

A decorative frame consisting of two thick black L-shaped lines. One L-shape is positioned in the top-left corner, and the other is in the bottom-right corner, creating an open rectangular frame around the central text.

# ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ СИМПТОМОКОМПЛЕКСЫ

# Определения

- **Патопсихологический симптомокомплекс (синдром)** – совокупность нарушений (особенностей) познавательных процессов, эмоциональных и поведенческих реакций, относительно специфичных для той или иной нозологии, имеющих в своей основе ряд системообразующих факторов и интегративных психологических механизмов.
- **Патопсихологический симптомокомплекс** – это относительно специфический паттерн (определенным образом организованный комплекс, структурированная совокупность) внутренне связанных, родственных по происхождению (патогенезу) и механизмам развития психологических феноменов (симптомов) – признаков нарушения поведения, эмоционального реагирования и познавательной деятельности, несущих информацию об уровне (глубине), объеме (тяжести) психического поражения и некоторых его нозологических характеристиках (диагностической «окраске»). И.А. Кудрявцев
- **Патопсихологический синдром** – это патогенетически обусловленная общность признаков психических расстройств, внутренне взаимообусловленных, взаимосвязанных. В.М. Блейхер и И.В. Крук

# Классификации патопсихологических симптомокомплексов

**И.А. Кудрявцев выделяет следующие патопсихологические симптомокомплексы (синдромы):**

1. шизофренический, или диссоциативный (шизофрения, МДП);
2. органический (ЧМТ, церебральный атеросклероз);
3. олигофренический (олигофрения, пограничные психические состояния);
4. психопатический, или личностно-аномальный (психопатии);
5. синдром психогенной дезорганизации психической деятельности (неврозы, ПТСР, реактивные состояния).

# Классификации патопсихологических симптомокомплексов

**В.М. Блейхер, И.В. Крук и С.Н. Боков дополнили классификацию Кудрявцева, выделив следующие патопсихологические симптомокомплексы:**

1. шизофренический;
2. аффективно-эндогенный (в клинике ему соответствуют маниакально-депрессивный психоз и функциональные аффективные психозы позднего возраста);
3. олигофренический;
4. экзогенно-органический (в клинике ему соответствуют экзогенно-органические поражения головного мозга – церебральный атеросклероз, последствия черепно-мозговой травмы, последствия токсикомании и т.д.);
5. эндогенно-органический (в клинике – истинная эпилепсия, первичные атрофические процессы в головном мозге);
6. личностно-аномальный (в клинике – акцентуированные и психопатические личности и обусловленные в значительной мере аномальной почвой психогенные реакции);
7. психогенно-психотический (в клинике – реактивные психозы);
8. психогенно-невротический (в клинике – неврозы и невротические реакции).

# Классификации патопсихологических симптомокомплексов

**Г.Н. Носачев, Д.В. Романов считают, что наиболее оправданным представляется выделение следующих вариантов симптомокомплексов:**

1. патопсихологический симптомокомплекс психотической дезорганизации;
2. шизофренический патопсихологический симптомокомплекс;
3. аффективный патопсихологический симптомокомплекс (2 варианта: гипертимический и гипотимический);
4. органический патопсихологический симптомокомплекс (3 варианта: ригидный, лабильный, мнестический);
5. олигофренический патопсихологический симптомокомплекс;
6. эпилептический патопсихологический симптомокомплекс;
7. личностно-аномальный патопсихологический симптомокомплекс (2 варианта: возбудимый и торпидный).

# Классификации патопсихологических симптомокомплексов

С.Л. Соловьева в своем пособии по медицинской психологии, опираясь на классификации различных авторов, выделила основные симптомокомплексы.

№	Патопсихологический симптомокомплекс	В клинике
0	Синдром психотической дезорганизации	Психотическое состояние
1	Шизофренический	Шизофрения
2	Аффективно-эндогенный	Маниакально-депрессивный психоз, функциональные аффективные психозы позднего возраста
3	Олигофренический	Олигофрения
4	Личностно-аномальный	Акцентуации и психопатии
5	Эндогенно-органический	Истинная эпилепсия, первичные атрофические процессы в ГМ, и т.п.
6	Экзогенно-органический	Экзогенно-органические поражение головного мозга, включая последствия ЧМТ, последствия употребления ПАВ, и т.п.
7	Психогенно-психотический	Реактивные психозы
8	Психогенно-невротический	Неврозы и невротические реакции

# Психогенно-невротический симптомокомплекс

---

**Ядро** – дезорганизация психической деятельности под влиянием тревоги и высокого напряжения (нарушения минимальные, часто не выходят за пределы нормативных диапазонов).

## Особенности невротозов:

- обратимость патологических нарушений, независимо от его длительности;
- психогенная природа заболевания, которая определяется существованием содержательной связи между клинической картиной невротоза, особенностями системы отношений и патогенной конфликтной ситуацией больного;
- специфичность клинических проявлений, состоящая в доминировании эмоционально-аффективных и соматовегетативных расстройств.

## 3 вида невротических конфликтов:

- истерический;
- психастенический;
- невротоз навязчивых состояний.

## Эмоциональная сфера:

повышенный уровень тревожности, сниженный уровень настроения.

**Когнитивная сфера:** нарушения концентрации и устойчивости внимания, быстрая истощаемость, замедленная переключаемость с одного вида деятельности на другой, нарушения механического запоминания.

# Психогенно-психотический

## СИМПТОМОКОМПЛЕКС

**Ядро** – дезорганизация психической деятельности под влиянием тревоги и высокого напряжения (нарушения минимальные, часто не выходят за пределы нормативных диапазонов).

### Главные особенности:

- возникают в результате действия психических травм, превышающих адаптационно-компенсаторные возможности индивидуума;
- временный и обратимый характер.

**Примеры** – аффективно-психогенные шоковые реакции, истерические психозы, синдром регресса психики, реактивная психогенная депрессия, и т.п.

### Поведение:

- повышенная тревожность (и в поведении, и по результатам опросников);
- неустойчивость самооценки;
- рассогласованность жалоб и объективных данных;
- эгоцентризм суждений.

**Внимание:** признаки астенизации, неустойчивость внимания.

**Память:** негрубое нарушение динамики мнестической деятельности.

**Мышление:** нет нарушений, сохранность основных компонентов процесса мышления.



# Экзогенно-органический симптомокомплекс

---

## Наиболее характерный признак

– астения, проявляющаяся в повышенной истощаемости психических функций. Выделяют две формы астенических синдромов: а) гиперстенический синдром: характерно начало выполнения задания в быстром темпе и очень рано проявляющаяся истощаемость, в последующем эпизодически отмечается кратковременное улучшение показателей; б) гипостенический синдром: уровень выполнения задания постоянно снижается в связи с нарастающей истощаемостью.

**Нарушения памяти** начинаются с расстройств произвольной репродукции, к ним могут присоединяться недостаточность удержания (ретенции), а далее – снижение способности к запоминанию.

## Эмоциональная сфера

характеризуется увеличением амплитуды, малой нюансированностью, инертностью эмоциональных реакций, нарушением волевого контроля за аффективностью.

## Степень интеллектуального снижения может быть разной:

- нерезко выраженная истощаемость психических процессов, легкая степень снижения памяти с сохранностью уровня процессов обобщения и отвлечения;
  - неравномерность уровня психической деятельности, нарушение умственной работоспособности (непоследовательность суждений);
  - стойкое снижение уровня процессов обобщения и отвлечения (слабоумие, деменция, которая может варьировать от очаговой до диффузной).
-

# Эндогенно-органический симптомокомплекс

## Мышление:

- инертность психической деятельности;
- склонность к детализации в восприятии и мышлении;
- при определенной длительности заболевания, мышление становится вязким, эгоцентричным, конкретным (снижается уровень обобщения и отвлечения);
- отмечается склонность к резонерству, страдает понимание юмора.

**Ослабление памяти:** вначале обнаруживается нарушение произвольной репродукции, на последующих этапах – расстройства удержания и запоминания.

Характерны расстройства речи: замедление ее темпа, употребление уменьшительных слов и речевых штампов, олигофазии (затруднения называния предметов).

**Эмоциональная сфера:** характерно сочетание аффективной вязкости, склонности «застревать» на тех или иных, особенно отрицательно окрашенных переживаниях (чувстве обиды, ревности) и аффективной взрывчатости, бурным аффективным реакциям. Возможны дисфорические состояния.

**Личностные особенности:** характерны преобладание эгоцентрических мотивов, концентрация всех интересов на своих потребностях и желаниях, аккуратность, доходящая до педантизма, гиперболизированное стремление к порядку, ипохондричность (чрезмерная озабоченность собственным здоровьем). Прогрессируют нарушения самооценки, что проявляется в нарастании неадекватности уровня притязаний уровню реальных возможностей, снижении критичности к себе, недооценке неблагоприятных жизненных факторов, преувеличенно-оптимистической оценке будущего.

# Личностно-аномальный симптомокомплекс

---

**Ядро** – аффективная обусловленность поведения, нарушение регуляции и подконтрольности поведения.

## Личностная сфера:

- наличие акцентуаций;
- неадекватная самооценка;
- нарушения в межличностном общении.

## Эмоциональная сфера:

повышенная тревожность или эмоциональная лабильность.

## Когнитивная сфера:

- недостаток прогнозирования, отсутствие опоры на собственный опыт, парциальная некри-тичность;
  - нарушения обобщения по типу актуализации несущественных, личностно-значимых призна-ков;
  - проекция (главным образом внутренних конфликтов) в ассоциативном эксперименте, методи-ке пиктограмм и т.п.;
  - аффективная обусловленность мышления;
  - колебания продуктивности.
-

# Олигофренический симптомокомплекс

---

**Ядро** – сниженная способность к обучению, тотальный характер нарушений всех психических функций.

## **Интеллектуальные особенности:**

- неспособность к обучению и формированию понятий,
- дефицит общих сведений и знаний.

## **Особенности мышления:**

примитивность и конкретность мышления, неспособности к абстрагированию.

## **Эмоционально-волевые расстройства:**

сниженный эмоциональный самоконтроль, импульсивность, повышенная внушаемость, расторможенность влечений.

---

# Аффективно-эндогенный симптомокомплекс

## Эндогенный депрессивный синдром

**Настроение:** сниженное, причем беспричинно.

### **Нарушения познавательной**

**деятельности:** динамические нарушения (снижении скорости протекания и интенсивности) психических процессов.

**Восприятие:** сужение объема.

**Внимание:** снижение активности.

**Память:** снижение объема кратковременной и оперативной памяти.

**Мышление.** 1) Замедление темпа мыслительных процессов, бедность и шаблонность ассоциаций, снижение продуктивности мыслительной деятельности. Способность к обобщению и отвлечению, целенаправленность суждений не страдают. 2) Появление постоянно повторяющихся однообразных идей (мнимой ошибки, греха, вины).

### **Мотивационно-потребностная**

**сфера:** общее снижение мотивационной активности. Как правило, отмечается низкая актуальность потребности самосохранения, направленность агрессии на себя (аутоагрессия), что обуславливает появление мыслей о самоубийстве и суицидального поведения.

**Психомоторика:** обычно заторможенность, в некоторых случаях, при повышенном беспокойстве, появляется возбуждение. Мимика обычно скорбная, застывшая, движения замедленные, больные выглядят постаревшими.

### **Соматические расстройства**

соответствуют снижению витального тонуса. Отмечается потеря аппетита, похудание, запоры, расстройства сна, быстрая утомляемость и пр.

# Аффективно-эндогенный симптомокомплекс

## Эндогенный маниакальный синдром

**Настроение:** чрезмерно приподнятое, эйфория. Беспричинность повышенного настроения, иногда может гротескно не соответствовать жизненной ситуации больного. Повышение фона настроения сочетается с его нестабильностью, чрезмерной интенсивностью эмоциональных реакций, которые могут быть неадекватными по направленности, переходить в повышенную раздражительность.

**Восприятие:** характеризуется расширением объема, снижением дифференцированности.

**Внимание:** отличается главным образом нарушением его устойчивости и переключаемости: наблюдается повышенная отвлекаемость, внимание «скачет» с одного предмета на другой.

**Память:** наблюдается гипермнезия. Вместе с тем, при значительной степени выраженности аффективных расстройств, механическое запоминание нарушается. Смысловое обычно сохранно.

**Мышление:** нарушения сводятся, в основном, к ускорению темпа (ускоренное мышление, вплоть до «скачки идей»), связанного с ускорением ассоциативных процессов. Могут быть и нарушения по содержанию: больным свойственна переоценка собственной личности, могут возникать сверхценные идеи величия. Сбивчивость и непоследовательность мышления достигает иногда степени бессвязности.

**Характерно психомоторное возбуждение.** Мимические и пантомимические реакции усиленные и крайне разнообразные.

**Соматическая сфера:** вегетативные функции и физическая работоспособность соответствуют повышенному чувству бодрости. Больные выглядят помолодевшими. Понижена потребность во сне. Аппетит и либидо повышены. Без лечения через несколько недель или месяцев наступает состояние изнеможения.

# Шизофренический симптомокомплекс

---

## Внимание:

- большая сохранность произвольного и более заметное нарушение произвольного внимания;
- неадекватная направленность внимания;
- повышенная отвлекаемость;
- изменения объема и переключаемости произвольного внимания (например, таблицы Шульте);
- высокая субъективная истощаемость;
- снижение внимания к ошибкам, реакциям экспериментатора.

**Мышление:** нарушение операциональной стороны мышления (снижение и искажение процесса обобщения), нарушения мотивационного компонента мышления (разноплановость, резонерство), нарушение динамики мышления, нарушение критичности мышления.

## Воображение:

- высокая продуктивность (на более поздних стадиях – снижение);
- разнородность образов, их нереалистичность, сверхоригинальность, а также склонность к символизации.

## Речь:

- изменения семантической стороны (шизофазия, неологизмы, изменение значений слов, избыточная смысловая насыщенность речи) и просодической стороны (невыразительность и монотонность речи, недостаточная эмоциональная окраска речевых высказываний);
- преобладание монологической активности;
- письменная речь – своеобразием почерка, «набивкой» (заполнением пустых пространств ли-ста), орнаментацией, привнесением символики, персеверацией отдельных элементов.

# Шизофренический симптомокомплекс

---

## Эмоциональная сфера:

- снижению нюансировки, динамики, адекватности эмоциональных реакций;
- постепенное обеднение, оскуднение эмоциональной сферы со своеобразным уплощением аффективности.

## Мотивационно-потребностная сфера:

- нарушение структуры и иерархии потребностей;
  - ослабление побудительной функций мотивов, парадоксальность мотивации
-



# Синдром психотической дезорганизации

---

**Восприятие:** сужение или расширение объема (феномен «восприятия без объекта»).

## **Внимание:**

- неустойчивость внимания или «прикованность»;
- низкая переключаемость внимания (его ригидность, торпидность) или высокая непродуктивная переключаемость (лабильность);
- может отмечаться нарушение селективности внимания.

## **Память:**

- снижение объема оперативной памяти;
- кратковременная память – низкий объем запоминания, воспроизведение слов по созвучию либо близких по смыслу и/или ложное воспроизведение стимулов из предшествующих заданий;
- хаотичный профиль запоминания;
- долговременная память – низкий объем запоминания, а также ложным воспроизведением стимулов из предшествующих заданий.

## **Мышление:**

- непродуктивность;
- нарушения в выборе критериев сравнения, обобщения, классификации, конкретизации и абстрагирования;
- низкий темп и подвижность ассоциативного процесса либо чрезмерно высокий темп
- ассоциирование с опорой на случайные признаки;
- выявляется и нарушение категориального строя;
- могут выявляться искаженные умозаключения (бред);
- нарушение целенаправленности мышления.

## **Воображение:**

- крайне низкая или чрезмерно высокая продуктивность;
  - разнородность образов или выраженное однообразие;
  - образы характеризуются нереалистичностью, сверхоригинальностью.
-

■ **Вывод:** таким образом, можно сделать вывод, что единой классификации патопсихологических синдромов (симптомокомплексов) не существует, создающиеся классификации тесно связаны с нозологическим подходом в отечественной психиатрии и, по существу, базируются на нем.

# Используемая литература:

- 1. Беребин М.А. Практикум по патопсихологии: учебное пособие / А.Ю. Рязанова. – Челябинск: Издательский центр ЮУрГУ, 2017. – 131 с.
- 2. Блейхер В.М., Крук И.В., Боков С.Н. – Клиническая патопсихология.
- 3. Кудрявцев И.А. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза (научно-практическое руководство). – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1999, С. 55.
- 4. Медицинская психология: Конспект лекций / Сост. С.Л. Соловьева. – М.: ООО «Издательство АСТ»; СПб.: ООО «Сова», 2004, С. 28
- 5. Носачев Г.Н., Романов Д.В. Патопсихология. Учебное пособие для студентов психологических факультетов. Изд. 2-е, исправл. и дополн. – Самара, 2004