

## Понятие синдрома и симптома в патопсихологии

### Введение

Греческое слово *kline* (нечто, имеющее отношение к постели), от которого происходит прилагательное «клиническая», в современном языке связано с обозначением таких сфер, как уход за больным, особенности развития какой-либо болезни или расстройства, а также лечение этих расстройств. Соответственно, клиническая психология - это отрасль психологии, предметом изучения которой являются:

- а) расстройства (нарушения) психики и поведения;
- б) личностные и поведенческие особенности людей, страдающих различными заболеваниями;
- в) воздействие психологических факторов на возникновение, развитие и лечение болезней;
- г) особенности взаимоотношений больных людей и социальной микросреды, в которой они находятся.

В более широком смысле клиническая психология может пониматься как приложение всего объема психологических знаний к решению самых различных вопросов и проблем, возникающих в медицинской практике.

Патопсихология, наряду с соматопсихологией и нейропсихологией, является составной частью клинической психологии и в силу этого несет на себе все основные признаки, присущие клинической психологии в целом. Так же, как и вся клиническая психология, патопсихология относится к пограничным отраслям науки и практики, возникшим на стыке дисциплин, имеющих разные предметные области, но сходных по объекту и проблематике исследований. Если клиническая психология является областью, пограничной между психологией и медициной в целом, то патопсихология самым тесным образом граничит с особым разделом клинической науки и практики - психиатрией. Можно сказать, что патопсихология - это особый раздел психологии вообще и клинической психологии в частности, изучающий психику психически больных и аномальных людей.

По своим целям и решаемым практическим задачам патопсихология направлена на оказание конкретной практической помощи клиницистам, занимающимся проблемами нарушений психики при разнообразных психических расстройствах. Наиболее тесные связи (даже в названии) обнаруживаются у патопсихологии с одним из разделов психиатрии - психопатологией. Названия этих дисциплин состоят из одних и тех же древнегреческих корней: «*pathos*» - «страдание», «болезнь», «*psyche*» - «душа», «психика» и «*logos*» - «изучение». Таким образом, и патопсихология, и психопатология представляют собой отрасли, изучающие различные проявления нарушений психики.

Патопсихология, как и любая другая отрасль психологии, изучая психику, имеет и свою собственную специфику, так как ее предметом является не просто психика, а психика, нарушенная тем или иным психическим расстройством. Наиболее полно и

точно определение предмета патопсихологии дала Б.В. Зейгарник: «патопсихология как психологическая дисциплина исходит из закономерностей развития и структуры психики в норме. Она изучает закономерности распада психической деятельности и свойств личности в сопоставлении с закономерностями формирования и протекания психических процессов в норме, она изучает закономерности искажений отражательной деятельности мозга».

Патопсихология, рассматривая нарушения психики, дает квалификацию психопатологических явлений в понятиях современной психологии, используя общий для всех отраслей психологии категориальный аппарат. Патопсихолог пользуется такими понятиями, как психика, деятельность, общение, личность, познание и т.п. Психопатология, являясь наукой сугубо медицинской, оперирует главным образом клиническими понятиями, такими, как этиология, патогенез, симптом, синдром и т.д. При этом надо отметить, что эти клинические термины должны быть известны и часто используются в практике патопсихологии, что связано с ее пограничным и прикладным характером. Решение практических задач, которые стоят перед патопсихологией, немыслимо без хорошей ориентировки в клинических особенностях заболевания, а данные патопсихологического исследования обязательно должны соотноситься с психическим статусом больного, с динамикой течения заболевания.

Современный системный подход к исследованию психических расстройств требует их всестороннего рассмотрения, поэтому данные клинического анализа должны быть дополнены данными патопсихологического исследования. Поэтому в последнее время все четче проявляется тенденция к сближению практики исследования нарушений психики в психологии и психопатологии: клиницисты все активнее используют психологические экспериментальные методы исследования, а в патопсихологии (и клинической психологии в целом) существенная роль отводится описательному подходу.

Понятие симптома и синдрома

Симптом -

1. Внешний признак какого-либо явления.
2. Характерное проявление или внешний признак какой-либо болезни. Различают субъективные и объективные симптомы.

Синдром -

закономерное сочетание нарушений в определенной системе организма (симптомов), возникающее в результате действия патогенного фактора, объединенных единым механизмом возникновения. Например, Нейропсихологический синдром - закономерное сочетание нарушений высших психических функций, возникающее в результате локальных поражений головного мозга. Различают синдромы, возникающие при поражениях различных отделов мозга. Поражение первичных полей ведет лишь к элементарным расстройствам сенсорных и двигательных функций. Нарушения функционирования вторичных корковых полей ведет к нарушению сложных функций, например, при поражении

височных отделов мозга нарушение речевого слуха (афазия) или музыкального слуха (амузия). Или психопатологические синдромы - совокупность отдельных симптомов нарушения психической деятельности. Например астенический синдром.

#### 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 (симптомокомплекс) - обусловленное общим патогенезом устойчивое сочетание взаимосвязанных позитивных и негативных симптомов.

Симптомы и синдромы являются тем материалом, из которого создается клиническая картина заболевания. Синдромами и их динамикой 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 продуктивной 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-дереализационный, синдром растерянности, галлюцинаторно-бредовые синдромы, синдромы двигательных расстройств, помрачения сознания, эпилептиформный и психоорганический.

Патопсихологический диагноз. Распознавание болезни - это многообразная деятельность, аналогичная любому процессу познания. Психолог диагностирует психическое состояние пациента в целом, во взаимосвязанности всех компонентов психики, включающей в себя познание, эмоции, волю (говорят также о мотивационно-потребностном компоненте психического функционирования).

Познавательная деятельность включает в себя познание чувственного уровня (ощущение, восприятие) и рационального уровня (мышление), а также память, внимание, представление, воображение, интеллект. Эмоциональная сфера состоит из эмоциональных процессов, состояний и свойств; к наиболее фундаментальным эмоциям относятся радость, печаль, гнев и страх, 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 дезинтеграции придают структурно-функциональной организации психики психотического больного новое качество, иную психологическую модальность. Структура синдрома складывается из совокупности взаимосвязанных признаков в когнитивной, эмоциональной и мотивационно-потребностной сферах в психической организации пациента.

Г.Н. Носачев, Д.В. Романов описывают специфическую структуру этого синдрома.

Когнитивная сфера, по мнению авторов, включает в себя специфические особенности

в организации процессов восприятия, памяти, внимания, мышления и воображения. Восприятие больного, находящегося в психотическом состоянии, характеризуется сужением или, напротив, расширением объема; может наблюдаться феномен «восприятия без объекта». Внимание отличается неустойчивостью концентрации либо «прикованностью» внимания (к иллюзорно-галлюцинаторным переживаниям). Характерна низкая переключаемость внимания (его ригидность, торпидность) или высокая непродуктивная переключаемость (лабильность).

Может отмечаться также нарушение селективности 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 стимульных 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, сверхоригинальностью. 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 «эмболы» (персеверация звуков, фраз, реплик). При этом, как правило, выявляется и смысловая ригидность. Может наблюдаться самопроизвольное или неспецифическое воспроизведение автоматизированной речевой продукции. В состоянии психомоторного возбуждения 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, диссоциированности, 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 аффективного фона, его выраженное снижение либо повышение. Выявляется также снижение аффективного контроля. Как правило, недостаточность эмоционального контроля над аффективными реакциями и поведением в целом сочетается с аффективной обусловленностью поведения, склонностью к импульсивным реакциям, 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 мотивационное 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 интроспсихическим 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-генноорганических психозах (Носачев Г.Н., Романов Д.В., 2001).

\* 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 волно- или приступообразному течению, приводящее к особым, отличающимся от органических изменениям личности, проявляющимся в виде снижения энергетического потенциала, эмоционального обеднения и нарастающей интровертированности. Наряду с этим у больных шизофренией отмечается разнообразная симптоматика, не являющаяся абсолютно специфической для этой болезни, - бред, галлюцинации, кататонические или гебефренные расстройства, депрессия или мания, неврозо- и психопатоподобные расстройства. Характерна для этой болезни дискордантность психических функций - рассогласование и дисгармоничность мышления, эмоций, моторики (своеобразно «расщепление» - термин, от которого произошло название: «шизо» по-гречески «расщепляю», а «френ» - «разум») (Наджаров Р.А. с соавт, 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 символическим. В речи больных появляется склонность к бесплодным рассуждениям, витиеватости (резонерству). Вместе с тем обнаруживаются «соскальзывания», «закупорка» мышления, «обрывы» (Sprengung); 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 необычностью, своеобразием 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 двойной 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 Conrad K., 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 интровертированность - преобладание жизни внутренним миром. Однако эта черта нередко характеризует и преморбидную личность больных. При развитии заболевания эта тенденция значительно нарастает, достигая степени аутизма (Bleuler E., 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 соответствуют определенной ситуации, внутренним переживаниям, а свидетельствуют о расщеплении целостного эмоционально-мимического реагирования. В более выраженной стадии болезни нередко меняется походка - становится какой-то неестественной, вычурной. То же самое можно сказать и о жестикуляции. Вообще манерность мимики и пантомимики является характерной для шизофренических изменений личности.

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 прогрессивности заболевания они могут быть выражены в различной степени - от тонких, улавливаемых только опытным глазом особенностей до грубых расстройств, обнаруживаемых без труда. Важно отметить, что вся описанная симптоматика развивается, на фоне иепомраченного сознания и не является транзиторной.

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

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

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

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

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

Когнитивная сфера включает в себя ряд характерных признаков, 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 мотивационной стороны восприятия снижается интерес к заданию, реакция на оценку экспериментатора и т.д. Изменение субъективного значения отдельных элементов действительности может приводить к ограниченности, нереалистичности, фантастичности восприятия. Нарушения восприятия при шизофрении легко обнаруживаются при выполнении теста Роршаха.

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

интерпретации тесно связаны с характерными для больных шизофренией нарушениями мышления и аффективно-личностными нарушениями. Внимание при шизофреническом симптомокомплексе также имеет свои специфические особенности. Как правило, при относительно сохранном интеллектуальном уровне и относительно сохранной памяти внимание нарушается в значительно большей степени. Характерен диссонанс между большей сохранностью произвольного и более заметным нарушением произвольного внимания. Изменение субъективного значения отдельных элементов действительности может приводить к неадекватной направленности внимания. Степень устойчивости внимания варьирует. При исследовании внимания пробами Шульце, «счетом с переключением» можно выявить: изменения объема и переключаемости произвольного внимания; отвлекаемость на посторонние раздражители, связанные с формальностью мотива; истощаемость, особенно субъективную, обычно повышенную. Произвольное 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» (мнеограмма 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 обуславливается разной степенью представленности и выраженности описанных нарушений.

В нарушение операциональной стороны мышления входит следующее: Искривление процесса обобщения по типу актуализации несущественных (преимущественно латентных или гиперабстрактных) признаков, а также частая опора на второстепенные, поверхностные, лично-значимые признаки. Искривление 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, не обычным, 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. Зейгарник 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 не скольких 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 (Зейгарник Б.В., 1958).

\* Форма резонерства: склонность к рассуждениям со своеобразной аффективной захваченностью, 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 аналитико-синтетической деятельности можно расценивать как результат нарушения взаимодействия сигнальных систем (Блейхер В. М, Крук И.В., 1986). 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, 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 (невывразительность и монотонность речи, недостаточная эмоциональная окраска речевых высказываний). Возможно преобладание монологической активности.

Письменная речь отличается своеобразием почерка, «набивкой» (заполнением пустых пространств листа), орнаментацией, привнесением символики, персеверацией отдельных элементов,

Нарушение эмоциональной сферы, как правило, является неизменным спутником шизофренического процесса. 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 корректируются.

В эмоциональной сфере больных шизофренией обращает на себя внимание наличие амбивалентных элементов с одновременным проявлением противоположных по модальности переживаний - любви и ненависти, безразличия и заботы, нежности и эмоциональной холодности. При наличии выраженных патопсихологических расстройств отмечаются постепенное обеднение, оскудение эмоциональной сферы со своеобразным уплощением эффективности. 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 патопсихологической 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 стимульного материала. К видам нозологических форм, при которых встречается данный патопсихологический симптомокомплекс, относятся: шизофрения, шизоаффективное расстройство, шизотипическое расстройство, шизоидное расстройство личности.

**Личностно-аномальный синдром**

В клинике личностно-аномальному симптомокомплексу соответствуют акцентуированные и патопсихические 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, личностно-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 жестиком. 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 экстрапунитивная 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-значимых 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.