопсихология : хрестоматия / сост. Н.Л. Белопольская. – 2-е изд., испр. и доп. – М. : Когито-Центр, 2000.

Репина, Н.В. Основы клинической психологии / Н.В. Репина, Д.В. Воронцов, И.И. Юматова. – Ростов-на-Дону : Феникс, 2003.

Собчик, Л.Н. Психология индивидуальности: теория и практика психодиагностики / Л.Н. Собчик. – СПб. : Речь, 2003.

Рекомендуемая

Блейхер, В.М. Клиническая патопсихология / В.М. Блейхер. – Ташкент, 1976.

Блейхер, В.М. Патопсихологическая диагностика / В.М. Блейхер, И.В. Крук. – Киев : Здоровье, 1986.

Блейхер, В.М. Практическая патопсихология : руководство для врачей и медицинских психологов / В.М. Блейхер, И.В. Крук, С.Н. Боков. – Ростов-на-Дону : Феникс, 1996.

Бурлачук, Л.Ф. Исследование личности в клинической психологии / Л.Ф. Бурлачук. – Киев, 1979.

Зейгарник, Б.В. Основы патопсихологии / Б.В. Зейгарник. – М. : Изд-во МГУ, 1973.

Зейгарник, Б.В. Патопсихология / Б.В. Зейгарник. – М. : Академия, 1999.

Клиническая психиатрия / под ред. Н.Е. Бачерикова. – Киев : Здоровье, 1989.

Лебединский, М.С. Введение в медицинскую психологию / М.С. Лебединский, В.Н. Мясичев. – Л., 1966.

МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств: исследовательские диагностические критерии. – ВОЗ, Женева.

Мясищев, В.Н. Личность и неврозы / В.Н. Мясищев. – Л., 1960.

Рубинштейн, С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии / С.Я. Рубинштейн. – М., 1970.

Сидоров, П.И. Введение в клиническую психологию : учебник для студентов мед. вузов / П.И. Сидоров, А.В. Парняков. – М. : Академический проект; Екатеринбург : Деловая книга, 2000.

Шапиро, Д. Невротические стили / Д. Шапиро ; пер.с англ. – М. : Изд-во Ин-та общегуманитарных исследований; СПб. : Университетская книга, 1998.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	3
Понятие патопсихологического синдрома	5
Патопсихологический диагноз	7
Патопсихологические симптомокомплексы.....	8
Патопсихологический симптомокомплекс психотической дезорганизации	8
Шизофренический синдром (шизофренический симптомокомплекс)....	12
Аффективно-эндогенный синдром	22
Эндогенный депрессивный синдром	23
Эндогенный маниакальный синдром.....	26
Олигофренический синдром	29
Экзогенно-органический синдром.....	35
Эндогенно-органический синдром	37
Личностно-аномальный синдром	43
Психогенно-психотический синдром	52
Психогенно-невротический синдром	53
Заключение	56
Тестовые задания	57
Список литературы	64

Для заметок

С.Л. Соловьева

ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ

Учебно-методическое пособие

Редактор *М.С. Бацун*
Компьютерная верстка *Г.С. Гайворонской*

Подписано в печать 11.12.2012. Формат 60×84¹/₁₆.
Гарнитура «таймс». Печать офсетная. Усл. печ. л. 4,25.
Тираж 300 экз. Заказ № 198.

Санкт-Петербург, издательство СЗГМУ им. И. И. Мечникова
191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41
Отпечатано в типографии СЗГМУ им. И.И. Мечникова
191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41