**ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ**

В патопсихологии, как и в психиатрии, 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 в себя ряд симптомов. Совокупность симптомов есть симптомокомплекс (синдром). Синдром (симптомоком-плекс) — 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 проявляются пато­генез болезни, последовательность его этапов. При рас­познавании психического заболевания (нозологической формы) следует ориентироваться не только на доми­нирующий в данный момент в состоянии больного 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 каковы глубина и размеры пораже­ния, степень вовлечения психической сферы в болез­ненный процесс.

По особенностям происхождения вся психопатоло­гическая симптоматика с известной долей условности может быть подразделена на позитивную и негативную. Позитивная симптоматика (продуктивная, плюс-сим­птоматика) возникает в связи с патологической продук­цией психики. Сюда 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, малоумие, снижение уровня личности и т. д. 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 времен невролога Дж. Джексона, предложив­шего в первой половине XIX века концепцию продук-' тивной и дефицитарной симптоматики (в рамках тео­рии единого психоза), накопилось немало понятий для уточнения термина «дефицит» в психической сфере. Дефицит — это не только необратимый дефект, потеря психической функции, но 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-де-реализационный, синдром растерянности, галлюцина-торно-бредовые синдромы, синдромы двигательных расстройств, помрачения сознания, эйилептиформный и психоорганический.

Патопсихологический диагноз. Распознавание бо­лезни — это многообразная деятельность, аналогичная любому процессу познания. Психолог диагносцирует психическое состояние пациента в целом, во взаимо­связанности всех компонентов психики, включающей в себя познание, эмоции, волю (говорят также о мо-тивационно-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, сочетанием и выраженностью ко­торых определяется эмоциональное состояние больно­го. Психолог проводит диагностику познавательных, эмоциональных, мотивационно-волевых процессов, со­стояний, свойств. По ходу диагностики мы накапли­ваем определенные факты, собираем данные о болез­ни, выделяем ее признаки, анализируем полученную информацию, синтезируем, сравниваем, обобщаем, де­лаем определенные выводы о состоянии психических процессов, состояний, свойств (формулируем патопси­хологический диагноз).

**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 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 переключае-мость внимания (его ригидность, торпидность) или вы­сокая непродуктивная переключаемость (лабильность).Может отмечаться также нарушение селективности внимания.

Память характеризуется, прежде всего, снижением объема оперативной памяти, обслуживающей текущую деятельность. Помимо этого отмечаются также особен­ности кратко- и долговременной памяти. Для кратковре­менной памяти типичными являются низкий объем за­поминания, воспроизведение предъявляемых стимуль-ных слов, близких по созвучию либо 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. Отмечаются низкий темп и по­движность ассоциативного процесса либо чрезмерно высокий темп ассоциирования с опорой на случайные признаки. Выявляется и нарушение категориально­го строя. Практически невозможны оперирование по­нятиями, построение суждений и умозаключений. Могут выявляться искаженные 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, сверхориги-нальностыо.

Речь пациента в психотическом состоянии также имеет ряд специфических особенностей, которые так­же должны учитываться при экспериментально-психо­логическом исследовании. В устной речи выявляются грамматические ошибки, неологизмы, речевые «эмбо-лы» (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 наблюдается излишняя спонтанность повествования — логорея. Как правило, отмечается монолог, но невоз­можна или крайне затруднена диалоговая речь. При этом с содержательной стороны выявляется низкая смысловая насыщенность речи либо, напротив, избы­точная речь, которую невозможно понять и оценить ее смысловую сторону. 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 выявляются персеверация элементов, невозможность калибровки образов (неузнаваемость), игнорирование краев листа (выход за пределы), непродуктивность.

• Эмоциональная сфера пациента в психотическом . состоянии, как и когнитивная сфера, носит черты рас­согласованности, диссоциированное™, дисгармонично­сти. Нарушаются целостность и единство эмоциональ­ных процессов. Прежде всего, отмечаются неадекватное качество (модальность) эмоциональных реакций, отсут­ствие их обусловленности внешними стимулами. Сила реагирования либо неадекватно низкая, либо чрезмерно высокая. В целом характерны неустойчивость аффек тивного фона, его выраженное снижение либо повыше ние. Выявляется также снижение аффективного кон троля. Как правило, недостаточность эмоциональной контроля над аффективными реакциями и поведениел в целом сочетается с аффективной обусловленностьк поведения, склонностью к импульсивным реакциям тогда как 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 мотиваци-онное опосредование как отдельных реакций, так и по­ведения в целом. Отмечаются 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; реакции по качеству, 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 интропсихическим мотивам (бред, галлюцинации и др.). Бывает сложно или невозможно сформировать мотив обследования из-за того, что испытуемый не способен целенаправленно удерживаться в рамках алгоритма обследования, пред­лагаемого экспериментатором. Обращает на себя 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, иногда отмечается их неверная трактовка. С трудом удается мотивировать испытуемого на следование ин­струкциям и предписаниям, даже если они усвоены. Отмечаются снижение ориентировки в заданиях, непо­нимание испытуемым цели и субъективного значения обследования и каждой проводимой пробы в отдель­ности. Помощь экспериментатора может приниматься, но значительного влияния на результативность, как правило, она не оказывает.

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

• При проведении патопсихологического исследова­ния необходимо 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 дезорганизующее влияние на когнитивную деятельность в целом. В соответствии с этим пато­психологическое обследование должно быть направле­но на выявление дезорганизующего фактора и описа­ние структуры дезорганизации. Синдром сопровожда­ет острые психопатологические состояния и чаще всего является преходящим 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 вол но- или при­ступообразному течению, приводящее к особым, от­личающимся от органических изменениям личности, проявляющимся в виде снижения энергетического по­тенциала, эмоционального обеднения и нарастающей интровертированиости. Наряду с этим у больных ши­зофренией отмечается разнообразная симптоматика, не являющаяся абсолютно специфической для этой болезни, — бред, галлюцинации, кататонические или ге-бефренные расстройства, депрессия или мания, невро-зо- и психопатоподобные расстройства. Характерна для этой болезни дискордантность психических функций — рассогласование и дисгармоничность мышления, эмо­ций, моторики (своеобразно «расщепление» — термин, от которого произошло название: «шизо» по-гречески «расщепляю», а «френ» — «разум») (Наджаров Р. А. ссоавт., 1988).

В симптоматологии шизофрении следует выделить облигатные, наиболее характерные для этой болезни симптомы, постоянно присутствующие в ее клиниче­ской картине, но нозологически неспецифические.

К первым 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 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 бесплодным рассужде­ниям, витиеватости (резонерству). Вместе с тем обна­руживаются «соскальзывания», «закупорка» мышле­ния, «обрывы» (зрегип§); нарушения мышления носят далеко не всегда однообразный характер. В одних слу­чаях они сочетаются с общим обеднением мышления, когда больные жалуются на то, что у них вообще мало мыслей, они элементарны, в других — обращают на себя внимание необычность, своеобразие ассоциаций, их неадекватный характер. В других случаях выступает выраженная разорванность мышления, когда речь, со­храняя грамматические формы, утрачивает всякий 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. Впоследствии 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 в случаях злокачественного течения. 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 производит неадекватные, часто бур­ные реакции по совершенно ничтожным поводам. Не­редко в этих реакциях чувствуются 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 наблюдаются раздвоения эмо­циональных реакций на одно и то же событие (эмо­циональная амбивалентность).

Одной из характерных особенностей шизофрении яв­ляется снижение психической активности («энергетиче­ского потенциала»; цит. по Сопгао! К., 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 очень труд­но. Утомляет общение с другими людьми. Все это ведет к нарастающим трудностям в учебе, к снижению профес­сиональных навыков, а 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 интро-вертированность — преобладание жизни внутренним миром. Однако эта черта нередко характеризует и пре-морбидную личность больных. При развитии заболева­ния эта тенденция значительно нарастает, достигая сте­пени аутизма (В1еи1ег Е., 1911) Э. Блейлер, 1911— «ухо­да в себя», приводящего к нарушению межличностных отношений. Больной становится молчаливым, начина­ет избегать контактов с людьми, так как лучше себя чувствует в одиночестве. Постепенно сужается круг его знакомых. Даже с близкими вербальный контакт стано­вится формальным, бедным.

Изменению подвергаются и внешний облик боль­ных, мимика и жесты, манера поведения, формы реак­ций на различные жизненные события. В связи со сни­жением уровня эмоциональных реакций значительно обедняется и становится неадекватной мимика, почти исчезают вазомоторные реакции. Мимические движе­ния не соответствует определенной ситуации, внутрен­ним переживаниям, а свидетельствуют о расщеплений 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.

Изменяется также голос — исчезают эмоциональные модуляции, утрачиваются нюансы интонации, о вол­нующем и безразличном больные говорят одним тоном («деревянным голосом»).

Нередко изменяется 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 элементарные вкус и стиль. 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 прогредиентности 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 непомраченного сознания и не является транзи-торной. Следовательно, речь идет о глубоких и стойких изменениях личностной структуры, которые могут уси­ливаться при обострении болезни, но никогда не исче­зают полностью.

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

Для шизофренического симптомокомплекса наибо­лее патогномоничными являются симптомы распада мыслительных процессов, диссоциации личностно-мо-тивационной и операционально-процессуальной сфер мышления, что проявляется в нецеленаправленности мыслительной деятельности, эмоционально-выхоло­щенном резонерстве, ригидном схематизме, символи­ке, искажении процесса обобщения с разноплановым подходом к выделению ведущих признаков, актуализа­ции латентных признаков предметов и явлений, 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 мотивациошюй 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, по которым различаются как воспри­ятия, так и процессы внимания, памяти, мышления.

Восприятие во многих случаях является начальным признаком шизофренических изменений; он предшест­вует появлению специфических особенностей мышле­ния и эмоциональности больного. При нарушении мо­тивациошюй стороны восприятия снижается интерес к заданию, реакция на оценку экспериментатора и т.д. Изменение субъективного значения отдельных элемен­тов действительности может приводить к ограннченно-.сти, 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 демонстируют, как правило, три па­тологические категории образов: образы дефицитар-пые («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 интерпретаций тесно связаны с характерны­ми для больных шизофренией нарушениями мышления и аффективно-личностными нарушениями.

Внимание при шизофреническом симптомоком-плексе 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 непроизвольного и более заметным нарушением про­извольного внимания. Изменение субъективного зна­чения отдельных элементов действительности может приводить к неадекватной направленности внимания. Степень устойчивости внимания варьирует. При иссле­довании внимания пробами Шульте, «счетом с пере­ключением» можно выявить: изменения объема и переключаемости произвольного внимания; отвлекаемость на посторонние раздражители, связанные с формаль­ностью мотива; истощаемость, особенно субъективную, обычно повышенную. Непроизвольное внимание стра­дает меньше, характерно снижение внимания к ошиб­кам, реакциям экспериментатора.

Память страдает преимущественно за счет снижения ее мотивационного компонента. При этом могут 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, то есть количество слов, воспроизводимых испытуемым: в первой пробе 3 слова, во второй — 5, в третьей — 7, в четвертой — 7, в пятой — 7, в шестой — 7, в восьмой — 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 числе случаев нарушено. Это нарушение является первичным и одним из ведущих компонентов данного патопсихо­логического симптомокомплекса. Нарушается функция всех основных звеньев мыслительной деятельности — операционального, динамического, мотивационного ком­понента, критичности. Необходимо отметить, что встре­чающееся выделение различных вариантов данного син­дрома обусловливается разной степенью представлен­ности и выраженности описанных нарушений.

В нарушение операциональной стороны мышления входит следующее:

• Искажение процесса обобщения по типу актуали­зации несущественных (преимущественно латентных или гиперабстрактных) признаков, а также частая опора на второстепенные, поверхностные, личностно-значи-мые признаки. Искажение процессов обобщения и от­влечения у больных шизофренией особенно легко вы­является при исследовании по методике классифика­ции. Распределение карточек на группы производится больными чрезмерно обобщенно, без связи с реальным содержанием явлений, либо по несущественным, не­обычным, неадекватным признакам. Например, в одну группу могут быть включены все предметы удлиненной формы, все предметы желтого цвета либо все предметы, начинающиеся на букву «к». При выполнении заданий по методике исключения больные также проводят 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. Зей-гарник (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 разных формах.

• Форма разноплановости: суждения о каком-либо явлении протекают в разных плоскостях; определения и выводы не представляют собой планомерного и це­ленаправленного высказывания. При исследовании по методике исключения у больных шизофренией неред­ко обнаруживаются явления разноплановости мышле­ния. Одно и то же задание больной выполняет в не­скольких вариантах (иногда один из них правильный). При этом предпочтения 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 по другим экспериментальным методикам, где предполагается целенаправленная и по­следовательная деятельность (например, соотношение пословиц с фразами), так как разноплановость — про­явление нарушения целенаправленности мышления .

• Форма резонерства: склонность к рассуждениям со своеобразной аффективной захваченностыо, с суже­нием круга смыслообразующих мотивов, повышенной тенденцией к оценочным суждениям. Случайные, не­адекватные ассоциации обнаруживаются в пиктограм­мах больных шизофренией. С помощью методики пик­тограмм выявляются нарушения ассоциативного про­цесса часто тогда, когда они еще остаются незаметными при исследовании по другим методам. Обнаруживаемые при исследовании по методике пиктограмм у больных шизофренией расстройства соотнесения абстрактно-смысловых и предметно-конкретных компонентов ана-лйтико-синтетической деятельности можно расценивать как результат нарушения взаимодействия сигнальных систем.

При исследовании по методике пиктограмм у 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 мнению Г. В. Биренбаум (1934), в них отображена характерная для мышления этих больных «пустая» символика; это не присущая здоровым людям 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 проявляется 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» (Блейхер В. М., Крук И. В., 1986).

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

Динамика мышления также нарушается в значи­тельной части случаев: 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 больных на всех этапах заболевания, что является важ­ным диагностическим признаком в случаях, когда рас­стройства операционального и мотивационного компо­нентов еще не носят развернутого характера.

Воображение на ранних стадиях болезни, особенно в психотических состояниях, характеризуется относи­тельно высокой продуктивностью. Характерны 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 черты. Для устной речи характерны'изменения семантической стороны (шизофазия, неологизмы, изменение значений слов, избыточная смысловая насыщенность речи) и просодической стороны (невыразительность и моно­тонность речи, недостаточная эмоциональная окраска речевых высказываний). Возможно преобладание мо-нологовой 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. Эти 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 учитыва­ются характер установления контакта с обследуемым, его отношение к ситуации исследования, интерес к оценке экспериментатором его решения. Больные ши­зофренией часто безразлично относятся к патопсихоло­гическому эксперименту, замечания исследующего о не­правильности избранного модуса решения заданий не влияют на дальнейшую деятельность больного. Эмоцио­нальные расстройства наряду с искажением процесса обобщения играют определенную роль в том, что оши­бочные суждения больных шизофренией в эксперименте не корригируются.

• 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 отмечаются постепенное обеднение, оскуде­ние эмоциональной сферы со своеобразным уплощением аффективности. Больные становятся безразличными ко всему происходящему, равнодушными к чужим бедам, не способными к сопереживанию.

• Отмечаются также нарушения в мотивационной сфере. Интересы, склонности, ценности больного пере­стают выполнять для него побудительную функцию. Поведение не подчиняется 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 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 патопсихологическом 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 т. д. Отмечается также нарушение по­будительной и смыслообразующей функций 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 в эксперименте, часто отмечается снижение интереса к его целям, процессу и резуль­татам, ослаблена реакция на критику. Исследуемые па­циенты не задают вопросов, не ищут оценки и одобре­ния, не следят за реакцией экспериментатора, легко на­рушают инструкцию, отказываются от ее выполнения. Отказ при этом, как правило, не насыщен аффектив­но, в ряде случаев его можно преодолеть достаточно легко, хотя и ненадолго. В силу нарушения критично­сти помощь со стороны экспериментатора используется мало или отвергается. Темп работы испытуемого в экс­перименте может быть повышенным. Часты указания на субъективную истощаемость. Возможна фиксация внимания пациента на случайных, хаотично и причуд­ливо выхваченных из общего контекста деталях сти-мульного материала.

К видам нозологических форм, при которых встре­чается данный патопсихологический симптомоком-плекс, 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, пси­хогенных и соматогенных психических заболеваниях.

В психиатрии понятием «маниакально-депрессив­ный психоз» 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 (различных силы и продолжительности) и светлых промежутков, свободных от заболевания.

Для обозначения психотического состояния в рамках МДП принято выражение «фаза». Под этим термином подразумевают (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 месяцев. 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 особенность соответствует общему сезонному изменению настрое­ния, а 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:

• настроение, скорость психических процессов, воле­вая деятельность;

• мышление (нарушения формальные и по содержа­нию);

• психомоторика;

• соматика (вегетативные и другие нарушения регу­ляции).

Маниакальные и депрессивные состояния различа­ются 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 складывается из нескольких характерных особенностей, среди кото­рых на первое место выступает снижение настроения.

Снижение фона настроения (депрессия, субдепрес­сия) отмечается практически при любом варианте син­дрома. Обычно наблюдаются 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 слова ограниченная способность модуляции депрессивного настроения производит впе­чатление аффективного оцепенения, в крайних случаях заторможенной депрессии переходящего в ступор с пол­ной обездвиженностью и глубокой психической затор­моженностью. Под влиянием своего депрессивного на­строения больные очень часто говорят о виновности и греховности.

Нарушения познавательной деятельности, выяв­ляемые у пациентов, страдающих гипотимическими расстройствами, выражаются в основном в динамике (в первую очередь в снижении скорости протекания и интенсивности) психических процессов (Носачев Г. Н., Романов Д. В., 2001).

Восприятие характеризуется выраженным в боль-шей или меньшей степени сужением его объема.

Внимание отличается преимущественно снижени­ем активности. Характерно затруднение произвольной концентрации на объектах. Возможна истощаемость внимания. Отмечается также снижение переключаемо-сти 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 отмечаются, 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 проявляются инертность мышле­ния, стереотипность подходов к решению заданий и склонность к персеверациям. Мотивационный компо­нент мышления может быть снижен, что проявляется в общей малой продуктивности или в ее отсутствии. 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. Больной не может сосредоточиться на выполняемом задании. Он обладает совершенно сохранным уровнем обобщения и отвлечения, 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 в соответствии с инструкцией. Этому способствуют выраженные затруднения концен­трации активного внимания, хотя при нерезко выражен­ной депрессии в ситуации исследования недостаточ­ность активного внимания удается преодолеть; по мере выполнения задания (таблицы Шульте, исследование работоспособности по счетным таблицам Крепелина) наблюдаются некоторое улучшение результатов, явле­ния запаздывающей. врабатываемости.

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

Речь тоже может иметь специфические особенности. Устная речь отличается выраженным в большей или меньшей степени замедлением 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 наиболее часто характери­зуется 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 иногда переходит в ажитацию. Это называется тревожно-ажитированной депрессией. В такие моменты больные способны вне­запно совершить суицидальную попытку. При каж­дом переходе заторможенной депрессии в тревожно-ажитироваиную необходимо 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, рас­стройство сна, быстрая утомляемость, снижение физиче­ской работоспособности, понижение тургора кожи, блед­ность, колебания артериального давления, неприятные, болезненные ощущения за грудиной, «ком» в горле, ощу­щение 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 наблюдается участие по типу сотрудничества. Заинте­ресованность в результатах не проявляется. Необходи­ма активная стимуляция для получения продукции в эксперименте. Усвоение пациентом содержания инст­рукций фактически не нарушено. Реакция на неудачу в эксперименте слабая, часто интрапунитивной (само-обвинителыюй) направленности.

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

Эндогенный маниакальный синдром часто противо­поставляется эндогенному депрессивному синдрому. Если при эндогенном депрессивном синдроме наблюда­ется снижение энергетического потенциала, настроения, скорости психических процессов, витальных ощущений, то при маниакальном синдроме — 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, являющемся противоположностью витальной де-прессивности и «рожденным» как будто повышенным ощущением жизни. Поэтому целесообразно говорить об эйфории. Этим выражением хорошо описывается един­ство психопатологии и витальных ощущений. Как при эндогенной депрессии, пониженное настроение появля­ется беспричинно и не связано с жизненной ситуацией и событиями, так и при маниакальном синдроме эйфо­рия не имеет причины. Иногда создается гротескное не­соответствие эйфории жизненной ситуации больного. Повышение фона настроения (мания, эйфория) сочета­ется с нестабильностью, чрезмерной интенсивностью эмоциональных реакций, которые могут быть неадек­ватными по направленности, «случайными», личност-но-гедонистическими. Характерны нарушения волево­го контроля над эффективностью.

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

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

Нарушения устойчивости внимания при маниакаль­ных состояниях в патопсихологическом исследовании проявляются в увеличении времени, затрачиваемого больным на выполнение задания по таким методикам, 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 эксперименту 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 по инструкции, 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 мышления. 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 всё знают лучше других, усиленно критикуют все вокруг себя. Мышление поми­мо ускорения темпа мыслительных процессов, лабиль­ности мышления (отсутствия 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; возможны повышение и усиление процессов воображения при относительной сохранной в нем 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 принимаются 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 жестикуляция патетические, театральные. При очень тяжелых состояниях маниакального синдро­ма может появиться 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, це-леполагания. Характерны доминирование утилитарно-гедонистических и «случайных» мотивов, а также ги­персексуальность.

Речь пациентов с эндогенным маниакальным син­дромом также достаточно своеобразна. 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 ги-пертимического варианта аффективного патопсихоло­гического симптомокомплекса, отличается гипердина­мическими проявлениями в мимике, жестикуляции 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 обусловливают мотивы коммуникации и самоутвер­ждения. Поведение его может носить игровой оттенок, отличаться склонностью к самолюбованию 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, решение ко­торых требует творческого подхода и мало отягощен­ных нормативами. Возможна «творческая» переработка инструкций в связи с нарушением критичности. По; мощь 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. Иногда отмечается повышен­ный аппетит. Но стремление к деятельности, чрезмер­ная подвижность и недостаточный сон приводят к то­му, что больные теряют в весе. Либидо часто повышено, поэтому отмечается сильно повышенная 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 симптомо-комплекс, относятся: маниакальная фаза маниакально-депрессивного психоза (циклотимии), шизофрения с периодическим и шубообразным течением, шизоаффек-тивные психозы, органические поражения головного мозга (Носачев Г. Н., Романов Д. В., 2001).

**ОЛИГОФРЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ**

Олигофрения (от 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 (Ковалев В. В., Маринчева Г. С., 1988). В первую очередь психическое недоразвитие проявляется в интеллекту­альной недостаточности и характеризуется синдромом относительно стабильного, непрогрессирующего слабо­умия. Однако интеллектуальной недостаточностью не исчерпывается вся картина олигофрении. У олигофре­нов отмечается недоразвитие и других свойств — эмо­циональности, моторики, восприятия, внимания.

Наиболее распространенным является подразделе­ние учеными олигофрении по степени интеллектуаль­ного дефекта, что имеет важное практическое значение для решения вопросов социальной адаптации и, осо­бенно, для определения возможности и типа обучения умственно отсталых. Обычно выделяют три степени глубины умственной отсталости — дебильность, имебе-цильность и идиотию.

Дебильность — легкая степень умственной отста­лости (интеллектуальный коэффициент IQ = 50+70), 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 большими дифференцированностью и индивидуально­стью. Благодаря относительно более высокому, чем при других степенях олигофрении, темпу психического раз­вития у больных с дебильностыо во многих случаях отмечается удовлетворительная адаптация к обычным условиям жизни. В связи с широким диапазоном интел­лектуальной недостаточности при дебилыюсти неред­ко в практических целях выделяют ее выраженную, среднюю и легкую степени.

Имбецильность — средняя степень умственной от­сталости (IQ = 20-5-49), отличается выраженной кон­кретностью и ситуационным характером мышления, неспособностью к образованию отвлеченных понятий, недостаточным развитием речи с аграмматизмами и косноязычием, общей моторной недостаточностью. Им-бецилы 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 отме­чаются крайне слабое развитие речи и возможность приобретения только навыков самообслуживания.

Идиотия — самая глубокая степень психического недоразвития (IQ < 20), при котором 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 (раскачивани­ем туловищем, взмахами руками, хлопаньем в ладоши); у некоторых больных наблюдаются периодические про­явления агрессии и аутоагрессии (они могут внезапно ударить или укусить кого-то 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, проходит на уровне инстинкта.

При всем разнообразии клинических проявлений различных форм олигофрении общими чертами для всех являются, во-первых, наличие тотального недораз­вития психики, включая недоразвитие познавательных способностей и личности в целом, и, во-вторых, принад­лежность ведущей роли в структуре психического де­фекта 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 эффективность.

Олигофренический патопсихологический симпто-мокомплекс складывается из неспособности к обучению, формированию понятий, абстрагированию, 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 (Носачев Г. Н., Романов Д. В., 2001).

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 картинок отмечается поверхностное схватывание отдельных изображенных объектов. 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, поэтому они перечисляют отдельные детали рисунка.

Внимание характеризуется недоразвитием, прежде всего, произвольного внимания, сужением его объема, плохим распределением, затрудненным переключением и истощаемостыо внимания. Это обусловливает 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 носит ряд особенностей. Выявляют­ся нарушения операционного, динамического, мотива-ционного 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, 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, поэтому задание оказывается для них большим по объему (содержит 20 слов). Существен­ное значение приобретает попытка исследующего 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; нарушения дина­мики мышления по типу замедления протекания мыс­лительных операций (тугоподвижность мышления), инертности; ослабление 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» пациент акцентирует внимание на случайных, внешних признаках, а суще­ственные игнорирует. Особые затруднения отмечаются при выполнении «Классификации предметов», где фор­мирование групп осуществляется с опорой на вклю­ченность тех или иных предметов в единую конкретную ситуацию из жизненного 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 одну группу. Так, затруднено объединение в одну группу по признаку «живого — неживого». При построении «простых аналогий» часто невозможно усвоение инст­рукции; выполнение заданий «случайное», по произ­вольному конкретному способу. «Сложные аналогии» недоступны.

Также обнаруживаются 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. При наличии такой воз­можности определяется легкая степень дебильности.

Чем глубже выражена дебильность, тем беднее ока­зывается лексикон больного. Речь изобилует штампами, часто неверно употребляются слова («пустая словесная абстракция»). Это легко установить при исследовании по методике подбора антонимов, когда проверяется не только словарный запас, но и соответствие слов опре­деленному содержанию. Речь достаточно характерна. В устной речи — выраженные дефекты произношения, косноязычие, шепелявость, плохое различение звуков, путаница 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 развития фантазии. В эксперименте оказываются невозможными даже составление рассказов из заданных слов, связная передача событий из собственной жизни.

• Эмоциональная сфера пациентов с олигофрениче-ским, патопсихологическим симптомокомплексом ха­рактеризуется незрелостью и малой диффереицирован-ностью 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, некритическое отношение к ним, так и переживание чувства своей неполноценности в связи с отрицатель­ным отношением других людей, обиды за свою несо­стоятельность.

• Мотивациошю-потребностная сфера отличается низким уровнем активности и малым разнообразием. Отмечаются низкий уровень мотивационного опосре­дования, слабость целеполагания. Характерна несфор-мированность 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 дизон-тогенетическими признаками. Характерны выраженное ослабление мимической экспрессии, гипомимия, гипо-пантомимия. Существенное значение имеют речевые нарушения, выраженные затруднения при усвоении ин­струкций, понимании 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 помощи — стимулирующая, уточняющая, организующая, а также полный обучаю­щий урок. От степени выраженности олигофреническо-го дефекта зависит использование испытуемым вида обучающей помощи; следовательно, и обучаемость бу­дет различной — от небольшого снижения до полного отсутствия обучаемости.

Виды нозологических форм, при которых встре­чается данный патопсихологический симптомоком-плекс, — это вся сборная группа олигофрении — от хромосомных аберраций до экзогенно-органических по­ражений головного мозга людей в первые три года их жизни.

**ЭКЗОГЕННО-ОРГАНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ**

Органические (экзо- и эндогенный) симптомоком-плексы складываются из симптомов снижения интеллек­та, распада системы прежних знаний и опыта, нарушений памяти, внимания, операционной структуры мышления, неустойчивости эмоций, снижения критических способ­ностей (Носачев Г. Н., Романов Д. В., 2001).

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

Характерные нарушения когнитивных функций включают в себя расстройства внимания и запоминания, абстрагирования, динамики мышления, качества анали-тико-синтетических операций. В качестве основных ва­риантов синдрома выделяют ригидный, лабильный, мне-стический.

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 отмечаются снижение объема, переключаемости, концентрации внимания, а также выявляется быстрое наступление истощения внимания. Лабильный вариант органического патопсихологического симптомокомплек-са характеризуется снижением объема и устойчивости внимания; при мнестическом — описанные 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 (конфабу-ляциями); 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 является 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). Возможны снижение мотивационного компо­нента мышления, 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. При рисовании выявляются 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 также 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, малодифференцированная 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 симпто-мокомплекс — это широкий круг «органических» забо­леваний головного мозга (травматического, интоксика­ционного, сосудистого, опухолевого, метаболического, эндокринного, паразитарного генеза). Иногда обнару­живается при шизофрении с длительными сроками те­чения как следствие терапии, интенсивно проводимой в настоящий момент, или как последствия длительной терапии с применением психотропных средств при «ор­ганических» и «краевых» психопатиях.

**ЭНДОГЕННО-ОРГАНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ**

Эндогенно-органическому синдрому в клинике, со­ответствуют: истинная эпилепсия, первичные атрофи-ческие 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 наблюдаются сохранность общей продуктивности, достаточный темп психических процессов, минимальные нарушения операционального компонента мышления. Проявляются склонность к детализации, инертность пси­хических процессов. 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 сферах вместо угодливости и демонстрации гиперсоциальных установок наблюдаются брутальность и эксплозивность.

Структура патопсихологического симптомоком-плекса включает в себя ряд специфических изменений когнитивной, эмоциональной, мотивационной сфер (Носачев Г. Н., Романов Д. В., 2001).

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 ин-теллектуально-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 дета­ли лизации 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 характерны 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 наблюдаются сужение объема и низкая переключаемость процесса, отсутствие исто­щаемое™ внимания. Наряду с этим отмечается повы­шенная сосредоточенность на эмоционально-значимых объектах.

Память характеризуется нарушениями операционно­го, динамического и в меньшей мере 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 вос­произведении 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 наблюдается, как при церебраль­ном атеросклерозе, уменьшения количества слов, вопро-изводимых при последующих повторениях. При более глубоких нарушениях памяти у больных эпилепсией кривая запоминания носит более пологий характер.

В структуре мышления выявляются снижение тем­па ассоциативного процесса, шаблонность ассоциаций. Характерны снижение уровня обобщения, склонность актуализировать в качестве опорных при обобщении конкретных ситуационных и личностно-значимых при­знаков. Типичный стиль выполнения мыслительной за­дачи — функционально-эгоцентрический. Отмечаются выраженные нарушения динамики — инертность мыш­ления, склонность к детализации и персеверациям. Вы­являются также нарушение критичности мышления, выраженный эгоцентризм суждений. Иногда отмечается специфическое резонерство, возникающее на бытовых, личностно-значимых основаниях, 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 проявляется в словесном экс­перименте. Об этом свидетельствуют увеличение латентного периода, частые эхолалические 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 подбирают 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. 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 из наблюдающихся у больных эпилепсией пустых рассуждений создается картина своеобразного резонерства, отличающегося от резонерства при других заболеваниях, прежде всего, от шизофренического. Ре-" зонерство 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 них тем больше страдает, чем раньше началось заболевание и чем хуже была их успеваемость 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 своеобразна. Устная речь характеризу­ется изменениями темпа, часто логореей или олигофа-зией, использованием 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 асимбо-лия — нарушение способности узнавать предмет и его назначение. По мере восстановления сознания асимбо-лия исчезает, как указывает А. Н. Бернштейн, и проявля­ется амнестико-афатический комплекс (острая после-припадочная 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 отмечаются 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 раз­рядках. Характерной является диссоциация между демонстрируемой доброжелательностью, угодливостью и внутренней фиксацией на негативных эмоциональ­ных аспектах. Типичны переживание чувства обиды и злопамятность по отношению к конкретным фруст-рирующим лицам и обстоятельствам, а также пере­живание чувства ревности. Возможны длящиеся дис-форические состояния — состояния тоскливо-злобно­го настроения с постепенно, исподволь накипающим аффектом, который разряжается в бурных аффектив­ных реакциях по часто незначительному, незаметному для окружающих поводу, играющему роль последней капли.

Во всех случаях обнаруживаются специфические на­рушения мотивационно-потребностной сферы. Спон­танный уровень мотивационной активности пациентов, как правило, высокий. Отмечается преобладание эго­центрических мотивов, в случае выраженных личност­ных изменений — утилитарно-гедонистических. 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.

При экспериментально-психологическом исследова­нии выявлен целый ряд характерных особенностей лич­ности больных эпилепсией. У этих больных была, в ча­стности, 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 больных эпилеп­сией характерны также и прогрессирующие нарушения самооценки. По мере углубления психического дефек­та нарастают явления недостаточной критичности к се­бе, недооценка неблагоприятных жизненных факторов, усиливается преобладание импунитивных 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

**Психопатический (личностно-аномальный) симптомокомплекс**

В клинике личностно-аномальному симптомоком-плексу соответствуют акцентуированные и психопати­ческие личности.

**Психопатический (личностно-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 личностно-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 (Носачев Г. Н., Романов Д. В., 2001).

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-стно-значимых признаков; проекция (главным образом агрессивная) в ассоциативном эксперименте, пикто­грамме; нарушение критичности. Как правило, отмеча­ется высокая аффективная обусловленность мышления. Воображение может иметь некоторые отличитель­ные особенности. Так, 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 сопровождающаяся 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 по различным личностным опросникам и проективным тестам (при значительном повыше­нии (понижении) 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 экстра-

пунитивная реакция на критику при исследовании по­знавательной деятельности и т. п.). Повышенную кон­фликтность в межперсональных отношениях можно наблюдать в ситуации эксперимента (нарушение дис­танции, провокационные вопросы и высказывания ис­пытуемого и т. п.). Возможны проецирование интерпер­сональных конфликтов в тестах пиктограмм, рассказ по картинке, рассказ по серии картинок. 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, в методике пик­тограмм). Выраженная аффективная обусловленность мышления проявляется в колебаниях продуктивности, качества выполнения по принципу интересно — неин­тересно, успешно — неуспешно. Импульсивность в ра­боте, нарушения волевого контроля особенно заметны при предъявлении достаточно длинной серии однотип­ных заданий («Выделение существенных признаков», «Исключение» и т. п.). 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, личностно-значимых признаков, при этом значимость избранного варианта часто подчеркивается испытуемым («Я так считаю»).

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

**Торпидный вариант** личностно-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 (Носачев Г. Н., Романов Д. В., 2001).

В структуре мышления при общей сохранности ка­тегориального строя и динамики мышления возможны колебания продуктивности, нарушения обобщения по типу актуализации несущественных, личностно-значи-мых признаков; 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 «застреваемость».

Под заострением свойств личности подразумевается выделение основного радикала, характерологических 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. Стимулами 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 наблюдается сохранность основных компонентов мышления, памяти. Внимание коррели­рует с достаточной интеллектуальной базой. При сни­женных интеллектуальных показателях внимание селек­тивно; отмечается значительная врабатываемость, 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: расстройбтва личности (психопатии), ремиссии и дисгармонические изменения личности (психопатоподобные состояния) при шизофрении, ор­ганических заболеваниях головного мозга, черепно-мозговых травмах и т. д.

**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, псевдоде-менция, пуэрилизм, истерический синдром бредоподоб-ных фантазий, синдром регресса психики, истерический ступор), реактивная психогенная депрессия, реактивные психогенные параноиды.

Реактивные психозы развиваются чаще всего после шоковых, сверхсильных психических травм. К реактив­ным психозам приводят психические травмы большой силы, интенсивности и внезапного 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 лич-ностно-чуждых и болезненных, для клиники характерна «реактивная триада» Ясперса.

**ПСИХОГЕННО-НЕВРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ**

В клинике психогегшо-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 патолого-анатомических 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 срывы личности в ее общественных отношениях, вы­званные психическими факторами и необусловленные 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. Основные особенности неврозов:

• психогенный фактор как причина;

• вегетосоматические проявления;

• личностный характер;

• тенденция 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 (конфликто-генное) функциональное личностное расстройство, ко­торое проявляется преимущественно эмоциональными нарушениями, нарушениями поведения и нарушения­ми нейровегетативной регуляции внутренних органов. Невроз — это следствие неразрешимого внутрилично-стного 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 значительные 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 (Карва-сарский Б. Д., 1980). В. Н. Мясищев рассматривал три основных типа невротических конфликтов — истериче­ский, обсессивно-психастенический и неврастениче­ский.

Первый **(истерический)** тип невростических кон­фликтов 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 «кумир семьи»). Таких лиц отличает превышение требовательности к окружающим над требовательностью к себе, у них несколько ниже способности тормозить свои желания, противоречащие общественным требованиям и нормам.

Второй (обсессивно-психастенический) тип невро­тических конфликтов 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, предъявляемые человеку в связи с возрастающим тем­пом современной жизни.

По мере углубления невротических расстройств в динамике невроза наблюдаются и усугубление сомато-биологических сдвигов, перестройка гомеостаза (психо­эндокринных соотношений, вегетативной регуляции), однако грубой органической деструкции органов, как это бывает при психосоматических заболеваниях, не происходит. Возможно, как отмечают П. И. Сидоров, А. В. Парняков, невроз — это не только 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.