**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.