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, структурирован-ная 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 неврозов:

- обратимость патологических нарушений, независимо от его длительности;

- психогенная природа заболевания, которая определяется существованием содержательной связи между клинической картиной невроза, 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;

- невроз 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) гипостениче-ский синдром: уровень выполнения задания постоянно снижается в связи с нарастающей истощаемо-стью.

Нарушения памяти начинаются с расстройств произвольной репродукции, к ним могут при-соединяться 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 работоспособ-ности (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 пра-вило, 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 беспокой-стве, появляется возбуждение. Мимика обычно скорбная, застывшая, движения замедленные, боль-ные 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 непроизвольного 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 монологовой активности;

- письменная речь – своеобразием почерка, «набивкой» (заполнением пустых пространств ли-ста), орнаментацией, привнесением символики, персеверацией отдельных элементов.

Шизофренический симптомокомплекс

Эмоциональная сфера:

- снижении нюансировки, динамики, адекватности эмоциональных реакций;

- постепенное обеднение, оскуднение эмоциональной сферы со своеобразным уплощением аффективности.

Мотивационнно-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