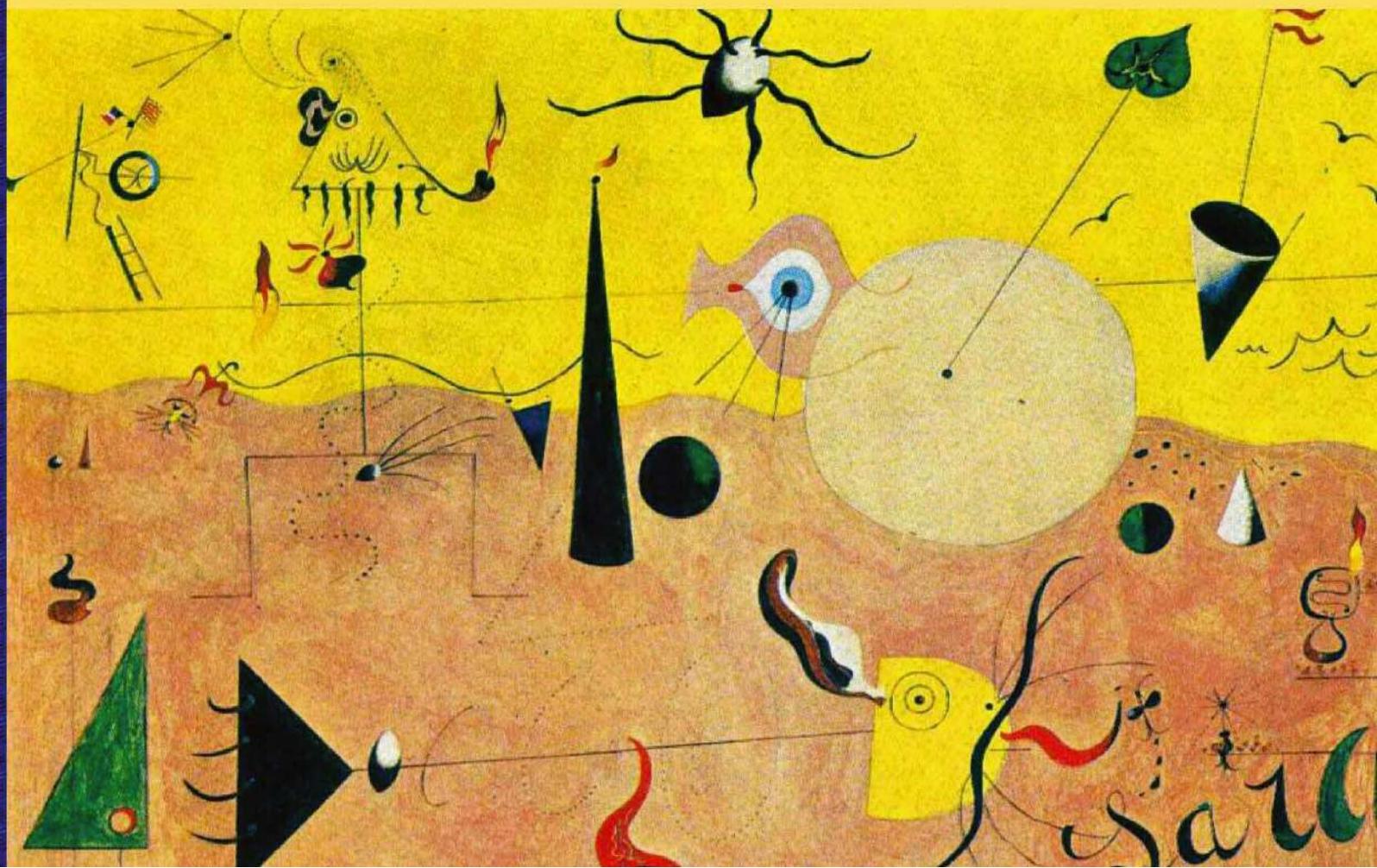


Р. Р. ХАРИСОВА, Ю. В. ЧЕБАКОВА

**ПРАКТИКУМ ПО
ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ
ДИАГНОСТИКЕ**



Р. Р. Харисова, Ю. В. Чебакова

**ПРАКТИКУМ
ПО ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ
ДИАГНОСТИКЕ**

*Учебное пособие для студентов и слушателей программы
переподготовки, обучающихся по специальности
«Клиническая психология», медицинских психологов
учреждений здравоохранения*

Москва
2018

УДК 159.97
ББК 88.7
X20

Рецензенты:

кандидат психологических наук, А. М. Иванова

кандидат медицинских наук, кандидат психологических наук, И. Б. Позе

Харисова Р. Р.

X20 ПРАКТИКУМ ПО ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ: Учебное пособие / Р. Р. Харисова, Ю. В. Чебакова [Под ред. Ю. В. Чебаковой]. — М.: Языки Народов Мира : ТЕЗАУРУС, 2018. — 330 с.

ISBN 978-5-98421-345-5

В учебном пособии рассматриваются вопросы подготовки и проведения патопсихологического обследования и составления заключения. В пособии отражены общие правила оформления патопсихологического заключения, рекомендации по подготовке к патопсихологическому обследованию. Представлены дифференцированные параметры оценки психического статуса, приведены классификации патопсихологических феноменов нарушения внимания и умственной работоспособности, восприятия, памяти, мышления, эмоционально-личностной сферы; показаны способы квалификации феноменов в рамках патопсихологических факторов с примерами из патопсихологических заключений. Описаны структуры патопсихологических синдромов при различных психических заболеваниях с анализом основных теоретических и практических вопросов дифференциально-нозологической диагностики в психиатрии, приведены примеры целостных заключений с описанием иерархической структуры патопсихологического синдрома. Особый акцент сделан на выделении психодиагностических критериев оценки эмоционально-личностного дефекта и структурных эмпирических параметрах типологии личности. В пособии интегрированы методологические идеи отечественной патопсихологической школы и психоаналитической теории объектных отношений, последовательно представлены возможности их интегративного применения в патопсихологической диагностике.

Учебное пособие предназначено для студентов и слушателей программы переподготовки, обучающихся по специальности «Клиническая психология», а также медицинских психологов учреждений здравоохранения.

УДК 159.97
ББК 88.7

Для обложки использовалась картина Хуана Миро «Охотник».

ISBN 978-5-98421-345-5

© Харисова Р.Р., Чебакова Ю.В., 2018

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	7
1. Введение	12
1.1. Этапы патопсихологического синдромного анализа	12
1.2. Правила оформления патопсихологических заключений	18
1.3. Критерии оценки полноты и корректности патопсихологического заключения	19
1.4. Этапы подготовки к патопсихологическому исследованию ..	21
2. Структура патопсихологического заключения	25
2.1. Описание психического статуса обследуемого (метод клинико-психологического наблюдения и беседы)	25
2.1.1. Ориентированность	26
2.1.2. Особенности внешнего вида	27
2.1.3. Невербальные характеристики психического статуса (мимическая и интонационная экспрессия, позы и жесты)	32
2.1.4. Речь	36
2.1.5. Мышление	39
2.1.6. Характер предъявляемых жалоб	41
2.1.7. Отношение к заболеванию, критичность к обстоятельствам и условиям стационарирования	45
2.1.8. Характеристики контакта с экспериментатором	47
2.1.9. Эмоционально-личностные и поведенческие особенности	49
2.2. Общая характеристика обследуемого в экспериментальной деятельности (сформированность и содержательная наполненность мотива экспертизы)	53
2.3. Описание результатов экспериментально-психологического исследования	55
2.3.1. Оценка психологической феноменологии нарушений внимания и умственной работоспособности	55
А. Нарушение динамического и операционального компонентов внимания и умственной работоспособности	57
1) Повышенная истощаемость и лабильность	57
2) Инертность	58
Б. Нарушение мотивационного компонента внимания и умственной работоспособности	60
1) Пресыщаемость	60
2) Снижение психической активности (редукция энергетического потенциала)	62
3) Дефицит целенаправленности внимания	62

2.3.2. Оценка психологической феноменологии нарушений	
восприятия	63
А. Нарушение операционального компонента восприятия	64
1) Псевдодиагноза	64
Б. Нарушение мотивационного компонента восприятия	65
1) Нарушение избирательности восприятия	65
2) Феномен «перцептивной защиты»	65
2.3.3. Оценка психологической феноменологии нарушений	
памяти	67
I. Снижение продуктивности запоминания	68
II.	
А. Нарушение динамического компонента памяти	69
1) Повышенная истощаемость и лабильность мнестических	
процессов	69
2) Инертность мнестических процессов	69
Б. Нарушение операционального компонента памяти	71
1) Феномен «фиксационной амнезии»	71
2) Диссоциация между продуктивностью непосредствен-	
ного запоминания и отсроченного воспроизведения	71
3) Феномен контаминаций	72
В. Нарушения мотивационного компонента памяти	72
1) Снижение психической активности мнестических про-	
цессов	72
2) Феномен «обтаивания»	73
3) Нарушение избирательности мнестических процессов	
(феномен конфабуляций)	74
4) Дефицит целенаправленности и пресыщаемость	
мнестических процессов	75
5) Феномен «плато»	76
6) Нарушение ассоциации понятия и рисунка	77
7) Избыточная опосредованность ассоциативных образов	80
2.3.4. Оценка психологической феноменологии нарушений	
мышления	81
А. Нарушение динамического компонента мышления	82
1) Непоследовательность суждений	82
2) Инертность связей прошлого опыта и «вязкость»	
мышления	83
3) Лабильность мышления	85
Б. Нарушение операционального компонента мышления	86
1) Снижение уровня обобщений, тенденция к актуали-	
зации конкретно-ситуативных признаков предметов	
и явлений	86
2) Феномен «сверхобобщенности»	89
3) Искажение процесса обобщения, тенденция к актуали-	
зации латентных признаков	89

В. Нарушение мотивационного компонента мышления	95
1) Снижение психической активности мышления	95
2) Разноплановость	95
3) Резонерство (тангенциальное мышление)	99
4) Нарушение критичности мышления	104
5) Феномен аффективной дезорганизации мышления (снижение подконтрольности мыслительной деятельности)	105
6) Феномен «единой системы» и дефицит целенаправленности мышления	108
2.3.5. Оценка психологической феноменологии нарушений эмоционально-личностной сферы	109
I. Оценка актуальных эмоциональных состояний	110
1) Тревога	110
2) Депрессия	111
3) Агрессия	113
4) Аутоагрессия	115
II.	
A. Специфика мотивационно-потребностной сферы	116
Б. Психодиагностика эмоционально-личностного дефекта	119
1) Социальная компетентность	122
2) Социальная предсказуемость	122
3) Эмоциональная компетентность	123
4) Личностная направленность	123
5) Интеграция идентичности	124
В. Структурные неспецифические феномены нарушения личности	124
1) Эмоционально-личностная незрелость	125
2) Диффузия идентичности	126
3) Феномен «слипания» Я-реального и Я-идеального	127
Г. Структурные специфические феномены нарушения личности ...	128
1) Асоциальная структура личности	132
2) Нарциссическая структура личности	133
3) Параноидная структура личности	136
4) Шизоидная структура личности	137
5) Обсессивно-компульсивная структура личности	138
6) Депрессивная структура личности	140
7) Маниакальная структура личности	141
8) Мазохистическая структура личности	143
9) Истерическая структура личности	144
10) Диссоциативная структура личности	147
3. Особенности патопсихологического синдромного анализа при различных нозологических формах	152
3.1. Шизофрения	152
3.1.1. «Нецеленаправленный» патопсихологический синдром	159

3.1.2. Психопатоподобный патопсихологический синдром	169
3.1.3. Псевдоорганический патопсихологический синдром	180
3.2. Аффективные расстройства	190
3.2.1. Депрессивные расстройства	191
3.2.2. Мания	202
3.3. Эпилепсия	210
3.4. Диффузные органические поражения головного мозга	223
3.4.1. Экзогенно органические психические расстройства вследствие злоупотребления психоактивных веществ (ПАВ)	224
3.5. Деменция	231
3.5.1. Болезнь Альцгеймера	238
3.5.2. Болезнь Пика	244
3.5.3. Сосудистая деменция	252
3.5.4. Деменция вследствие закрытой черепно-мозговой травмы (ЧМТ)	259
3.6. Олигофрения	265
3.7. Расстройства личности	273
3.8. Невротические расстройства (в т. ч. травматическая психогения)	285
3.9. Особенности патопсихологического синдромного анализа при микстовых формах психической патологии	298
Заключение	311
Список литературы	316
Приложения	325
1. Психиатрическая феноменология описания внешнего вида	325
2. Типы расстройств мышления, регистрируемых в психическом статусе. Краткое описание	329

ПРЕДИСЛОВИЕ

Настоящее учебное пособие является результатом обобщения данных патопсихологических обследований больных с различными психическими заболеваниями в течение десяти лет нашей работы как в психиатрической клинике, так и в научно-практическом психоневрологическом центре. Работа над пособием осуществлялась в течение нескольких лет, в процессе которой мы постарались интегрировать наш собственный профессиональный опыт в патопсихологической диагностике с накопленными в литературе данными по специфике патопсихологической феноменологии при различных нозологических формах.

Первая часть настоящего учебного пособия представляет собой наши авторские классификации феноменологии нарушений познавательных процессов и эмоционально-личностной сферы, в которых собраны как достижения наших коллег, так и наши собственные практические наработки. Все феномены иллюстрированы многочисленными примерами из наших собственных патопсихологических заключений. Особое внимание мы уделили выделению клинико-психологических параметров описания психического статуса больных с примерами и рекомендациями ведения клинико-психологической беседы.

Методологические традиции психологического синдромного анализа, заложенные в трудах А. Р. Лурии в рамках нейропсихологии и продолженные Б. В. Зейгарник применительно к патопсихологии представили для нас эвристичный путь решения практических задач дифференциально-нозологической диагностики. Мы можем с уверенностью утверждать, что данное учебное пособие является первой попыткой последовательного применения логики психологического синдромного анализа с выделением ведущих факторов и иерархии патопсихологических симптомов к широкому кругу психических заболеваний. Особое внимание в пособии уделено синдромному анализу при шизофрении, в рам-

ках которого мы выделили его три различных варианта. Вторая часть пособия, помимо описания структуры патопсихологического синдрома при каждой нозологии, содержит иллюстрации целостных патопсихологических заключений.

Широкие возможности для расширения арсенала дифференциально-нозологических критериев патопсихологической диагностики представила для нас психоаналитическая теория объектных отношений, клиническая методология которой позволила нам описать структурные психологические характеристики эмоционально-личностного дефекта при эндогенных расстройствах и типологии расстройств личности с их последовательной методической верификацией. Принципы синдромного анализа реализованы при анализе структуры внутриличностных конфликтов при пограничной психической патологии.

Следует отметить и некоторые ограничения настоящего учебного пособия. Структуры патопсихологических синдромов при различных психических заболеваниях являются первыми рабочими моделями и, безусловно, нуждаются в дальнейшем изучении. Особую сложность в этом смысле для нас представляли органические поражения головного мозга, в частности, деменции, которые претерпевают существенные перестройки в структуре патопсихологического синдрома по мере развития ослабляющего процесса. В соответствующей главе мы представили особенности патопсихологического синдрома при деменции в зависимости от различных этиологических факторов с описанием иерархической структуры нарушений. При этом мы понимаем, что при развернутой картине слабоумия в патологический процесс вовлекаются различные структуры мозга, как подкорковые, так и корковые, включая лобные доли, и выделение ведущего фактора становится затруднительным (все три основных фактора – динамический, операциональный и мотивационный – становятся ведущими).

Сказанное выше в отношении органических расстройств высвечивает, на наш взгляд, одну из основных проблем синдромного анализа в патопсихологии. Классическое понимание иерархи-

ческой структуры психологического синдрома предполагает, что первичные нарушения непосредственно связаны с ведущим фактором; вторичные же нарушения являются системным следствием их связи с первичными симптомами. Однако в патопсихологической литературе чаще встречается иное понимание первичности и вторичности нарушений: первичные симптомы выходят на первый план и имеют большую выраженность в структуре патопсихологического синдрома; вторичные же симптомы – это симптомы второго плана, менее выраженные, но не всегда системно связанные с первичными нарушениями. Например, в случае уже упоминавшейся деменции при разных ее вариантах мы часто выделяем операциональные нарушения памяти и мышления как вторичные по отношению к динамическим или мотивационным нарушениям, хотя по мере развития ослабоумливающего процесса они становятся первичными и определяются соответствующими поражениями мозгового субстрата. Поэтому в некоторых моделях мы имеем ввиду под вторичными нарушениями, что изменяется операциональный уровень исполнения функции вследствие нарушения динамического фактора (например, снижение уровня обобщений при эпилепсии в указанном смысле является следствием нарушенной динамики – инертности связей прошлого опыта).

Описанные сложности и ограничения связаны с недостаточной на данный момент теоретической разработкой проблемы синдромного анализа в патопсихологии. Однако представленный в настоящем учебном пособии материал является подробным рабочим практическим руководством, служащим целям помощи в решении такой сложной и важной практической задачи медицинского психолога, как дифференциально-нозологическая патопсихологическая диагностика.

В заключении хочется выразить нашу благодарность всем пациентам, материалы патопсихологического обследования которых послужили примерами для наглядных иллюстраций патопсихологических феноменов и синдромов. Также мы выражаем благодарность врачам-психиатрам психиатрической больницы № 14

Игнатову Юрию Алексеевичу, Курышеву Алексею Геннадьевичу, Федоровой Елене Андреевной, Шведовой Алле Константиновне за возможность обсуждения пациентов. Наши сердца до сих пор бьются в радостном темпе от воспоминаний о первом опыте соприкосновения с чудом – вашим желанием помочь пациентам, чутким вниманием к их жалобам, их личности, неугасаемым интересом к пациентам, несмотря на происходящие события (а, может, и вопреки им). Ваши личные качества вдохновляют и оставляют веру в то, что в любые времена возможно не терять человеческого лица и профессионализма. И отдельную благодарность хочется выразить заведующей отделением №6 научно-практического психоневрологического центра имени З. П. Соловьева, Позе Инне Борисовне, за интересную и плодотворную совместную работу, искренний интерес к глубинам непознанного и непонятого, теплую энергетику и влюбленность в работу, которая не может не восхищать, не бодрить и не завораживать, за Вашу дружбу и поддержку. Еще одна персональная благодарность – доктору психологических наук, Николаевой Валентине Васильевне, – за Ваш неизмеримый вклад в профессиональное становление Вашей ученицы Чебаковой Ю. В., личный пример целеустремленности на научном пути, возможность обсуждения заключений и отдельных частей нашего учебного пособия. И, конечно же, наше учебное пособие было бы невозможно без участия пациентов, готовых делиться своим внутренним миром с нами, каждый раз бросающим вызов тем теоретическим знаниям и истинам, которые уже известны. Наше пособие было бы невозможно и без поддержки наших друзей и родных, на плечи которых была возложена непростая задача мириться с людьми в поисках *lapis philosophorum*¹. Мы также благодарны за возможность искать и искать его нашим коллегам, врачам-психиатрам – Палину Александру Васильевичу и Куликову Андрею Станиславовичу – за готовность поддерживать этот интерес и открывать двери ему навстречу.

¹ философского камня (лат.)

Наши коллеги-психологи также внесли неоценимый вклад в создание, правку и разработку данного пособия: Иванова Алена Михайловна, Иванова (Козинцева) Елена Георгиевна, Паршуков Алексей Юрьевич, Чернов Дмитрий Николаевич. Без критики, ночных полемик, несогласий и вашего интереса это пособие было бы неполным.

Мы понимаем, что список людей, которым мы благодарны, и, которые тем или иным образом повлияли на его создание, – незавершен, и, как и это пособие, – его можно продолжать и продолжать.

Р. Р. Харисова
Ю. В. Чебакова

1. ВВЕДЕНИЕ

1.1 ЭТАПЫ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СИНДРОМНОГО АНАЛИЗА

Составление заключения в практике патопсихологической диагностики – конечная цель сложного процесса синдромного анализа, результатом которого является описание нозологически специфичной структуры патопсихологического синдрома.

Патопсихологический (клинико-психологический) синдром можно определить как закономерно возникающее сочетание симптомов нарушений когнитивных процессов и эмоционально-личностной сферы, в основе которого лежит вызванное болезненным процессом «выпадение» объединяющего их звена в системно-структурном строении психики (Тиганов А. С., 1999). Понимание высших психических функций как сложных многокомпонентных систем, представленное в работах основателя отечественной психологической школы Л. С. Выготского, выступило основополагающим методологическим принципом его последователей – А. Р. Лурии, Б. В. Зейгарник, С. Я. Рубинштейн и др. – и было подтверждено многочисленными исследованиями патологии психики как при локальных поражениях мозга, так и различных психических заболеваниях. Общее звено в системно-структурном строении психики, «выпадение» которого и является главной образующей патопсихологического синдрома, стало соотноситься с понятием *патопсихологического фактора*.

Главное отличие патопсихологического синдрома от клинического состоит в том, что клинические синдромы позволяют установить закономерности *проявления* нарушенной психической деятельности, патопсихологические – самого ее *течения* с учетом закономерностей функционирования психики в норме. Еще одно важное различие состоит в понимании клиницистом и патопси-

хологом причинности заболеваний. Психиатр исходит из биологической этиологии и патогенеза нозологических форм и описывает сами клинические проявления нарушенной психики (симптомы, синдромы) как конечные результаты патологического, биологически детерминированного, болезненного процесса. Патопсихолог же оперирует понятием психологической причинности, т. е. пытается ответить на вопрос, каковы закономерности нарушения психики в условиях ее патологического изменения болезненным процессом.

Указанные различия клинических и патопсихологических синдромов определяют и структурное своеобразие последних. Патопсихологические синдромы являются *иерархичными*, в структуре которых выделяют *первичные, вторичные и третичные симптомы*, что и подразумевает закономерное их сочетание. Первичные симптомы непосредственно связаны с «выпадением» общего звена (фактора) в структуре нарушенных психических функций. Вторичные симптомы являются опосредованным следствием системных связей функции или ее компонента с первично нарушенным фактором. Третичные симптомы выступают как феномены компенсации первичных и вторичных симптомов. Компенсаторные симптомы имеют мотивационную природу и часто представлены личностными феноменами.

Явления компенсации не достаточно выделены и классифицированы в соответствующей литературе. В большей степени они описаны для различных нозологических форм в рамках органической патологии и не представлены при эндогенных расстройствах. При патологии личности обычно описывается комплекс эмоционально-личностных особенностей как первичных нарушений, без выделения «ядерных» нарушений и собственно феноменов компенсации.

Иерархическое строение синдрома, основанное на поэтапной качественной квалификации симптомов, и позволяет выявить синдромный анализ.

Синдромный анализ в качестве особого метода исследования в клинической психологии можно определить как путь выявле-

ния общих звеньев (факторов) в структуре различных психических функций, качественный, системно-структурный анализ патологии психики.

Особое значение как для задачи описания патопсихологического синдрома – выявления структуры *дефекта* – в целях дифференциально-нозологической диагностики, так и оценки степени тяжести нарушений и определения «мишеней» для психореабилитационных мероприятий приобретает анализ сохранных компонентов психических функций. Однако их выявление и описание составляют отдельную задачу, выходящую за рамки синдромного анализа и содержания настоящего учебного пособия.

Можно выделить три основных этапа синдромного анализа в процессе патопсихологической диагностики, отражающих принцип последовательной качественной квалификации симптомов.

Первый этап включает регистрацию всех феноменов нарушения в основных сферах психической деятельности: внимания и умственной работоспособности в целом, восприятия (обычно в случае необходимости дополнительной топической диагностики), памяти, мышления и эмоционально-личностной сфере. На данном этапе синдромного анализа выявляются общие неспецифические феномены нарушения психических функций. К таким феноменам можно отнести сужение объема той или иной психической функции (например, внимания, памяти), снижение продуктивности экспериментальной деятельности при выполнении различных заданий. При этом продуктивность выступает параметром функции как психической деятельности. Подобное понимание процессуальных характеристик психических функций как особых форм психической деятельности было методологически обосновано в трудах А. Р. Лурии (Лурия А. Р., 2003), Б. В. Зейгарник (Зейгарник Б. В., 2017). Соответственно такой неспецифичный симптом, как снижение продуктивности той или иной психической функции как деятельности, может быть связан с «выпадением» его различных звеньев.

Помимо того, что неспецифические феномены являются первичными данными для дальнейшего синдромного анализа, их ко-

личественные характеристики могут выступать важными диагностическими критериями степени выраженности психического дефекта, о чем более подробно будет идти речь в последующих главах настоящего учебного пособия.

Таким образом, на первом этапе синдромного анализа осуществляется первичная квалификация феномена как симптома, т. е. фиксируются ошибки при сопоставлении с нормативами выполнения экспериментальных заданий.

Зарегистрированные симптомы являются первичными входящими данными, которые подвергаются дальнейшему анализу. Следующий этап квалификации связан с отнесением симптома к одному из трех факторов, составляющих основные компоненты психической деятельности: динамическому, операциональному и мотивационному (Зейгарник Б.В., 2017). Тезаурус патопсихологической феноменологии на данном этапе синдромного анализа включает факторно-специфические симптомы, которые предполагают квалификацию первичных симптомов в рамках одного из трех выделенных Б. В. Зейгарник факторов. Например, снижение продуктивности непосредственного запоминания может быть обусловлено нарушением динамического фактора (*феномены повышенной истощаемости, лабильности или инертности*), операционального компонента (при выраженном снижении продуктивности отсроченного воспроизведения по сравнению с первичным заучиванием – *феномен «фиксационной амнезии»*) или мотивационного звена (при отсутствии стратегии заучивания, повышенной отвлекаемости, невыраженном эффекте «края» – *феномен «плато»*).

Для правильной квалификации симптомов необходимо оценивать экспериментальную деятельность комплексно. Например, если испытуемый опирается на конкретно-ситуативные признаки при выполнении классификации предметов, этого не достаточно для квалификации нарушения как снижения уровня обобщений. Необходимо определить доступный уровень обобщения подэкспертного, чтобы дифференцировать данный симптом от инертности связей прошлого опыта, а также оценить однородность осно-

ваний для классификации для исключения феномена разноплановости.

Тезаурус факторно-специфических патопсихологических феноменов по-разному представлен для нарушений тех или иных психических функций. Более всего он разработан в сфере мышления, меньше представлен в сферах восприятия и памяти, а для эмоционально-личностной сферы и сферы внимания вообще затруднительно выделение всех трех компонентов. Указанные обстоятельства определяют многомерность патопсихологических синдромов и сложность их четкого построения.

Также на втором этапе синдромного анализа осуществляется квалификация симптомов с точки зрения определения общего нарушенного звена (ведущего фактора) и их места в иерархии патопсихологического синдрома.

Во второй главе настоящего учебного пособия представлены классификации психологической феноменологии нарушений в различных психических сферах, предложены критерии и алгоритмы оценки симптомов, даны иллюстрации конкретных примеров регистрации симптомов в экспериментальном материале. В начале каждого подраздела перечислены основные методики исследования соответствующей психической сферы и рекомендации по их подбору и использованию с учетом как нозологической специфичности, так и индивидуальных особенностей обследуемого.

И, наконец, третий этап синдромного анализа предполагает квалификацию ведущего фактора в рамках определенной нозологии, что и определяет дифференциально-нозологический характер патопсихологической диагностики. Так, например, ведущий динамический фактор в форме инертности указывает на возможный эписиндром, лабильности – диффузные органические поражения мозга различной этиологии, ускоренности психической деятельности – актуальное маниакальное или гипоманиакальное состояние. Ведущий мотивационный фактор определяет структуру синдрома при лобных поражениях головного мозга, шизофрении, эндогенной депрессии, широком спектре пограничной пато-

логии от расстройства личности до невротических нарушений. Четкая квалификация формы ведущего фактора и самой иерархической структуры патопсихологического синдрома позволяет осуществить корректную дифференциально-нозологическую диагностику.

Одной из сложностей третьего этапа синдромного анализа является выделение только одного ведущего фактора в структуре патопсихологического синдрома. Например, при деменции по мере развития болезненного процесса наряду с динамическим фактором первичным становится также и операциональный фактор, проявляющийся выраженным мнестико-интеллектуальным снижением, а при вовлечении лобных долей мозга в картину патологии первично включается и мотивационный фактор.

Дополнительные трудности при патопсихологической диагностике возникают в связи с тем, что современная психиатрия включает множество стертых и микстовых, смешанных форм психической патологии, усложняющих клиническую картину и получаемые экспериментально-психологические данные. Так личностная патология часто оказывается коморбидной¹ сопутствующей органической неполноценности, длительно болеющие шизофренией также обнаруживают нейрокогнитивный дефицит. При шизофрении Гретера эндогенный процесс присоединяется к хроническому алкоголизму и имеет более «сглаженные» проявления дефекта. Появление множества малопрогрессирующих форм шизофрении, трудно дифференцируемых от случаев тяжелой патологии личности, также делает патопсихологическую диагностику более сложной. «Стертые» и микстовые формы психической патологии требуют создания более четких критериев квалификации нарушений, предполагающих и включение симптомов в разные патопсихологические синдромы в конкретных диагностических случаях.

В третьей главе настоящего учебного пособия представлена специфика патопсихологического синдромного анализа при раз-

¹ Соболезненной, сочетающейся с другим психическим расстройством.

личных нозологических формах с алгоритмом квалификации ведущих факторов и выделения иерархической структуры синдрома. Все подразделы включают примеры патопсихологических заключений для разных нозологических групп.

В заключении настоящего учебного пособия представлены некоторые рекомендации по патопсихологической диагностике при микстовых формах психической патологии.

1.2. ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ЗАКЛЮЧЕНИЙ

В «шапке» заключения медицинских психологов в учреждениях здравоохранения обычно указываются ФИО больного, возраст, номер истории болезни, первичность/повторность поступления, диагностическая цель (первичная, дифференциальная, повторная для смены диагноза, военная, трудовая), предварительный диагноз заболевания.

Далее следует заголовок *«Заключение по данным экспериментально-психологического исследования»*.

В первой части заключения содержится описание психического статуса обследуемого, которое опирается на данные метода клинико-психологической беседы и наблюдения и включает следующие составляющие: 1) ориентированность в месте, времени и собственной личности; 2) особенности внешнего вида; 3) невербальные характеристики психического статуса (мимическая и интонационная экспрессия, позы и жесты); 4) речь; 5) мышление; 6) характер предъявляемых жалоб; 7) отношение к заболеванию, критичность к обстоятельствам и условиям стационарирования; 8) характеристики контакта с экспериментатором; 9) эмоционально-личностные и поведенческие характеристики. Подробное описание данных параметров оценки психического статуса и рекомендации по ведению клинико-психологической беседы представлены во второй главе.

Следующая часть заключения включает описание общей характеристики обследуемого в экспериментальной деятельности, специфики мотива экспертизы, оценку основных параметров его сформированности и содержательного наполнения.

Третий раздел патопсихологического заключения отражает результаты экспериментально-психологического исследования с последовательным описанием регистрируемых симптомов с квалификацией образующих их факторов в основных сферах психической деятельности: внимания, памяти, мышления, эмоционально-личностной сфере. Сфера восприятия обычно включается в описание при деменциях различного генеза, в случаях необходимости дополнительной топической диагностики.

В заключение приводится резюме с перечислением всех выявленных симптомов с учетом их иерархии, отражается конечная цель – описание нозологически специфичной структуры патопсихологического синдрома.

1.3. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ПОЛНОТЫ И КОРРЕКТНОСТИ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ

Можно выделить следующие критерии оценки полноты и корректности патопсихологических заключений:

1. Заключение должно быть составлено грамотно, соответствовать нормам литературного и профессионального языка, иметь логическую последовательность изложения феноменов.

2. Заключение должно содержать полноценный анализ данных клинико-психологической беседы и экспериментально-психологического исследования, соответствовать критериям оценки различных феноменов.

3. Заключение должно включать все структурные компоненты: описание психического статуса, мотива экспертизы, феноменологии нарушения внимания, памяти, мышления, эмоционально-личностной сферы, резюме с выделением иерархии патопсихологических феноменов в структуре нозоспецифического син-

дрома (соблюдение данного критерия необязательно в случаях решения иных патопсихологических задач, например, когда основной практический запрос связан не с дифференциально-диагностической квалификацией патологии пациента, а с решением способов и мер коррекционной и психотерапевтической помощи).

4. Необходимо не только правильно описать феномены, но и обосновать корректность их квалификации с помощью конкретных примеров из экспериментального материала. Для регистрации феномена должны быть приведены по меньшей мере три примера с использованием прямой речи обследуемого, в противном случае экспериментальный материал недостаточен, чтобы присвоить наблюдаемой ошибке статус симптома.

Помимо выделенных критериев корректности патопсихологического заключения опишем некоторые типичные варианты ошибок, встречающиеся при квалификации феноменов:

1) несоответствие реальных феноменов описываемым, т. е. присутствует искажение феноменологии данных, например: в эксперименте пациент сказал: «Я очень одинок», интерпретация в заключении содержит трансформацию его переживаний, такую как: «N. мучается от одиночества». Считается фактической ошибкой, поскольку факт осознания своего одиночества не всегда включает негативную его оценку;

2) грубое нарушение квалификации феноменов в симптоматическом анализе, например: обследуемый в задании «очки, часы, весы, градусник» исключает весы, т. к. остальные предметы «относятся к медицине, такие весы только в магазине бывают, доктор надевает очки, измеряет температуру, часы стоят у него в кабинете» – нарушение квалифицируется как снижение уровня обобщений, при этом игнорируется доступный уровень обобщений (в других заданиях испытуемый демонстрирует его достаточный уровень) и факт субъективной значимости задания;

3) в заключении приводятся противоречащие друг другу феномены без интерпретации данного факта;

4) феномены, выделенные в психическом статусе, не соответствуют экспериментальным; при этом в тексте заключения отсутствует объяснение полученным противоречиям.

1.4. ЭТАПЫ ПОДГОТОВКИ К ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОМУ ИССЛЕДОВАНИЮ

Подготовка к экспериментально-психологическому исследованию производится до периода знакомства с пациентом и проведения патопсихологического исследования. Условно можно выделить три этапа подготовки к обследованию.

Первый этап состоит из ознакомления с историей болезни. Для патопсихолога представляет интерес: 1) анамнез; 2) особенности динамики болезни; 3) результаты других лабораторных исследований (биохимических, неврологических, офтальмологических и др.) и заключений врачей общей практики; 4) психический статус пациента в истории болезни. Комплекс данных показателей позволяет формулировать первичные патопсихологические задачи и особенности ведения экспериментально-психологического исследования, учитывать те или иные особенности личной истории пациента в беседе. Отсутствие указаний на значимые для патопсихологической диагностики данные в истории болезни делает необходимым сбор автобиографической информации в патопсихологическом исследовании. Например, наличие записи об отсутствии работы у мужчины или женщины трудоспособного возраста позволяет прояснять осознанность причинности таких жизненных обстоятельств и, в конечном счете, строить гипотезы о структуре идентичности и специфике объектных отношений. Полная или частичная потеря зрения или слуха по данным офтальмологических исследований позволяет подбирать и модифицировать методы патопсихологического исследования в соответствии с данным дефектом. Изучение особенностей психического статуса больного в истории болезни и сравнение этих данных с тем, что психолог наблюдает в обследовании, может

позволить предположить изменение эмоционального статуса, симулятивное поведение или аггравацию со стороны подэкспертного, а также и соответствующим образом варьировать содержание беседы и эксперимента. Так, в случае если при быстрых темповых психомоторных реакциях, регистрируемых по дневниковым записям обследуемого, в условиях патопсихологического исследования фиксируется выраженное замедление сенсомоторных реакций возможно предположение о симуляции или аггравации (так как в этом случае особенно сниженными показателями выполнения заданий оказываются результаты в пробах – как наиболее осознаваемых и контролируемых – продуктивность выполнения которых заключается в регистрации временных и темповых параметров) (Блейхер В. М., Крук И. В., Боков С. Н., 2002).

Второй этап предполагает формулирование клинической задачи, решении вопросов о том или ином виде патопсихологической диагностики: 1) дифференциально-нозологической; 2) с акцентом на оценке динамики психической деятельности в процессе лечения и течения болезни; 3) экспертной (судебно-психиатрической, трудовой, военной). Данный этап подготовки включает обсуждение с лечащим врачом специфики патопсихологической деятельности, терапевтических мероприятий, предполагаемых возможностях терапевтического воздействия на различные психические состояния и процессы.

Третий этап заключается в выборе методик, очередности их применения, составлении модификаций, при необходимости, в предъявлении инструкций. Инструкция должна быть отработанной, предварительно испытанной, четкой и лаконичной, соответствовать интеллектуальным и иным возможностям обследуемого.

Отметим некоторые значимые особенности подбора стимульного материала. В стандартный набор патопсихологического исследования познавательной деятельности входят методики «Десять слов», «Пиктограммы», таблицы Шульце, «Классификация предметов», «Исключение лишнего», «Сравнение понятий», «Интерпретация пословиц и метафор». При подборе слов в методику

«Десять слов» нужно учитывать, что они должны быть достаточно простыми (три, четыре буквы в слове, не больше одного-двух слов из пяти букв) и не связанными по смыслу. В методике «Пиктограммы» важно соблюдать баланс следующих параметров: конкретность / абстрактность, нейтральность / эмоциональная заряженность понятий. Начинать стимульный ряд целесообразно с нейтральных конкретных понятий («веселый праздник», «тяжелая работа»), затем включать абстрактные и эмоционально-значимые словосочетания, соблюдая равномерное распределение стимулов разных типов по ходу методики. Общее количество понятий может варьировать от 10-ти (для «сниженных», органических больных) до 18-ти (для молодых пациентов с легким регистром психических расстройств). Принцип «от простого к сложному» важно соблюдать при проведении всех методик познавательной сферы. Также необходимо варьировать степень сложности в соответствии с когнитивным уровнем больных (так для более «сниженных» пациентов, например, с прогрессирующими атрофическими процессами головного мозга, вместо методики «Пиктограммы» лучше использовать более простой вариант методики на опосредованное запоминание с возможностью выбора карточек; для исследования мышления целесообразна методика «Исключение лишнего», т. к. методика «Классификация предметов» обладает большим потенциалом произвольности и сложности категоризации). Методический комплекс исследования эмоционально-личностной сферы обладает большей индивидуальной вариативностью подбора программы исследования. Также важно учитывать соответствие сложности задания интеллектуальному уровню обследуемых, сочетать использование проективных и опросниковых методик. Проективные методики (например, цветоассоциативный тест Люшера) малоинформативны при исследовании больных с глубоким дефектом и выраженным мнестико-интеллектуальным снижением (Базыма Б. А., 1991, 2001). При пограничных психических расстройствах изучение эмоционально-личностной сферы является основным и должно включать больший методический набор; при органических заболеваниях

различного генеза акцент смещается на исследование познавательной деятельности. В целом методическая программа психологического эксперимента должна быть оптимальной с точки зрения разнообразия материала, соответствия принципу «от простого к сложному», распределения умственной нагрузки.

2. СТРУКТУРА ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ

2.1. ОПИСАНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА ОБСЛЕДУЕМОГО (метод клинико-психологического наблюдения и беседы)

В первой части патопсихологического заключения должно содержаться описание психического статуса обследуемого, которое опирается на данные методов клинико-психологической беседы и наблюдения в их неразрывном единстве. Возможны варианты, когда из-за состояния больного расспрос и беседа практически невозможны. В таких случаях, исследуя статус психически больного, психолог вынужден свести обследование преимущественно к наблюдению, где особую роль приобретают следующие характеристики психического статуса: внешний вид, невербальные параметры поведения, позволяющие в той или иной степени сформулировать гипотезы о состоянии других сфер психической деятельности.

Психический статус описывается после проведения беседы с испытуемым. Основная цель исследования психического статуса заключается в диагностике актуальных когнитивных и эмоционально-личностных особенностей. Описание психического статуса должно быть феноменологическим, т. е. употребление специфических психологических терминов допускается при их четком обосновании и раскрытии. Следует избегать использования психиатрической терминологии, это необходимо для возможности интерпретации и квалификации описанного состояния испытуемого другим специалистом (другим психологом, врачом), обратившегося к записям по данному клиническому наблюдению (Соколова Е. Т., 1980, 1990; Соммерз-Фланаган Дж., Соммерз-Фланаган Р., 2006). Беседа и наблюдение являются одними из самых тонких диагностических инструментов, во многом опреде-

ляющих качество и специфику дальнейшего взаимодействия с пациентом. С целью повышения достоверности выявляемых феноменов психического статуса рекомендуется их двойная или тройная проверка – различными и/или одинаковыми способами (Первомайский Б. Я., 1964; Василенко В. Х., 1985). Специфика этого метода в том, что наряду с четкой фиксацией особенностей психического статуса и прямой речи обследуемого, психолог неоднократно (два или три раза) возвращается к выявлению и подтверждению феномена, используя различные формы вопросов.

2.1.1. ОРИЕНТИРОВАННОСТЬ

Исследование степени ориентированности позволяет выявить общее состояние функционирования сознания, а также в клинике органических расстройств – особенности внимания, памяти. Можно выделить несколько типов ориентировки, требующих оценки: в собственной личности, в месте, времени.

Для прояснения того или иного вида ориентированности рекомендуется следующий набор вопросов (Скоромец А. А., Скоромец А. П., Скоромец Т. А., 2009):

1. Проверка ориентированности в собственной личности: испытуемого просят назвать свое имя, место проживания (адрес), профессию, семейное положение.

2. Проверка ориентации в месте: просят сказать, где сейчас находится подэкспертный (город, название места или медицинского учреждения, этаж) и каким образом прибыл сюда (транспортом, пешком).

3. Проверка ориентации во времени: больного просят назвать текущую дату (число, месяц, год), день недели, время, время года. В случае наличия сомнений – можно попросить назвать дату ближайшего приближающегося либо прошедшего праздника.

Дезориентация в собственной личности, месте, времени является нозонеспецифической характеристикой психического ста-

туса, поэтому в нередких случаях большую роль играют особенности того или иного вида ориентированности и дезориентированности. Нарушение ориентированности может быть признаком как органической патологии (деменция, олигофрения), так и эндогенных расстройств и токсических отравлений различного генеза (послеоперационный период, опийное отравление и т. д.). Описание ориентированности в психологическом заключении не должно ограничиваться констатацией дезориентации в случае наличия данной особенности, а должно отражать качественные его характеристики. Например: *«Обследуемая правильно ориентирована в собственной личности. Возраст точно назвать затрудняется. На вопрос о дате пациентка пускается в длительные, не связанные с вопросом, рассуждения; при попытке психолога уточнить время года сообщает: "сейчас начальные годы теплого периода". Также затрудняется обозначить собственное место нахождения ("это наше помещение в начальном периоде жизни"); смысловые подсказки экспериментатора не помогают больной: соглашаясь, что находится в больнице, продолжает бесвязно выдвигать гипотезы относительно белого халата психолога ("красивая одежда, Вы, наверное, получили грамоту")»*.

При наличии у пациента дезориентации также имеет значение способ передачи психологу данных, в частности, о текущих обстоятельствах жизни, месте нахождения, настоящего времени. Например: *«Обследуемый при попытке экспериментатора прояснить текущую дату и его имя, озираясь, шепотом уточняет, что это секретная информация, на доступ к которой психологу нужно получить "специальное разрешение"»*.

2.1.2. ОСОБЕННОСТИ ВНЕШНЕГО ВИДА

Как уже упоминалось, в некоторых случаях психолог вынужден ограничиться преимущественно наблюдением при составлении психологического заключения, в таких случаях описание

внешнего вида является чуть ли не единственным способом зарегистрировать те или иные феномены и диагностировать ту или иную патологию. Кроме того, первое впечатление о больном является важным диагностическим материалом. Уже по внешнему виду больного зачастую возможно предположить тот или иной характер нарушений, а также ту или иную специфику структуры личности испытуемого.

Например, описание внешнего вида больного алкоголизмом II ст. с фиксационной амнезией может дать представление о степени личностной деградации, когнитивно-мнестических нарушениях, признаках актуального постпсихотического состояния: *«В кабинет заходит неуверенно, чуть пошатываясь. Лицо отечное. Прическа взъерошена, одежда небрежна (рубашка застегнута на неправильные пуговицы). Выглядит старше своих лет»*. Особенности «первого впечатления» от испытуемого могут позволить строить дальнейшие гипотезы о специфике эмоционально-личностной сферы, а также стратегию расспроса испытуемого, например, *«Выглядит опрятно: заметны принимаемые усилия по уходу за внешним видом. Аккуратный макияж, волосы распущены в соответствии с молодежной модой, стильная несколько броского вида одежда, цветовые тона которой представлены контрастными сочетаниями бордового и черного, создающими обций траурный флер вокруг обследуемой»*.

Описание внешнего вида включает оценку следующих компонентов: 1) телосложения; 2) лица (фенотипические особенности, особенности его выражения); 3) общего внешнего вида (оценка опрятности; соответствие внешнего вида возрасту, полу, социальному статусу испытуемого); своеобразия макияжа, причёски, стиля одежды (предпочтение того или иного цвета, украшений; соответствие определенному стилю); наличие дополнительных деталей (татуировок, пирсинга, шрамирования и др.). Более подробные параметры описания фенотипических особенностей и их соответствие клиническим феноменам можно найти в Приложении 1 (Психиатрическая феноменология описания внешнего вида).

Особенности телосложения и лица указывают в том случае, если эти данные имеют диагностическое значение – отражают специфику внутриличностных конфликтов обследуемого или степень эмоционально-личностной дефицитарности, в ином случае данные показатели можно опустить. Обычно специфику телосложения и лица описывают в сопоставлении с другими рассогласующимися особенностями внешнего вида или при диссоциации личностной оценки испытуемых (недооценке или переоценке, недостаточной или чрезмерной критичности испытуемых к собственным телесным особенностям). Приведем примеры возможных описаний телосложения и лица, а также дадим оценку их диагностической значимости: *«Обследуемая гиперстенического телосложения, высокого роста, при этом отмечается предпочтение обтягивающей, уменьшенной в размере одежды яркого, броского стиля (малиновая футболка, открывающая зону живота; голубого цвета брюки)»*. Подобное подчеркивание и так достаточно броского, выделяющегося внешнего вида при сопоставлении со спецификой истории болезни может позволить сделать вывод как о снижении критичности (при шизофрении), так и отражать конфликтность внутреннего самоощущения (в случае личностного расстройства). При описании фенотипических особенностей лица и его выражения принято указывать наличие стигм (если они имеются), необычность, стереотипность и специфику движений частей лица. Например, отмечают частые моргания, тремор губ, подергивание мышц, неспецифические движения (облизывания губ), застывший взгляд и т. п. Данные показатели принято также сопоставлять с их личностной оценкой испытуемым.

Если некоторые особенности внешнего вида можно условно отнести скорее к менее зависящим от действия внешней среды (особенности телосложения, оценка частей лица), более обусловленным генетически, эндогенными процессами, то другие характеристики (оценка общего внешнего вида, своеобразие макияжа, прически, стиля одежды) – менее доступны для объективизации, так как их оценка и описание связаны с уровнем культуры, спе-

цифкой вкуса, воспитания, эстетических, этнических особенностей и профессиональных качеств исследователя (Соммерз-Фланаган Дж., Соммерз-Фланаган Р., 2006). Для квалификации специфических проявлений внешнего вида испытуемого к психопатологическим симптомам и дифференциации их от культуральных, социальных, бытовых феноменов необходимо учитывать соответствие внешнего образа испытуемого вкусам и обычаям социальной и микро-социальной среды, уровню культуры индивида, принадлежности к той или иной референтной группе, его повседневному облику и обычному поведению, а также степенью осознанности предпочтений во внешнем образе (стилю одежды, макияжа, прически и др.). Например, в двух разных социально опосредованных случаях, особенности внешнего вида пациентки могут свидетельствовать о разных личностно обусловленных качествах. Так, следующее описание, в зависимости от контекста может содержать разную психопатологическую наполненность: *«Испытуемая внешне выглядит опрятно. На лице выразительный макияж (яркая губная помада, подчеркнутые глаза), аккуратно уложенные волосы по молодежной моде. На обследование пришла в мини-юбке, подчеркнута женственной кофте с глубоким вырезом»*. В первом случае обследуемая пришла на беседу после участия в спектакле театрального драмкружка; во втором – облик соответствует каждодневному внешнему виду в больнице.

При оценке компонентов общего внешнего вида обычно описывают степень опрятности испытуемого, соответствие внешнего вида возрасту, полу, социальному статусу обследуемого; своеобразие макияжа, прически, стиля одежды (предпочтение того или иного цвета, украшений; соответствие определенному стилю). Обычно отмечают наличие / отсутствие макияжа, его особенности, предпочтение той или иной цветовой гаммы: броской, яркой, выразительной, едва заметной; определяют соответствие прически моде, личному вкусу испытуемого: наличие ирокеза (ирокез, необычный цвет волосяного покрова); выделяют соответствие определенному стилю: строгому, необычному, агрессивному, неприметному; отмечается также предпочтение определенного

цвета в одежде; пристрастие к украшениям или парфюмерии. Также особое значение имеют необычные или занимающие большую площадь тела татуировки, пирсинг или шрамирование, что может указывать как на расстройство личности, так и эндогенную патологию. Проясняющие вопросы, направленные на выявление критичности обследуемого к социальной оценке особенностей его внешнего вида, служат дифференциально-нозологическим целям: при понимании пациентом возможного удивления со стороны других людей его необычной внешности, служащей, например, целью социального эпатажа, можно исключить эндогенную патологию. Приведем несколько примеров описания особенностей внешнего вида: *«Выглядит опрятно. Одета в соответствии с возрастом, при этом стилистические характеристики внешнего вида создают впечатление общей томности, утонченности, грациозности, скрытой соблазнительности обследуемой»* – в данном отрывке помимо общего описания внешнего вида также приводятся контрпереносные ощущения экспериментатора, создающие картину самопрезентации пациентки. Следующая выдержка из заключения помимо описания внешнего вида содержит пример сопоставления и создает начало анализа эмоционально-личностной сферы и внутриличностной конфликтной зоны испытуемой: *«Выглядит опрятно. В целом, внешний вид соответствует местопребыванию (спортивный костюм), однако, отмечается ряд особенностей, свидетельствующих об экстравагантных предпочтениях испытуемой и способах выраженной демонстрации собственной уникальности: несколько броско подобранная цветовая гамма (сочетание малинового с бирюзовым и оранжевым), наличие пирсинга на левой брови, необычного искусственного (ярко малинового) цвета волос. Стоит отметить некоторую рассогласованность внешнего вида пациентки (пикническое телосложение с высоким ростом) с несколько умилительными интонационными характеристиками речи; а также конфликт стилей – между молодежным андрогинным стилем одежды и прически с феминными утонченными серьгами»*.

2.1.3. НЕВЕРБАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА (мимическая и интонационная экспрессия, позы и жесты)

Зачастую наблюдаемые невербальные характеристики поведения дают ценную информацию об актуальном эмоциональном фоне испытуемого, особенностях психического статуса, а также эмоционально-личностной сферы, выступая своеобразным маркером, позволяющим сопоставлять невербальные и вербальные реакции испытуемого, дифференцируя, таким образом, нозологическую принадлежность того или иного феномена. Основные пункты описания невербальных характеристик условно можно подразделить на феномены, связанные с гипер-, гипотонусом и странностью проявлений жестикуляции, мимики, позы, в том числе, различные виды диссоциаций мимической, интонационной экспрессии, движений и поз. Наличие одной из этих характеристик невербального поведения требует детального рассмотрения и описания в психическом статусе.

Среди невербальных параметров психического статуса можно выделить описание следующих составляющих:

1) Походка (ходьба с широко расставленными и чрезмерно высоко поднимаемыми ногами (атактическая), вприпрыжку, шаркающая, семенящая). Подобные варианты походки часто могут свидетельствовать о тяжести соматического статуса пациента, комплексе органических нарушений головного мозга, включая состояния под действием психотропных препаратов, например, нейролептический синдром, сопровождающийся экстрапирамидальными расстройствами. Для дифференциации данных нарушений от иных видов расстройств опишем имеющиеся данные относительно типов экстрапирамидальных расстройств при нейролептическом синдроме. Выделяют два его варианта – гипокинетический и гиперкинетический. Гипокинетические расстройства проявляются повышением мышечного тонуса, ригидностью, скованностью и общим замедлением речи и движений. Гиперкинетический вариант нейролептического синдрома связан с появлением тремора, гиперкинезов. Также важно, что

экстрапирамидальные расстройства могут сопровождаться явлениями акатизии, т. е. с чувством неусидчивости, беспокойства, потребностью двигаться (Тиганов А.С., Снежневский А.В., Орловская Д.Д. и др., 1999). При описании походки значимым может оказаться ее общая характеристика, необычность – припрыгивающая, вычурная, вальжная, а также способ вхождения в кабинет – охотно / неохотно, молча / в речевом возбуждении, самостоятельно / с помощью медперсонала, внесен на носилках. Подобные характеристики также могут дать информацию о степени нарушений (например, когда испытуемый не может найти указанную дверь или в силу того или иного дефекта не способен самостоятельно передвигаться). Кроме того, показатели самостоятельности, а также «активности» прибытия испытуемого к месту обследования могут быть показателями (в зависимости от ее степени) готовности сотрудничать и устанавливать диагностический альянс с психологом-экспертом. Чрезмерная же агитация, напротив, может быть показателем повышенного психического возбуждения, свидетельствующего о маниакальном состоянии и одном из предикторов непродуктивности психической деятельности на всем протяжении обследования. Приведем отрывок из патопсихологического заключения, в котором специфика поведения пациента – дезориентированность в пространстве – находится в конфликтом единстве со стремлением к самостоятельности, что, в целом, позволяет говорить о недостаточной критичности испытуемого: *«Больной в сознании, контакту доступен. На обследование пришел в сопровождении медицинского персонала. Речь тихая, медленная, недостаточно интонированная. В беседу вступает доброжелательно, достаточно пассивно, согласен на любое обследование, при этом в начале психологической экспертизы несколько тревожен, напряжен: спрашивает – "кого еще обследовать будут", "почему выбрали именно его". К заданиям приступает послушно, хотя быстро отмечает, что устал (особенно в длительных пробах); при выраженном утомлении, что наблюдается ближе к концу исследования – самостоятельно встает, пытается уйти, начинает прощаться».*

2) Описание позы (сгорбленная, устойчивая, восковая ригидность).

Особенности позы, как правило, могут указывать на тот или иной эмоциональный фон испытуемого, а также общий энергетический потенциал. Так, преимущественно сгорбленная поза со взглядом в пол может быть показателем депрессивного либо астенического состояния. В некоторых случаях специфика посадки пациента может свидетельствовать о тех или иных внутриличностных конфликтах, проявляющихся в телесном облике. Чрезмерно ровная спина, склонность к напряжению в плечах при посадке могут свидетельствовать о чрезмерной тревожности, связанной с желанием достижения максимального результата и являться, например, одним из параметров для диагностики нарциссической личностной организации с соответствующим для нее внутриличностным конфликтом. Однако во всех случаях интерпретации феноменов невербального поведения, и тем более, диагностики той или иной патологии необходима тщательная квалификация данных и сопоставление указанных феноменов с другими симптомами, наблюдаемыми в патопсихологическом обследовании. Приведем пример описания позы испытуемой в процессе обследования, по совокупности данных, свидетельствующей о неустойчивости самооценки обследуемой: *«В начале обследования пациентка тревожна, что сравнительно успешно скрывается за ироничным характером замечаний, саркастическими комментариями; в процессе беседы по мере относительного снижения эмоционального напряжения становится открытой, заинтересованной, вовлеченной в контекст диалога. Специфика позы также отражает неустойчивый характер самооощущения пациентки: сидит, то ссутулившись, то демонстрируя прямую осанку».*

3) Особенности поведения (неусидчивость, манерность, кусание ногтей, эхопраксии, ритуалы, нарушения координации, наличие тиков); жестикуляция (наличие тремора рук, ног, потираний конечностей, необычных движений (покручивание руками, ногами, пританцовывания), хаотичных (хореических) размашистых движений); соответствие эмоциональному фону и контексту беседы); выражение лица (испуганное, напряженное, печальное,

тоскливое, взгляд исподлобья, немигающий, со стремлением отвести взгляд); мимическая экспрессия (мимическая экспрессия маловыразительная, живая, по типу гримасничания; определяется также ее соответствие эмоциональному фону и контексту беседы); интонационная экспрессия (речь монотонная, немодулированная; богатый репертуар интонационной экспрессии); характеристика взгляда (в данном случае определяют особенности взгляда – его направленности (в лицо, в сторону, например, частый, продолжительный взгляд в окно может быть признаком скрытой депрессии или ипохондрических состояний), специфику установления контакта глаз и способности к его поддержанию). Следует отметить, что при описании тех или иных особенностей невербальных реакций (например, мимических и интонационных), всегда требуется их дальнейшая квалификация, сопоставление с другими характеристиками психического статуса и результатами экспериментально-психологического исследования. Так, маловыразительная мимическая и интонационная экспрессия могут свидетельствовать как о психическом дефекте в рамках шизофрении, так и депрессивном состоянии пациента.

В отличие от походки и позы, данные особенности невербального поведения имеют большую динамическую структуру, т. е. проявляются на всем протяжении обследования: на всем протяжении беседы и выполнения экспериментально-психологических проб; поэтому при описании поведения не всегда достаточно констатации того или иного вида жестикуляции или интонации, зачастую значимым оказывается вариативность поведения в зависимости от темы разговора, эмоционального фона обследуемого или объективной обстановки. Подчас совокупность данных поведения, жестикуляции, интонации, взгляда могут свидетельствовать не только о форме заболевания, но и указывать на потенциальные «конфликтные зоны» испытуемого, возможные пути психотерапевтического вмешательства. Приведем пример: *«В контакт обследуемая вступает доброжелательно, декларирует готовность «сотрудничать», открытость и искренность в беседе. Представляется "Верой", предпочитая такой вид обращения со стороны экспериментатора, шутливо отме-*

чает отсутствие разницы в возрасте (объективно исчисляемый 20 годами). Голос тихий, лаконичный, с мягкими интонационными акцентами. Речь обстоятельная, в беседе фиксирована на внутренних переживаниях, характере и качестве собственных беспокойств. Эмоциональный фон несколько неустойчивый, тревожный. Себя презентует в выгодном свете, ориентирована на социальное одобрение, стремится понравиться, угодить, вежлива и услужлива, исполнительна. В беседе прослеживается оценка событий с точки зрения тем долженствования ("нужно делать красиво и правильно" и пр.), морали ("среди друзей нет курящих пьющих, ненавижу воровство" и пр.), ориентированности на собственную добропорядочность, добросовестность ("чрезмерно ответственна", "хочу быть хорошей" и др.), акцентировании нравственных качеств, среди ценностных категорий можно также отметить озабоченность деталями, правилами, перфекционизм ("во всем люблю качество"), соответствие социальным нормативам ("с дочкой отношения – лучшие, чем лучше!" и пр.). При этом отмечается аффективная дезорганизация мышления при обсуждении тем любовных отношений обследуемой – испытуемая активно начинает жестикулировать, говорить с напором, пытаюсь как бы переубедить психолога. Среди спонтанно затрагиваемых большой тематических категорий в беседе можно выделить: значимую психологическую проблему для пациентки – потерю контроля над эмоциональными проявлениями с невозможностью структурировать, упорядочивать и управлять чувствами; тему успешности и престижа, в том числе, собственного и людей ближайшего окружения».

2.1.4. РЕЧЬ

Описание речи в психическом статусе зачастую является показателем содержательных расстройств мышления, поведения и эмоций. Кроме того, специфика речи испытуемого в психическом статусе может нести отдельную смысловую нагрузку, характеризующую как личностную сферу испытуемого, так и мотивацион-

ную направленность. Можно выделить несколько категорий описания речи:

1) интенсивность голосовых характеристик (речь тихая, громкая);

2) эмоциональный окрас речи (соответствие эмоционального окраса речи теме разговора);

3) артикуляционные особенности (сложности артикуляции, наличие заикания, «смазанная», невнятная, толчкообразная, нечеткая речь); от расстройств артикуляции отличают иностранный акцент или диалект;

4) динамические характеристики (связность/бессвязность, размеренность речи, сбивчивость ответов, повышение/понижение темпа речи);

5) особенности инициации речи (по типу монолога, длительный латентный период ответа, преимущественно пассивная);

6) структура речи (примитивная, с обилием жаргонизмов и сленговых слов, бедный словарный запас, сложности подбора слов и выражений, упрощение грамматического строя, присутствуют яркие, метафорические описания, говорит стихами, наличие неологизмов, устаревших, вышедших из употребления слов);

7) отдельные феномены (персеверации¹, вербигерации², эхολалии³);

8) диссоциация структуры речи и речевых высказываний с интеллектуальными, образовательными, социальными, гендерными характеристиками испытуемого (например, преимущественное использование мата у испытуемого со степенью кандидата наук и др.);

9) другие особенности (взвизгивания, говорит нараспев, «слащавость» речи, причмокивания, цоканье, пожевывания во время речевого акта, витиеватость речи и др.).

¹ Персеверация – патологическое застревание на одной мысли, проявляющееся повторением одних и тех же слов или фраз, в частности – повторение одного ответа на разные вопросы.

² Вербигерация (речевая стереотипия) – бессмысленное безостановочное повторение одной фразы или слова.

³ Эхолоалия – повторение только что услышанных слов или фраз.

Приведем примеры некоторых описаний речевых характеристик пациентов. Определение того или иного параметра для описания речи зависит от его дальнейшей диагностической значимости. Например, описание речи пациентки с истерическим расстройством личности на фоне органического, преимущественно сосудистого поражения головного мозга: *«Речь хорошо интонирована, отличается несколько детскими интонациями, «умилительным» обращением, использованием уменьшительно-ласкательных суффиксов»*; пациентки с шизофренией, частично описывающим мыслительные процессы в беседе: *«В контакт вступает легко, в нем многоречива; отмечается при этом эмоциональная экспансивность с невоздержанностью выражения собственных чувств, склонностью к возникновению реакций раздражения. Часто употребляет древнерусские слова, вышедшие из современной активной речи, не всегда уместно использует фразеологизмы; подчас выражает свои мысли с помощью необычных речевых оборотов (например, "я живу в мире серебряного века"). Отвечает не всегда по существу, неверно понимая контекст вопроса (при вопросе о том, как ей удобно, чтобы ее называли, отвечает: "можно по разному: студенты меня называют Википедией, потому что я много знаю, во Франции меня называют на французский манер и т. п."), витиевато, чрезмерно подробно, с иррелевантностью ответов, не соответствующих заданному вопросу. Например, высказывание о том, каким образом попала в больницу, носит следующий характер: "появились нетривиальные события – я была в курсе источников доходов своего мужа, я быстренько построила план и подсуежилась..." и т. д.; на вопрос о том, как познакомилась с мужем, отвечает: "знали мы друг друга 40 лет, он из таких непотопляемых всегда был и сейчас, и в советское время, первый период был конфетно-букетным, учитывая, что ему в те годы было доступно абсолютно все..." и т. п.»*; пример испытуемой с шизофренией, речевая коммуникация которой указывает на степень эмоционально-личностной дефицитарности: *«начинает рассказывать о себе*

только при активных, наводящих вопросах экспериментатора. При необходимости приложить усилия (например, описать себя и своих близких по характеру) начинает просить о сочувствии или проявляет негативизм».

2.1.5. МЫШЛЕНИЕ

При анализе характера мышления значимыми показателями описания могут выступать: 1) темп мыслительного процесса (ускорение, замедление, заторможенность, остановки мыслительной деятельности (шперрунги)); 2) содержательные характеристики (склонность к детализации, «вязкость», обстоятельность мышления, склонность к бесплодному мудрствованию (резонерство)).

Важными параметрами описания являются продуктивность мышления, логика, установление способности к конкретному и абстрактному, отвлеченному мышлению, анализируется умение больного оперировать представлениями и понятиями. Изучается способность к анализу, синтезу и обобщению. Более подробные содержательные аспекты описания мышления можно найти в Приложении 2 (Типы расстройств мышления, регистрируемых в психическом статусе. Краткое описание).

В психическом статусе также указывается специфика проявлений данных нарушений в процессе рассказа. Особую важность это приобретает при дифференциации расстройств мышления по эндогенному типу со спецификой реагирования и изменения течения мыслительного процесса в личностно-травмирующих ситуациях или при их описании. Так, указывается тематическая специфика, в которых различные варианты расстройств мышления проявляются, также отмечается субъективная оценка данных нарушений, если она имеется. Например, описание специфики мыслительного процесса у больной с повышенной личностной тревожностью, пережившей травматический опыт потери значимых отношений, может выглядеть следующим образом: *«Среди*

особенностей мыслительных процессов можно отметить некоторую склонность к детализации, тенденцию к конкретизации, проявляющуюся в условиях неопределенности вопроса для испытуемой (так, на вопрос о том, какое самочувствие, отвечает: "какое именно самочувствие? в общем нормальное, физически здорова") и свидетельствующих о повышенном уровне ситуативной и личностной тревожности; отмечается также некоторая склонность к дезорганизации процесса мышления в ситуации повышенной личностной значимости описания автобиографических событий (например, момента потери молодого человека). У пациентки с истерическим личностным расстройством, переживающей переезд в новый город, мышление также может дезорганизовываться в процессе беседы: «В процессе беседы обстоятельна, временами непоследовательна. Подробно, детализировано рассказывает о причинах поступления в больницу, при этом фиксируясь на психотравмирующей ситуации, связанной с жизнью в "нелюбимом городе" ("если в Москву попасть – все болячки отлетят!"; "город грязный – но здесь все люблю!"). Особенности мышления, проявляющиеся в беседе, могут также дать информацию для определения типологической характеристики личности: «Пересказывая автобиографические данные, акцентирует внимание на травмирующих жизненных событиях ("в 4 года осталась без отца", "в 8 лет отдали в интернат – сбаврили с рук", "мама засунула в Иеговы" и т. п.), создавая у собеседника обильный траурный "флер" вокруг собственной личности», а также ожидаемых нарушений операционального и мотивационного компонента мышления при эндогенных расстройствах: «Отношение больного к внешнему миру определяется такими аутистическими установками, как мечтательность, схематичность: так, описывает себя, как "склонного к созерцательному времяпровождению". Особенности коммуникативной деятельности со спецификой понятийного аппарата отражаются в процессе беседы, так, на вопрос экспериментатора о том, может ли себя пациент назвать "мягким человеком",

отвечает несколько претенциозно: таким бывает "только хлеб", искренне отрицая понимание данного выражения. Отношения со своей женой описывает патетично, с преувеличением, одним словом: "прекрасные!"»; «Подробен, тщателен и стеничен при описании деталей развития своих взаимоотношений с женой и причинах поступления в больницу, уверен в причастности жены к этому: "не предположение, а явь это, я давно установил!". Легко возбуждается при указании на нелепость и нелогичность некоторых умозаключений, настойчиво и напористо отстаивая свои суждения и убежденность (например, при конфронтации психолога с фактом клятвы жены "воспитать сыновей в дикой ненависти" и утверждением, что "отклонения у детей пошли лишь после 12-ти лет" с предполагаемой возможностью до этого времени принять участие в воспитании детей, отмечает, что "не до этого было, работа сложная была, приходилось заниматься вопросами атомной энергетики")».

2.1.6. ХАРАКТЕР ПРЕДЪЯВЛЯЕМЫХ ЖАЛОБ

В описании характера предъявляемых жалоб можно выделить следующие категории оценки: 1) акцент жалоб по сферам (физические / соматические, психологические жалобы, описание социальных проблем и деликвентного¹ поведения); 2) тяжесть субъективного страдания; 3) способ предъявления жалоб.

Характер предъявляемых жалоб, в целом, позволяет оценить общую концепцию заболевания и различные проявления феномена внутренней картины болезни, что позволяет сформировать дальнейшие пути терапевтического и психотерапевтического вмешательства, оценить комплаентность к терапии (способность и готовность пациента следовать рекомендациям врача), а также

¹ Антиобщественное противоправное поведение индивида, воплощенное в его поступках (действиях или бездействии), наносящих вред как отдельным гражданам, так и обществу в целом.

сформулировать основные диагностические гипотезы присутствующих нарушений. Остановимся подробнее на каждой из категорий описания.

Презентация жалоб по сферам включает в себя описание и общую характеристику предъявляемых пациентом симптомов заболевания, а также их распределение по нарушенным сферам. Данный параметр может оцениваться исходя из субъективного акцента в нарушении того или иного жизненного показателя. Так, выделяют жалобы на физические или соматические недомогания, психологические жалобы, акцент на описании социальных проблем или деликвентного поведения. При описании характера жалоб пациента также уместно регистрировать осознание наличия различных вариантов причин их возникновения и факторов, влияющих на их функционирование. В некоторых случаях уместно указывать длительность описанных жалоб или проблем, периоды и осознаваемую специфику их возникновения (например, чувство тяжести в груди и нарушения дыхания в ситуациях большого скопления людей и пр.).

Тяжесть субъективного страдания позволяет оценивать субъективный компонент оценки проявления того или иного симптома для личности больного. Тяжесть субъективного страдания является результатом не только тяжести самого симптома, вида диагноза, его воздействия и применения лечебных процедур, но и особенностей отношения больного и социального окружения, в целом, к болезни (стигматизация). При оценке данного компонента имеет значение выраженность причиняющего дискомфорт симптома по сферам, наличие объективной основы для их проявления. Однако, вне зависимости от того, в какой сфере лежит субъективная оценка тяжести заболевания (соматической, социальной или психологической сферах), а также наличия их объективной основы, необходимо оценить также психологические проблемы, включающие, например, проблемы отношений, соответствующие межличностные конфликты на работе, проблемы адаптации в окружении. При указании на тяжесть пси-

хического нарушения возможно оценивать степень интеграции или дезинтеграции личности и ее способности к социальной адаптации в семье, работе, досуге в условиях данного заболевания. При описании тяжести субъективного страдания полезны указания на различные варианты нарушения адекватной оценки заболевания: симуляции, диссимуляции, аггравации. Опишем данные варианты сознательного и бессознательного искажения картины болезни пациентом.

Симуляция представляет собой демонстрацию пациентом признаков несуществующей у него болезни. Выявить данный феномен возможно в результате сопоставления субъективного количества жалоб с его объективным наличием. Однако в психологическом заключении редко квалифицируется данная симптоматика, большее предпочтение отдается описательным характеристикам оценки пациентом тяжести имеющихся нарушений. Приведем пример: *«Пациент предъявляет множественные жалобы «размытого» характера на наличие как соматических, так и психических расстройств, демонстрируя данную симптоматику в процессе ее описания. Так, жалуясь на «расстройства кишечника», тут же начинает схватываться за живот. Следует отметить при этом, что подобная симптоматика и жалобы проявляются лишь в случае неуспеха при выполнении того или иного задания, при этом данных, подтверждающих подобные нарушения как в истории болезни, так и из беседы с врачом, не выявлено».*

Аггравация является усилением и демонстрацией признаков имеющегося в действительности расстройства с расчетом на получение тех или иных поблажек, выгод или льгот – рентных установок. В таких случаях пациенты могут предъявлять жалобы при неуспехе в заданиях, неожиданно отмечать падение зрения, слуха и тому подобное. Также могут наблюдаться жалобы с целью вызвать сочувствие, поддержку или продемонстрировать достаточную просвещенность и знания в медицине, и при желании успешно пройти экспертизу. Приведем пример: *«Мотивирует поступление в стационар комплексом как психических, так и*

соматических жалоб на: «агрессию», тревогу, «замкнутость», «депрессию», «наличие навязчивостей», бессонницу, «потерю аппетита». Несмотря на обилие жалоб психического функционирования, их внутреннее наполнение остается пациенткой нераскрытым, хаотичным, не структурированным. Так, «замкнутость» определяется наличием одних и тех же мыслей о выздоровлении; «агрессии» приписывается то спонтанное возникновение, то наличие соответствующих внешних триггеров; «навязчивость» описывается как психологически понятная форма поведения в стрессовой ситуации».

Диссимуляция представляет собой сознательное преуменьшение или сокрытие имеющихся нарушений. Часто является признаком появления того или иного варианта критичности. Маркером диссимуляции симптомов может явиться некоторая противоречивость изложения жалоб и их оценки. Например, пациент после первого психотического опыта: «отмечает, что пребыванием в стационаре не тяготится ("если я страдал духовно, то здесь по делу"), заявляет, что "в лечении не нуждается", тут же начиная благодарить за «"просветление", "что его научили уму-разуму в больнице"».

Способ предъявления жалоб и проблем включает описание как активности пациента в их предъявлении, так и специфику эмоционального фона при их презентации, а также ряд сопровождающих жалобы поведенческих особенностей. Подобное описание может быть показателем как интенсивности дефицитарных расстройств, так и являться критерием определения эмоционально-личностных особенностей и специфики возникновения симптомов. Следующий пример описания предъявления жалоб и проблем со стороны пациентки демонстрирует эндогенную патологию и выраженные эмоциональные изменения: «Несмотря на наличие неурядиц и возникающие в семье конфликты, больная на протяжении беседы эмоционально остается достаточно отстраненной, не включенной; мимически и интонационно однотонной даже при воспоминании об угрозе лишения ее материнских прав».

2.1.7. ОТНОШЕНИЕ К ЗАБОЛЕВАНИЮ, КРИТИЧНОСТЬ К ОБСТОЯТЕЛЬСТВАМ И УСЛОВИЯМ СТАЦИОНИРОВАНИЯ

Отношение к заболеванию, критичность к обстоятельствам и условиям стационарирования позволяет прояснять как терапевтическую мотивацию, так и степень личностной дезинтегрированности вследствие болезни. Такая категория представляет прояснение совокупности знаний и субъективных представлений пациента о наличии или отсутствии заболевания, а также критичность к патологическим ощущениям, психопатологическим переживаниям, суждениям и действиям; направленность на следование терапевтическим рекомендациям врача, а также в целом к сохранению собственного здоровья. Определение и оценка критики болезни как полной, частичной, формальной или отсутствующей (Березовский А. Э., Крайнова Н. Н., Бондарь Н. С., 2005) – традиционный способ квалификации данного феномена в практической деятельности врачей-психиатров. Однако в практике патопсихологической деятельности такого способа верификации данных бывает недостаточно. Исходя из особенностей отношения к заболеванию, критичности к обстоятельствам и условиям стационарирования, можно делать выводы не только о наличии специфических феноменов: аггравации, диссимуляции, симуляции, но и о наличии актуального бреда, изменениях личности и другой патологии.

При описании отношения к заболеванию значимыми параметрами являются: 1) знание о наличии / отсутствии заболевания; 2) субъективные представления, переживания, действия в отношении проявлений заболевания; 3) направленность пациента на следование терапевтическим рекомендациям врача, а также в целом к сохранению собственного здоровья. Описание отношения к заболеванию позволяет оценивать и такой параметр как комплаентность пациента, т. е. способность и готовность пациента следовать рекомендациям врача. Оценка данных характеристик также позволяет сформулировать гипотезы о типологической личностной специфике обследуемого.

В следующем отрывке продемонстрировано как отсутствие критичности, так и выявляющаяся психопатология в процессе расспроса об отношении к госпитализации: *«В контакт вступает вначале охотно, вальяжно. Демонстративно и с пафосом начинает рассказывать о пережитом психотическом опыте, при этом представляя себя в образе героя ("Вы смотрели "Враг государства"? – да он мальчик по сравнению со мной!"), восхваляя собственные подвиги ("я уворачивался из-под ножа 13-ть дней!"). Заявляет, что причиной поступления в больницу явилось желание укрыться от преследователей, которые до сих пор поджидают за пределами психиатрической больницы. При конфронтующих вопросах экспериментатора (с целью показать противоречивость утверждений испытуемого) собственные высказывания не корригирует, явно получая удовольствие от количества "навалившихся испытаний" ("я за 12-ть дней в бомжа превратился!"; "началась гонка по Москве!")».*

Также при описании условий госпитализации можно выявить уровень рефлексии, специфику межличностных конфликтов и критичности к проявлению тех или иных расстройств, например: *«В качестве причин госпитализации указывает наличие травматического опыта, имеющего определенную специфичность – нарушения взаимоотношений с противоположным полом. Так, первая госпитализация была связана с конфликтом с подругой из-за молодого человека; текущая – из-за разрыва отношений с мужчиной. Собственные "срывы" (со слов пациентки) описывает проявлением "раздражительности", "тоскливого настроения". При изложении последовательности событий описывает также соматические симптомы своих переживаний, соответствующие их образованию по механизму конверсии: "это было ужасно – у меня как будто онемели ноги, застрял ком в горле, когда нужно было от него уходить". При этом в рассказах пациентки присутствует повышенная травматическая оценка, драматизация собственных переживаний и действий ("я была шокирована, что ничего между нами не произошло"; "совершила ужасное действие – я поехала через весь город к нему"; "это бы-*

ло настолько ужасно – я просто вошла и сказала, что мне надо согреть ужин"); чрезмерная требовательность к ближайшему окружению (например, неожиданный приезд бабушки домой большая оценивает как "предательство"), особенно интенсивно выраженная в ситуации межполового взаимодействия, вероятно, за счет неустойчивости гендерной идентичности. Отмечает также улучшение взаимоотношений со сверстниками в период нахождения в больнице, наличие их повышенного внимания, поддержки ("Это было что-то восхитительное, они мне целый плакат сделали")».

Важной в оценке внутренней картины болезни пациента является ее квалификация как соматогенной или психогенной. При соматогенной концепции болезни отсутствует психологическая причинность симптомов; болезнь представляется как «поломка» в организме или психике, соответственно, ответственность за излечение полностью делегируется врачу, прослеживается мотив «магического» ожидания исцеляющей силы фармакотерапии. В случае пограничной патологии соматогенная концепция болезни соответствует ипохондрической фиксации и алекситимическому радикалу в структуре личности. При психогенной концепции болезни отмечается внутренний локус контроля болезни, возможность взятия на себя ответственности за выздоровление или ремиссию; при этом психогенные факторы также могут сводиться к внешним социальным стрессорам, степень внутренней личностной конфликтности может недооцениваться.

Последовательное видение и изложение субъективной причинности заболевания является основным критерием оценки критичности и степени целостности личности пациента.

2.1.8. ХАРАКТЕРИСТИКИ КОНТАКТА С ЭКСПЕРИМЕНТАТОРОМ

При описании характеристик контакта с экспериментатором анализируются поведенческие реакции больного на психолога, специфика его личностных установок в контексте межличностно-

го общения и коммуникации в ситуации беседы и экспериментально-психологического обследования. Приведем параметры оценки специфики взаимодействия с экспериментатором: 1) возможности удержания границ контакта; 2) уровень и специфика личностных реакций испытуемого на экспериментатора; 3) степень и возможности установления доверительных и открытых отношений при контакте с экспериментатором.

Способность к удержанию дистанции взаимодействия и границ контакта нарушается при снижении способности к тестированию реальности и проявляется в недоучете тех или иных реально существующих социально-детерминированных особенностей взаимодействия больного с окружающими, в частности, с экспериментатором. Неспособность к удержанию границ контакта может проявляться как склонностью к фамильярному обращению (например, в желании перейти на «ты»), так и поведенческими нарушениями (например, оголением интимных зон при рассказе о наличии заболевания в данных телесных областях).

Уровень и специфика личностных реакций испытуемого на экспериментатора определяется характеристиками эмоциональных и когнитивных установок по отношению к нему. Приведем некоторые их разновидности: *агрессия, безразличие, враждебность, заискивание, манипулирование, напряжение, негативизм, нетерпение, открытость, отзывчивость, настороженность*. Приведем несколько примеров: *«В контакте неустойчива: на фоне общего снисходительно-пренебрежительного, претенциозного тона общения – от внешней приветливости, показного стремления к контакту и позиционируемой вовлеченности в экспериментальную деятельность ("чтобы не было скучно") – переходит к реакциям дисфории, оппозиции и отказа. Декларируя высокий образовательный и интеллектуальный уровень, несколько высокомерно презентуя собственные достижения и успехи, в ситуации собственной неуспешности переходит к оправдательным, извиняющим высказываниям ("не подумайте – я не глупая")*. Опираясь на незначительную разницу в возрасте с психологом, пытается сократить дистанцию: перейти

на "ты" ("Как тебе в Москве живется?")); «В контакте с экспериментатором отмечается недостаток инициативы: обследуемая затрудняется спонтанно отвечать на вопросы психолога, склонна просто соглашаться с его вопросами. В беседе формальна; начинает рассказывать о себе только при активных, наводящих вопросах. При необходимости приложит усилия (например, описать себя и своих близких по характеру) начинает просить о сочувствии ("Ну хватит меня мучить, ну пожалуйстааа") или проявляет негативизм».

Возможности установления доверительных и открытых отношений при контакте с экспериментатором определяются наличием и способностью к конструированию и поддержанию рабочего альянса с психологом, направленностью на терапевтическое воздействие и участие в планировании и реализации мер рекомендуемого воздействия.

2.1.9. ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНЫЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ

Эмоционально-личностные и поведенческие особенности описываются с помощью, с одной стороны, субъективных характеристик описания пациента себя и взаимоотношений с другими и их анализа, с другой, – спектром аффективных и поведенческих проявлений в процессе экспериментально-психологического исследования. Выделим некоторые категории описания и дадим им определение:

- 1) характер и особенности описания себя;
- 2) описание субъективных представлений о других и возможности оценки и дифференциации отношений с ними;
- 3) регистрация специфики проявления эмоционально-личностной сферы;
- 4) оценка поведенческих характеристик больного.

При оценке субъективных представлений больного о самом себе принято описывать как прямые высказывания пациен-

тов в отношении проявлений собственной личности, эмоций и поведения, так и интерпретативные особенности анализа такого описания. В интерпретации при этом обычно указываются характеристики самооценки, возможное наличие диссоциации и рассогласованности в описании собственных проявлений (например, несоответствие между эмоциональной и когнитивной оценкой ситуации; рассогласованность самоописания с внешним видом пациента), уровень социальной активности и дезадаптации; кроме того, может оцениваться уровень личностной эмпатии, связанной с возможностью определения пациентом собственного вклада в межличностные отношения. Часто выявляют также специфику отношений к долгу и морально-нравственные установки личности, отношение к успеху, авторитетам и вышестоящим лицам, своеобразии переживаний на протяжении жизни, представления о взаимоотношениях между мужчинами и женщинами; отмечается наличие сексуальных установок, отношение к смерти.

Описание субъективных представлений о других так же включает в себя оценку непосредственных характеристик пациента о взаимоотношениях с ближайшим окружением и значимыми другими, а также их качественные параметры интерпретации со стороны экспериментатора, включая сопоставление представлений больного с непосредственным выражением отношений в контакте с экспериментатором. При оценке специфики взаимодействия также возможно определение внутриличностных конфликтов пациента, определяемых как повторяющиеся паттерны поведения в ситуациях, характеризующихся фрустрацией или стрессом, проявляющиеся через ведущий аффект. Так, выделяют такие конфликты между равнонаправленными тенденциями в индивидуации и зависимости; подчинении и контроле; потребности в заботе и самодостаточности; конфликты самооценки и др. *При конфликте индивидуации-зависимости*¹ паттерн отно-

¹ Более подробную характеристику внутриличностных конфликтов можно найти в разделе 2.3.5.

шений с другими может определяться стремлением, с одной стороны, установить близкие отношения любой ценой с подчинением собственных потребностей реальным или выдуманным интересам значимых других, с другой, – попытками выстроить преувеличенную эмоциональную и экзистенциальную независимость от отношений. *Конфликт подчинение-контроль* может выражаться, с одной стороны, пассивно-агрессивной формой подчинения в отношениях со скорее латентным враждебным поведением с чувством раздражения, с другой – доминированием, «борьбой» с целью «прогнать» страх быть контролируемым. *Конфликт потребности в заботе-самодостаточности* предполагает, с одной стороны, желание безопасности и заботы в отношениях, с другой – избегание привязанностей в связи с потребностью в эмансипации как показателя самодостаточности. *Конфликт самооценки* может быть связан как с подчеркиванием ненужности и неважности себя, так и демонстрации внешней самоуверенности при скрываемом чувстве небезопасности.

При описании субъективных представлений о себе и других диагностически важным является оценка степени формальности/неформальности представляемой информации, глубины и эмоциональной «объемности» репрезентируемых образов, их целостности и внутренней непротиворечивости. Определяется качество объектных отношений больного – степень их константности, длительности, глубины, эмоциональной близости. Данные характеристики являются первичными феноменами диагностики уровня функционирования личности и соответственно степени психопатологии, в том числе, при оценке эмоционально-личностного дефекта, структурные критерии диагностики которого более подробно будут представлены в главе 2.3.5 (Оценка психологической феноменологии эмоционально-личностной сферы).

Специфика проявления эмоционально-личностной сферы описывается по характеристикам содержания аффекта и настроения, в целом, диапазону и продолжительности эмоциональных состояний у пациента, адекватности проявления аффективных

состояний и соответствии контексту беседы и ситуации обследования, возможны также определения интенсивности переживания пациента, их общей подконтрольности сознательным желаниям пациента.

Обычно в психическом статусе возможно оценить следующие феномены эмоционально-личностной сферы: *тревожность*, *депрессивность*, *агрессивность*, *аутоагрессивность*, *демонстративность*, *ипохондричность*, *претенциозность*, *характеристики эмоциональности (лабильность, возбудимость, экзальтированность, сухость, монотонность, уплощенность)*. Особое внимание уделяется еще в рамках предварительного наблюдения и клинико-психологической беседы с обследуемым проявлениям в психическом статусе характеристик эмоционально-личностного дефекта: *эмоциональной монотонности (выраженной в т. ч. в обедненном интонационном, мимическом и пантомимическом репертуаре)*, *отгороженности*, *выхолощенности*, *формальности*, *аутизации*, *сужении социальных контактов*, *потери интересов*, *снижении активности и волевых процессов*, *обеднении мотивационно-потребностной сферы*, *нарастании социальной дезадаптации*.

Оценка поведенческих особенностей больного связана с описанием характеристик его физических проявлений. При этом внимание экспериментатора фиксируется как на выраженной или недостаточной активности, так и наличии или отсутствии стереотипов или моделей поведения (например, отмечают чрезмерную отвлекаемость пациента, подверженность поведения больного ситуативному влиянию, например, при лобном синдроме; повторяющиеся или странные жесты, специфику положения тела – смахивание пыли с туфель при обсессивно-компульсивном расстройстве или повторяющиеся хлопки и смахивание пушинок при наркотическом опьянении и т. д.). Чрезмерная подвижность может быть при этом показателем как повышенной тревожности и беспокойства, так и признаков маниакальных состояний; чрезмерная замедленность и тугоподвижность может свидетельство-

вать об органических, депрессивных или эндогенных расстройствах.

Совокупность описания эмоционально-личностных особенностей пациента в дальнейшем может позволить определить как структурные характеристики больного, так и уровневые, включая диффузию идентичности, способность к тестированию реальности, характеристики защитных механизмов и их специфику, а также проявления неспецифических аспектов зрелости Я – способности переносить тревогу, наличия контроля над импульсами и зрелых способов сублимирования, интегрированности Супер-Эго (Кернберг О., 2005).

2.2. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСЛЕДУЕМОГО В ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (сформированность и содержательная наполненность мотива экспертизы)

При общей оценке характеристики обследуемого в экспериментальной деятельности необходимо учитывать заинтересованность больного в выполнении заданий на протяжении всего обследования, специфику реакций на успех или неудачу, степень адекватности этих реакций; также оценивается степень зависимости реакций испытуемого от похвалы и критики экспериментатора, ориентацию на его оценки. Данные параметры определяют сформированность и содержательные показатели мотива экспертизы, что, в свою очередь, позволяет определить гипотезы о характере самооценки, сформированности уровня притязаний, их устойчивости, степени реагирования в стрессовых, фрустрирующих ситуациях. Для формирования гипотез о специфике личностной направленности обследуемого необходимо сопоставление характеристик и специфики мотива в экспериментальной ситуации с особенностями и проявлениями обследуемого в беседе. Кроме того, ряд феноменов дальнейшего исследования может зависеть и интерпретироваться исходя из специфики сформиро-

ванности мотивационной направленности на экспериментальную деятельность (например, низкие показатели продуктивности умственных операций и уровня обобщений при исходно регистрируемом вне экспериментальной деятельности достаточном образовательном и интеллектуальном уровне больного могут указывать как на недостаточную работу экспериментатора над мотивом экспертизы больного, так и феномене снижения энергетического потенциала).

Необходимо уточнить общую характеристику личностной направленности во время эксперимента (игровые мотивы, демонстрация превосходства, поиск поддержки, желание общения, получение «благ» от прохождения психологического эксперимента, например, освобождение от трудотерапевтических процедур). Приведем несколько примеров описания общей характеристики пациента в экспериментальной деятельности и дадим их интерпретативную оценку: *«Самооценка характеризуется двояким отношением к себе: с одной стороны, пациент с готовностью и желанием удивить описывает количество полученных наград, отмечая свое превосходство над другими; с другой стороны, несколько неуверен в успешности выполняемых проб (например, после проверки познавательных способностей спрашивает экспериментатора о его мнении; при получении обратной связи о высоких достижениях в заданиях, замечает, что "хоть в чем-то преуспел")*. Задания выполняет охотно, однако, несколько пренебрежительно, интересуясь более формальными данными выполнения проб. Так, в течение выполнения всех заданий несколько навязчиво просит написать психологическое заключение именно сегодня, высказывая опасения, что его не переведут в санаторное отделение из-за его отсутствия». Подобная феноменология при наличии дополнительных экспериментальных данных может свидетельствовать как о нарциссическом личностном расстройстве (с характерным обесцениванием экспериментальных заданий и неустойчивой самооценкой в ситуации возможной неуспешности), так и о возможном эндогенном рас-

стройстве с искажением и формальностью мотива экспертизы. Следующий вариант описания реакций на экспериментальные пробы может позволить сформулировать гипотезу о приверженности социальной желательности пациентки, и, в целом, истерическом личностном расстройстве: *«К выполнению заданий приступает послушно, в них проявляет старательность, усердие. На критику реагирует выражением недовольства от собственной деятельности; на похвалу – преуменьшением значимости результативности, носящим скорее демонстративный, формальный характер ("меня не хвалите, мне за 70-ть, пора умирать»); «горе луковое, а не Зиночка!"»*.

2.3. ОПИСАНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Описание результатов экспериментально-психологического исследования основано на последовательной оценке результативности и специфики деятельности пациента при выполнении проб, направленных на изучение внимания и умственной работоспособности, восприятия (в случае необходимости), памяти, мышления и эмоционально-личностной сферы.

2.3.1. ОЦЕНКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ФЕНОМЕНОЛОГИИ НАРУШЕНИЙ ВНИМАНИЯ И УМСТВЕННОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ

Как правило, оценка феноменологии нарушений внимания и умственной работоспособности происходит на протяжении всего экспериментально-психологического обследования («Классификация предметов», «Пиктограммы», «Интерпретация пословиц» и др.), но также существуют специфические методики оценки внимания: таблицы Шульте, Горбова, обратный отчет, счет по Крепелину, методика Карстен на пресыщаемость, корректурная

проба Бурдона, методика Лебединского М. С. (попеременное название одушевленных и неодушевленных предметов, синонимов и антонимов), поочередное сложение и вычитание.

Можно выделить следующие параметры оценки внимания и умственной работоспособности:

1) успешность выполнения задания на всем протяжении времени патопсихологического эксперимента (оценка периодов наличия ошибок) и в отдельных пробах;

2) оценка темповых характеристик деятельности;

3) наличие «специфических» ошибок внимания при выполнении различных проб, их анализ (отсутствие стратегии поиска чисел, «потери элементов» (таблицы Шульте), конфабуляторные включения («Десять слов»), «случайное» попадание карточек в объединенные группы («Классификация предметов»));

4) наличие реакций отказа от выполнения проб, негативистичности, изменений эмоционального фона (не интерпретируемых личностно-значимыми факторами) в определенные временные периоды работы над заданиями.

Последовательно опишем основные феномены нарушения внимания и умственной работоспособности:

А. Нарушение динамического компонента внимания и умственной работоспособности:

1) повышенная истощаемость и лабильность;

2) инертность;

Б. Нарушение мотивационного компонента внимания и умственной работоспособности:

1) пресыщаемость,

2) снижение психической активности (редукция энергетического потенциала);

3) дефицит целенаправленности внимания.

Внимание как психический процесс сопровождает все виды познавательной активности и в этой связи выступает индикатором динамических характеристик любой психической деятельности, а умственная работоспособность является общей основой процессуальных особенностей всех психических функций. След-

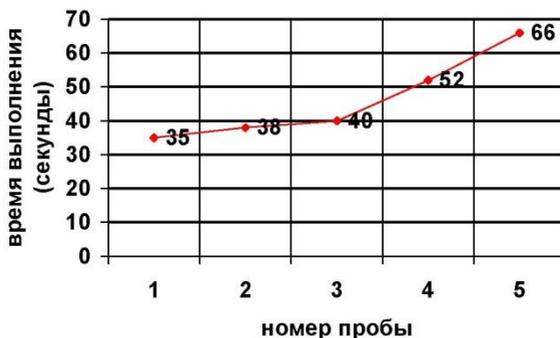


Рис. 1. Пример проявления истощаемости в методике Шульте.

ствие сложностей теоретического и практического разграничения динамического и операционального компонентов процесса внимания, в настоящем учебном пособии феномены нарушения внимания в виде истощаемости, лабильности и инертности рассматриваются в блоке сочетанных нарушений динамического и операционального факторов. Стоит отметить, что каждый из описанных в данном разделе феноменов квалифицируется в рамках феномена сужения объема внимания.

А. Нарушение динамического и операционального компонентов внимания и умственной работоспособности

1) Повышенная истощаемость и лабильность

Наблюдаются при органических поражениях головного мозга вследствие интоксикации и атеросклероза, а также астенических состояниях (например, при депрессии, невротических расстройствах). Повышенная истощаемость проявляется в нарастании количества ошибок и временных характеристик выполнения в конце выполнения пробы или всего экспериментально-психологического исследования в целом. Вариант проявления истощаемости в методике Шульте приведен на рис. 1.

Лабильность выражается наличием периодов чередования успешного выполнения и с ошибками, неравномерным темпом

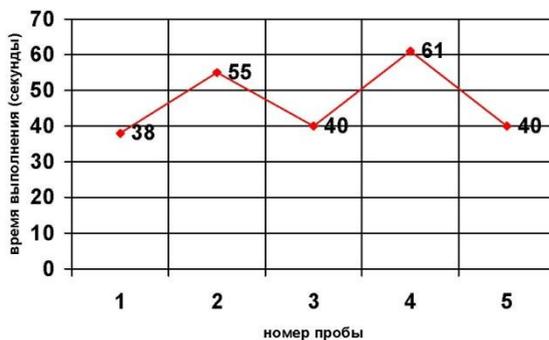


Рис.2. Пример проявления лабильности в методике Шульте.

выполнения проб. Пример проявления феномена лабильности в методике Шульте приведен на рис. 2.

Данные феномены в таблицах Шульте проявляются в увеличении времени поиска (при нормативе таблиц формата А-4 30–40 сек.) в последних попытках (в варианте повышенной истощаемости) и неравномерном темпе поиска (в варианте лабильности), феномене «потери элемента» (обследуемый не может найти нужного числа; может утверждать, что данного числа нет в таблице); в корректурной пробе Бурдона – уменьшении количества строк и увеличении ошибок в единицу времени на отдаленных этапах задания; при счете по Крепелину выражается в уменьшении количества сложенных чисел и увеличении ошибок в определенный промежуток времени; при обратном вычитании выявляется в увеличении латентного периода ответа и количества ошибок ближе к завершению задания; в методике Карстен проявляется в быстром появлении эффекта пресыщения и появлении вариаций в выполнении задания.

2) Инертность

Встречается при эпилепсии, локальных поражениях головного мозга (преимущественно в премоторных отделах лобной коры) и выражается в снижении темповых характеристик выполнения проб, наличии ошибок в начале (трудности вработываемости)

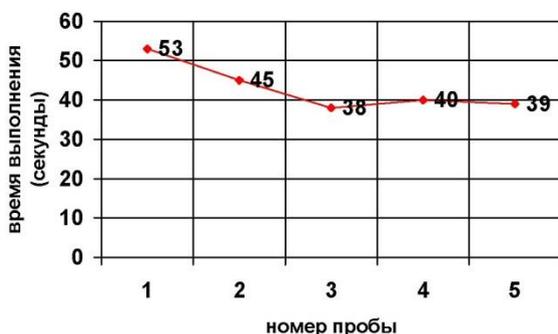


Рис.3. Пример проявления повышенной "вработываемости" в методике Шульте.

и /или на всем протяжении задания, сложностях переключения внимания. Трудности переключаемости внимания проявляются в таблицах Шульте в длительном времени поиска чисел, пролонгированном периоде «вработывания» с незначительным эффектом тренировки внимания (примеры проявления данного феномена представлены на рис. 3 и рис. 4), корректурной пробе Бурдона – в уменьшении количества строк и увеличении ошибок в единицу времени в начале задания, при счете по Крепелину – в уменьшении количества сложенных чисел и увеличении ошибок в начале задания, при использовании обратного вычитания – в увеличении латентного периода ответа и количества ошибок (по типу «застрваний») в начале задания или равномерно.

В методике Карстен на пресыщение инертность проявляется в отсутствии эффекта пресыщения и стереотипном выполнении задания. Возможно выявление данного нарушения также в методике «Десять слов», показателем которого выступают сниженные показатели воспроизведения в начале пробы и /или отсутствие нарастания количества воспроизводимых слов; привнесение конфабляторных слов из предыдущего задания и методиках на мышление, например, в «Классификации предметов»: стереотипном и /или однотипном назывании групп, наличии феномена «типической стереотипии» в методике «Пиктограммы», составлении од-

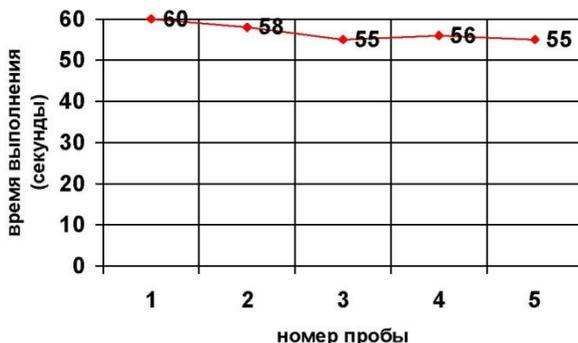


Рис.4. Пример проявления инертности в методике Шульте.

нотипных сюжетных рассказов по методике Тематического Апперцептивного Теста (данные феномены будут подробнее описаны в соответствующих разделах). Более тонкие нарушения переключаемости внимания фиксируются при сенсбилизации задания (увеличении его сложности) в пробах на переключение внимания: так, в методике Лебединского М. С. проявляется в трудностях переключения на вторую часть задания, «застревании» на определенном принципе задания; при поочередном сложении и вычитании фиксируется в ошибках чередования преимущественно в начале задания; в таблицах Горбова Ф. Д. – в ошибках чередования и «застревании» на определенном этапе задания; в корректурной пробе с переключением – в ошибках чередования и трудностях переключения с одного этапа задания на другой.

Б. Нарушение мотивационного компонента внимания и умственной работоспособности

1) Пресыщаемость

Является нарушением личностно-мотивационного компонента психической деятельности, наблюдается при различных вариантах ослабления волевой сферы личности: при органических расстройствах (лобном синдроме), депрессивных состояниях, эндогенных расстройствах и расстройствах личности. Данный феномен проявляется быстрой утратой интереса к заданиям с не-

достаточной способностью сохранять волевое усилие в целенаправленной деятельности. Лежащая в основе пресыщаемости личностно-волевая слабость, проявляющаяся в виде, с одной стороны, дефицита устойчивой и стабильной мотивации к удержанию внимания на актуальной деятельности с итоговым нивелированием или отсутствием цели деятельности, с другой, – слабости волевых задержек с трудностью торможения случайных сиюминутных влечений или желаний ради более важной, но отдаленной во времени цели (то есть недостаточности гратификации). Необходимость волевого напряжения в заданиях, требующих относительно длительного напряжения и устойчивости внимания при пресыщаемости оказывается невозможной: больной в скором времени начинает тяготиться деятельностью, «охлаждается» интерес к работе, теряется заинтересованность в результатах; становятся характерны реакции отказа и негативизма. Например, больной может мотивировать остановку процесса выполнения проб следующим образом: «мне надоело, стало скучно, неинтересно»; могут появляться жалобы на усталость. В таблицах Шульте проявляются реакции отказа после предъявления одной или двух таблиц; также для больных с феноменом пресыщаемости характерен пропуск чисел. При этом в отличие от феномена истощаемости, часто сопровождаемого явлением «потери элемента», пациенты не будут стремиться найти «потерянное число», а просто пропустят его. Отказы от продолжения экспериментального задания могут проявляться по механизму пассивного (например, демонстрируя полную пассивность и подчиняемость, «вялость», «усталость» при выполнении заданий) или активного протеста (например, больной может пытаться противодействовать выполнению задания, обесценивать результаты деятельности или, в целом, состав проб). В обоих случаях пресыщаемость обычно сопровождается падением продуктивности, в то время как двигательная или речевая активность может быть на прежнем уровне, при этом, в случае активного протеста, она, как правило, имеет непоследовательный или хаотичный характер по типу компенсаторной моторной разрядки (Дубровина и др., 1998).

2) Снижение психической активности (редукция энергетического потенциала)

Наблюдается при шизофрении и проявляется отсутствием спонтанности в выборе и достижении целей, отсутствием динамики целеобразования и целедостижения, а также в снижении способности выбора и достижения цели в усложненных условиях (Курек Н. С., 1981). Регистрация данного феномена в патопсихологическом обследовании возможна лишь при сопоставлении и анализе совокупных данных, включая данные истории болезни: в этом случае отмечаются также изменения двигательной, умственной, поведенческой и социальной (общение) активности (Критская В. П., Мелешко Т. К., Поляков Ю. Ф., 1991). Данный феномен в патопсихологическом заключении может проявляться стереотипным выполнением заданий с клишированными ошибками на протяжении всех проб в сочетании со специфическим нарушением произвольного внимания. Последнее при этом проявляется в диссоциации достаточно продуктивного выполнения произвольных и непродуктивного осуществления произвольных функций внимания (хуже выполняются методики с переключением). Снижение психической активности является проявлением нарушения побудительной функции мотива.

3) Дефицит целенаправленности внимания

Наблюдается при различных вариантах лобного синдрома, маниакальной фазе биполярного расстройства, шизофрении с выраженным когнитивным дефектом и проявляется в быстрой потере инструкции (например, больной может начать просто перечислять числа в таблице не по порядку, а по расположению или хаотично, пропускать большое количество чисел). Дефицит целенаправленности внимания сочетается с повышенной «откликаемостью» больных на «побочные» раздражители, низкой устойчивостью экспериментальной деятельности к шумовым помехам. Например, пациенты могут отвлечься на медицинский персонал, зашедший в комнату проведения обследования, перестать выполнять методику и прокомментировать: «Какая у вас тут люстра необычная, красивая. У меня была похожая, когда десять лет на-

зад я жил в Саратове». Следует отметить, что при лобных нарушениях и дефектных состояниях при шизофрении дефицит целенаправленности внимания выступает первичным симптомом, в то время как при состоянии мании или гипомании данный феномен является вторичным и связан с ускоренным характером течения психических процессов.

2.3.2. ОЦЕНКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ФЕНОМЕНОЛОГИИ НАРУШЕНИЙ ВОСПРИЯТИЯ

Как уже упоминалось, описание психологической феноменологии нарушений восприятия, как правило, отсутствует в качестве самостоятельной части в структуре патопсихологического заключения. В психиатрической практике исследование восприятия может включаться при необходимости топической диагностики (описание различных вариантов агнозий при этом выходит за рамки настоящего учебного пособия), а также при деменциях различного генеза. Также некоторые специфические особенности восприятия целесообразно выделять в случаях указания на травматический абьюз в анамнезе, гипотезы о диссоциативном расстройстве или выделения конфликтных сфер личности. Таким образом, в практике патопсихологической диагностики преимущественно используются пробы на зрительное восприятие.

Основными методиками исследования зрительного восприятия являются объекты окружающего мира или их изображения с варьированием уровня так называемого «перцептивного шума», т. е. условий, затрудняющих опознание (принцип сенсублизации): реальные предметы окружающего мира, реалистичные изображения предметов, стилизованные (черно-белые, проекционные), перечеркнутые, наложенные, недорисованные изображения; сюжетные картинки (или серия картинок); Тематический Апперцептивный Тест (ТАТ).

Последовательно опишем три основных феномена нарушения восприятия:

А. Нарушение операционального компонента восприятия:

1) псевдодиагнозия;

Б. Нарушение мотивационного компонента восприятия:

1) нарушение избирательности восприятия;

2) феномен «перцептивной защиты».

А. Нарушение операционального компонента восприятия

1) Псевдодиагнозия

Встречается при деменции и выражается в диссоциации между правильным узнаванием реальных предметов и ошибками опознания стилизованных (в т. ч. перечеркнутых, наложенных) изображений с развернутыми перцептивными гипотезами. Пациенты с псевдодиагнозией обнаруживают сохранность функции восприятия при опознании максимально приближенных к реалистичному образу изображений. Если предъявлять картинку в условиях «перцептивного шума», то продуктивность деятельности восприятия снижается. Так пациенты хуже узнают реалистичные, но черно-белые изображения, с еще большими трудностями – перечеркнутые и наложенные изображения. Например, при предъявлении картинку лампы с проводом в черно-белом варианте больной комментирует: *«Это шляпка, наверное, гриб, а что это за линия такая волнистая, не могу понять»*; изображение перечеркнутого ландыша объясняет: *«Какие-то маленькие кружочки, может, вишня, а тут сплошные линии, линии электропроводов»*; картинку перечеркнутого яблока интерпретирует: *«Тут круг какой-то, а сверху листок, наверное, это шляпа, широкополая»*. Приведенные примеры показывают, что смысловой контекст не способствует выстраиванию верных перцептивных гипотез. Сложности опознания возникают в связи с увеличением компонента условности и стилизованности изображений, для правильного восприятия которых требуется сохранность организующей функции мышления. Данный операциональный феномен связан с нарушением обобщающей функции восприятия и всегда сочетается со снижением уровня обобщения как феноменом нарушения операционального компонента мышления (Зейгарник Б. В., 2017).

Б. Нарушение мотивационного компонента восприятия

1) *Нарушение избирательности восприятия*

Встречается в рамках различных вариантов лобного синдрома, в психиатрической практике представленного при некоторых атрофических процессах в начальной стадии (например, при болезни Пика). При данном нарушении больные также затрудняются правильно опознать изображения в условиях «перцептивного шума», однако, а этом случае побочные детали картинки отвлекают внимание обследуемых, затрудняют целенаправленный характер деятельности восприятия. Феномен нарушения избирательности восприятия наглядно представляется при описании сюжетных картинок. Так, например, пациент приводит следующий рассказ по картинке «Разбитое окно»: *«Так, тут мужчина схватил мальчика, наверное, он украл что-то, грозитя отвезти его в милицию. <При указании экспериментатором на человека, стоящего за деревом>: Что там у него в руках? Это яблоко! Они вместе воровали яблоки из сада, один попался, а другой спрятался. <При привлечении внимания психолога к элементу разбитого окна>: Окно разбитое, мальчик в валенках за деревом, это у него снежок в руках, он разбил окно, а поймали не того».* Таким образом, в отличие от нарушения обобщающей функции восприятия при нарушении избирательности сохранен смысловой контекст, в соответствии с которым достраивается сюжет. Данный феномен связан с нарушением подконтрольности, невозможности сличения собственных действий с предлагаемым результатом (Зейгарник Б. В., 2017). При организующей и целенаправляющей помощи экспериментатора больным доступно продуктивное выполнение заданий.

Отличительным признаком описанных выше форм нарушения восприятия от истинных агнозий также является возможность правильного обозначения контуров предметов.

2) *Феномен «перцептивной защиты»*

Данное нарушение затрагивает личностно-мотивационный фактор восприятия и отражает перцептивный уровень проявле-

ния психологической защиты от травмирующих переживаний. Проявление феномена «перцептивной защиты» возможно в условиях неопределенности стимульного материала, актуализирующего вытесняемое конфликтное психическое содержание. Подобный материал представляют, например, картинки ТАТа. Так пациентки, пережившие сексуальное насилие, часто игнорирует изображение куклы у ребенка в картинке, на которой изображена женщина с книгой и девочка (7GF). Обследуемая, пережившая нападение в лесу, к картинке, на которой изображена бегущая девушка и девушка, стоящая за деревом (9GF), придумывает следующий сюжет: *«Девушка смотрит на себя в зеркало и любит себя своим отражением»*. При этом игнорируются как разные позиции женских фигур, так и детали лесного интерьера картины. Если отсутствует информация о травматических событиях прошлого пациентов, подобное грубое искажение восприятия деталей картинки может указать на феномен диссоциации и способствовать корректному прояснению подобной анамнестической информации.

Помимо перцептивного игнорирования конкретных предметов картинки, феномен «перцептивной защиты» также может проявляться в игнорировании потенциально заложенного в сюжет контекста. Например, по картинке, на которой изображена лежащая на кровати полуобнаженная женщина и закрывающий лицо мужчина рядом (13MF), пациентка составляет следующий рассказ: *«Женщина тяжело больна, мужчина страдает, он плачет, закрыв рукой лицо»*. Подобная рационализация сюжета может указывать на конфликтность и табуированность темы сексуальности. При наличии в анамнезе сексуального абьюза обычно возникают шоковые реакции и реакции отказа на данную экспозицию. Тема вытесненной, подавленной агрессии обычно проявляется в нивелировании конфликтного содержания картинки, изображающей двух женщин у лестницы (18GF): *«Этой женщине стало плохо, она теряет сознание, возможно, даже умирает, а другая женщина ее поймала и смотрит на нее со скорбным лицом»*.

Также диссоциативные феномены могут проявляться в создании двух линий рассказов при разделении элементов картинки, сложностях интеграции всех деталей изображения в целостный сюжет.

2.3.3. ОЦЕНКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ФЕНОМЕНОЛОГИИ НАРУШЕНИЙ ПАМЯТИ

Можно выделить следующую классификацию нарушений мнестической деятельности, описывающую ее различные компоненты и включающую феномены нарушения непосредственного и опосредованного запоминания.

А. Нарушение динамического компонента памяти:

- 1) повышенная истощаемость и лабильность мнестических процессов;
- 2) инертность мнестических процессов;

Б. Нарушение операционального компонента памяти:

- 1) феномен «фиксационной амнезии»;
- 2) диссоциация между продуктивностью непосредственного запоминания и отсроченного воспроизведения;
- 3) феномен контаминаций;

В. Нарушение мотивационного компонента памяти:

- 1) снижение психической активности мнестических процессов;
- 2) феномен «обтаивания»;
- 3) нарушение избирательности мнестических процессов (феномен конфабуляций);
- 4) дефицит целенаправленности мнестических процессов;
- 5) феномен «плато»;
- 6) нарушение ассоциации понятия и рисунка;
- 7) избыточная опосредованность ассоциативных образов.

Основными методиками исследования памяти являются: «Десять слов», «Две группы по три слова» для изучения непосредственного запоминания; «Пиктограммы», методика опосре-

дованного запоминания по А. Н. Леонтьеву для изучения опосредованного запоминания; пересказ сюжетных рассказов для изучения смысловой памяти.

I. Снижение продуктивности запоминания

Как было указано в главе 1.1. (Этапы патопсихологического синдромного анализа), снижение продуктивности психической деятельности относится к неспецифическим феноменам и выявляется на первом этапе синдромного анализа при сравнении с нормативными показателями. Продуктивность мнестической деятельности является важным диагностическим параметром, который подлежит оценке в патопсихологическом исследовании еще до квалификации основного звена (фактора) в структуре синдрома, поэтому остановимся на данном феномене подробнее.

В методике «Десять слов» нижней границей нормы продуктивности считается заучивание десяти слов за пять попыток, причем в последней попытке обязательно воспроизведение всех десяти слов. В методике «Пиктограммы» нормативным является воспроизведение не менее 75 % понятий из стимульного материала. Неточное воспроизведение понятия оценивается в полбала (например, «праздник» вместо «веселый праздник», «материнство» вместо «заботливая мать», «печальный человек» вместо «печаль»). Проблема нормы продуктивности для сенильного и пресенильного возраста будет обсуждаться при описании специфических патопсихологических синдромов.

Б. В. Зейгарник выделяет различные соотношения продуктивности непосредственного и опосредованного запоминания в качестве диагностических параметров патопсихологических синдромов различной нозологической специфичности. Снижение продуктивности опосредованного запоминания при большей сохранности продуктивности непосредственного запоминания характерно для больных шизофренией. Обратное соотношение снижения продуктивности непосредственного запоминания при возможности компенсации при смысловом опосредовании специфично для диффузных органических поражений головного мозга.

Наконец, одинаково низкая продуктивность как непосредственного, так и опосредованного запоминания характерна для патопсихологического синдрома при эпилепсии (Зейгарник Б. В., 2017).

II.

A. Нарушение динамического компонента памяти

1) *Повышенная истощаемость и лабильность мнестических процессов*

Феномен встречается при органических поражениях головного мозга, чаще всего, сосудистого и интоксикационного генеза, а также астенических состояниях и проявляется в неравномерной продуктивности непосредственного запоминания. В варианте повышенной истощаемости нарушение выражается в «параболообразном» характере «кривой» заучивания, отражающей спад продуктивности в последних попытках (например, форма «кривой» заучивания может иметь вид – 6, 8, 10, 9, 7). В варианте лабильности симптом проявляется в «пилообразном» характере «кривой» заучивания, указывающем на чередование периодов спада и восстановления продуктивности (например, форма «кривой» заучивания может иметь вид – 6, 7, 9, 6, 8). В методике «Пиктограммы» повышенная истощаемость и лабильность выражается в характерных графических признаках, таких как слабость нажима в период спада продуктивности, а также создании содержательно отдаленных и случайных ассоциаций на фоне усталости. После периода отдыха пациенты могут скорректировать собственные ошибки и предложить более адекватные ассоциативные образы.

2) *Инертность мнестических процессов*

Феномен наблюдается при эпилепсии и других органических расстройствах и выражается в медленном приросте продуктивности непосредственного запоминания, наличии периода «вработывания», обычно с низкими показателями первичного объема заучивания и преимущественной стратегией воспроизведения слов от начала ряда к концу (например, форма «кривой» заучивания может иметь вид – 4, 6, 7, 8, 8). В методике «Пиктограмма» инертность памяти проявляется в появлении графических персе-

вераций – выборе одинаковых ассоциативных образов для запоминания разных понятий. Обычно для опосредования выбирают изображения однотипных людей в каком-то конкретном действии; подобный тип образов получил название феномена *типической стереотипии*, попытка максимально точно отобразить графически конкретную ситуацию – *фотографические образы* (Херсонский Б. Г., 2000). Например, пациентка при выполнении задания использует фотографические образы с изображением конкретной позы человека: *«тяжелая работа – человек трудится на грядке», «печаль – человек сидит и плачет, руками держась за голову», «счастье – человек с поднятыми руками», «заботливая мать – мать мажет дочку зеленкой, у той ветрянки», «болезнь – женщина идет сгорбленная, не бережет себя»*. Также для инертности, проявляющейся при опосредованном запоминании, характерна избыточная детализированность процесса рисования, при которой обследуемый пытается максимально полно и с разных сторон отобразить содержание понятия, что снижает продуктивность опосредованного запоминания. Так пациент изображает понятие «веселый праздник»: *«Нарисую стол с закусками, это будет День рождения. Тут и салаты, и горячее, бокалы стоят. Вот люди за столом сидят, а другие танцуют. Надо и магнитофон нарисовать, они же под музыку танцуют. А на кухне стоит торт со свечами. А еще на праздник салют бывает, его тоже нарисую. И с шарами по улице ходят»*. При использовании методики опосредованного запоминания по А. Н. Леонтьеву инертность мнестической деятельности проявляется в фиксации на выборе только одной карточки для запоминания разных понятий с трудностями переключения на другой способ запоминания. Например, для запоминания стимульного понятия «молоко» обследуемый выбирает карточку с изображением коровы. При дальнейшем предъявлении стимульных понятий в модификации пациент для опосредования понятия «тяжелая работа» снова выбирает карточку с изображением коровы, объясняя: *«Доить корову – это тяжелая работа»*. Для запоминания понятия «веселый праздник» снова указывается та же карточка: *«В деревне на большие праздники могут зарезать корову»*.

Б. Нарушение операционального компонента памяти

1) Феномен «фиксационной амнезии»

Наблюдается при органических поражениях головного мозга различной этиологии, в частности, при атрофических процессах при болезни Альцгеймера, при двустороннем поражении гиппокампа в рамках корсаковского синдрома и выражается в значительных трудностях усвоения и сохранения новой информации. При непосредственном запоминании отмечается низкая продуктивность первичного объема заучивания и прироста запоминаемых слов, большая выраженность эффекта «края» (воспроизведения слов из начала и конца стимульного ряда). Например, форма «кривой» заучивания может иметь следующий вид: 2, 3, 4, 4, 5. При отсроченном воспроизведении обследуемый обычно не может припомнить ни одного стимульного слова или вспоминает 1–2 слова, а в более грубых случаях амнезирует сам факт выполнения данного задания. Внесение смыслового опосредования (методика «Пиктограммы», пересказ сюжетных рассказов) обычно не приводит к компенсации описанных нарушений.

2) Диссоциация между продуктивностью непосредственного запоминания и отсроченного воспроизведения

В менее выраженных случаях органических поражений головного мозга с затрагиванием структур, обеспечивающих операциональную сторону мнестической деятельности, продуктивность непосредственного запоминания может быть достаточно высокой (например, форма «кривой» заучивания может иметь следующий вид: 5, 7, 8, 9, 9). Продуктивность отсроченного воспроизведения крайне низкая (0–2 слова). Факт задания обычно не амнезируется; в отличие от вышеописанного феномена, при котором, вероятно, нарушен механизм фиксации материала, в данном случае затруднен перенос информации из кратковременной памяти в долговременную. Внесение смыслового опосредования (методика «Пиктограммы», пересказ сюжетных рассказов) может приводить к частичной компенсации описанных нарушений.

3) Феномен контаминаций

Также встречается при органических поражениях структур головного мозга, связанных с работой памяти как функции, и проявляется, прежде всего, в нарушении порядка воспроизведения стимульного материала. Например, в методике «Две группы по три слова» («дом, лес, кот» и «ночь, игла, пирог») обследуемый затрудняется правильно воспроизвести порядок слов внутри каждой подгруппы, а также включает слова из первой группы во вторую и наоборот. Например, на вопрос экспериментатора, какие слова были в первой группе, обследуемый отвечает: «Кот, дом, игла», во второй – «Ночь, кот, пирог». Возможны повторы слов в разных группах, название только одного или двух слов в группе, замены слов по синтаксическому («кот» – «ком») или семантическому («кот» – «пес») типу.

В. Нарушения мотивационного компонента памяти

1) *Снижение психической активности мнестических процессов*

Феномен является проявлением нарушения побудительной функции мотива и регистрируется при шизофрении в рамках состояний с выраженной редукцией энергетического потенциала, представленности негативных эмоционально-личностных нарушений в картине псевдоорганического дефекта по типу «астенического аутизма» (Снежневский А. В., 1983; Горчакова Л. Н., 1988) и проявляется в снижении общей продуктивности мнестической деятельности. При непосредственном запоминании отмечается отсутствие стратегии заучивания, воспроизведение слов в случайном порядке, неравномерный характер продуктивности при общей ее недостаточности, пассивно-подчиняемая позиция больного в эксперименте (например, форма «кривой» заучивания может иметь вид – 6, 7, 8, 8, 8). В отличие от феномена «плато» (см. ниже), отсутствуют прямые проявления негативизма или оппозиционных реакций, указывающие на первичность мотивационного фактора; дополнительное активационное стимулирование деятельности пациента со стороны экспериментатора может повысить продуктивность. При опосредованном запоми-

нении снижение психической активности проявляется в общей непродуктивности ассоциативной деятельности, создании стереотипных образов с минимальными графическими вариациями и бессодержательными комментариями. Так графическая продукция может иметь характер стереотипии с однотипным изображением людей, однако, в отличие от инертности психической деятельности при органических поражениях головного мозга, образы не являются фотографическими, не содержат деталей, несущих смысловую нагрузку. Например, обследуемый рисует одинаковых статичных человечков без включения дополнительных деталей на различные понятия и комментирует: *«Веселый праздник – это человек веселится на празднике; печаль – человек печальный; смелый поступок – человек поступил смело; счастье – человек счастливый»*. Часто при доступности адекватной ассоциативной деятельности пациенты затрудняются пояснить связь рисунков со стимульными понятиями; отмечается снижение речевой инициативы. Для корректной дифференциальной диагностики феномена снижения психической активности со схожей феноменологией инертности в рамках органических расстройств и мотивационных нарушений, характерных для психопатоподобных дефектных состояний по типу «патологической аутистической активности» (Е. Minkowski, 1927, *цит. по* кн.: Блейхер В. М., Крук И. В., 1986), необходим комплексный анализ ведущего фактора в структуре синдрома по результатам оценки других психических процессов.

2) Феномен «обтаивания»¹

Данный феномен является третичным симптомом компенсации операциональных мнестических нарушений и также встречается при органических поражениях структур головного мозга, связанных с работой памяти как функции. Феномен «обтаивания» проявляется при пересказе сюжетных рассказов больными в конфабуляторных включениях, приобретающих смысл «доставления» амнезированной семантики задания. Например, больной при

¹ Из неопубликованных лекционных материалов Николаевой В. В.

пересказе рассказа «Галка и голуби»¹ описывает следующий сюжет: *«Галка летела к голубям в гости, у них всегда можно вкусно покушать. Приземлилась она на дорогу, а там какая-то женщина рассыпала муку, вот галка и стала вся белая-белая. Голуби птицы дружественные, приняли ее и помогли перья почистить. Накормили ее, напоили и спать уложили. А на утро отправили в обратный путь домой. А мораль тут такая, что нужно помогать друг другу в беде»;* другой обследуемый составляет следующий рассказ: *«Голуби не довольны, что хозяин их плохо кормит. От галок они услышали, что хозяин будет хорошо их кормить, если они станут галками и перекрасятся в черный цвет, ведь галки более агрессивные, хозяин будет их бояться и задабривать».* Компенсаторный эффект, таким образом, выражается в сохранении пациентами логической связности повествования в новом, сконструированном ими рассказе, в котором «таящие» детали достраиваются другими с привнесением нового смысла.

3) Нарушение избирательности мнестических процессов (феномен конфабуляций)

В отличие от феномена «обтаивания», феномен конфабуляций является первичным нарушением мотивационного фактора и связан с трудностями осуществления регулирующей функции мнестической деятельности. Встречается при органических поражениях головного мозга, затрагивающих его лобные структуры, а также при маниакальных и гипоманиакальных состояниях и дефектных состояниях при шизофрении, при которых нарушается целенаправленная активность. Феномен конфабуляций также предполагает дополнительные привнесения, которые носят характер случайных ассоциаций и отражают нарушение избирательности мнестических процессов. Например, при воспроизведении стимульного материала по методике «Десять слов» пациент привносит целый ряд слов, ассоциативно связанных с вклю-

¹ Галка услышала, что голубей хорошо кормят. Побелилась она в белый цвет и влетела в голубятню. Голуби ее не узнали и приняли. Но она не выдержала и закричала по-своему, по-галочки. Голуби ее узнали и прогнали. Тогда галка вернулась к своим. Но те ее также не узнали и прогнали.

ченным в задание понятием «дом»: «окно, дверь, кресло, кровать, диван, подушка и т. д.»; другой больной заменяет ряд стимульных слов по семантическому и синтаксическому принципам: вместо «ночь», называет «день», «кот» – «собака», «пирог» – «торт», «игла» – «игра». При пересказе сюжетных рассказов пациенты не стремятся сохранить детали рассказа, отвлекаются на ассоциативно связанные впечатления. Например, больной следующим образом пересказывает рассказ «Галка и голуби»: *«Галки не могут ужиться с голубями. Каждый день они дерутся, устраивают "стрелки", пытаются прогнать друг друга с общей территории. У меня было так в семье, мама с женой постоянно ругались и выживали друг друга из дома»*. В отличие от компенсаторного феномена «обтаивания», феномен конфабуляции не предполагает сохранение логической связности и опоры на целостный, сконструированный больным семантический контекст, а указывает на нарушение подконтрольности и произвольности мнестических процессов.

4) Дефицит целенаправленности и пресыщаемость мнестических процессов

Данный феномен является более общим проявлением нарушения избирательности мнестических процессов, наблюдается при различных вариантах лобного синдрома, маниакальной фазы биполярного аффективного расстройства, шизофрении, в варианте пресыщаемости при пограничных заболеваниях. При исследовании непосредственного запоминания проявляется в отсутствии стратегии заучивания, случайном воспроизведении слов, многочисленных привнесениях по типу синтаксической или семантической ассоциативной связи, повышенной отвлекаемости на «побочные» раздражители, снижении продуктивности мнестической деятельности. При опосредованном запоминании дефицит целенаправленности мнестических процессов выражается в хаотичном характере ассоциативной деятельности; возникновении ассоциативной цепочки, отражаемой в рисунках. Например, на понятие обман больной рисует процесс «уваривания капусты» и поясняет: *«А, нет, арбуз. Я могу ребристый нарисовать, зеленый,*

с желтым пятнышком. А Вы какие арбузы любите? А я маленькие, вот такие, арбузы ел, и собака моя ела, и морковь она ела». При этом пациент изображает сковородку, большой арбуз, маленькие арбузы, собаку и морковь. Стоит отметить, что в рамках маниакальных и гипоманиакальных состояний дефицит целенаправленности выступает в качестве вторичного симптома, связанного с первичным нарушением динамики психической деятельности по типу ускорения, прежде всего, мыслительных процессов. Данный случай следует отличать от первичного нарушения мотивационного фактора в форме дефицита целенаправленности при лобных поражениях коры головного мозга вследствие снижения функций блока программирования, регуляции и контроля и при дефектных состояниях при шизофрении. Пресыщаемость мнестических процессов, феноменологически выраженная как нарушение целенаправленности, проявляется в снижении продуктивности мнестической деятельности, быстрой потере интереса к заданиям, отказных реакциях, нарушениях инструкций.

5) Феномен «плато»

Данный феномен встречается при шизофрении и при непосредственном запоминании по методике «Десять слов» проявляется в воспроизведении в каждой попытке одинаковых слов в одном и том же порядке, отсутствии стратегии заучивания, недостаточной продуктивности мнестической деятельности. Например, «кривая» заучивания может иметь вид 6, 7, 7, 8, 7; при этом можно наблюдать повторение части стимульных слов с сохранением порядка от одной пробы к другой. Характерны сужение объема первичного запоминания и незначительный прирост заученных слов. При отсроченном воспроизведении также наблюдается сужение объема заученных слов. Похожий график «кривой» заучивания можно наблюдать и при динамических нарушениях мнестической деятельности, однако, в этом случае будет присутствовать «эффект края» (преимущественное воспроизведение слов из начала и конца стимульного ряда), признаки наличия стратегии запоминания (в каждой новой попытке воспроизводятся слова, которые не назывались в предыдущей попытке). Феномен «пла-

то» рассматривается как первичное нарушение мотивационного фактора и связывается с отсутствием направленности на деятельность запоминания.

6) *Нарушение ассоциации понятия и рисунка*

Данный класс феноменов встречается при шизофрении, выделяется при исследовании опосредованного запоминания с помощью методики «Пиктограммы» и описывает преимущественно нарушения мыслительной деятельности. Однако, т. к. нарушение ассоциации понятия и рисунка проявляется в снижении продуктивности опосредованного запоминания как первичного мотивационного феномена, его описание приводится в данной главе. Можно выделить следующую классификацию феномена нарушения ассоциации понятия и рисунка:

- содержательно смещенные образы;
- бессодержательные образы (феномен «пустой символики»);
- стереотипные образы (феномен атипической стереотипии);
- псевдосимволические образы (в т. ч. феномен «патологического полисемантизма»);
- феномен «единой системы».

6-а) *Содержательно смещенные образы*

Данный феномен характеризуется выбором содержательных образов для опосредования стимульных понятий, однако, образы не отражают существенных связей между понятиями и рисунками, являются случайными, подчиненными ситуативным аффектам или демонстрируют нарушение логики суждений обследуемых (Зейгарник Б. В., 2017). Например, больной на понятие «обида» изображает заштрихованный квадрат и поясняет: *«Это темная комната. Когда человека наказывают, его ставят в угол, а он обижается»*; на понятие «сомнение» изображает рыбу – *«она плавает в воде, и не совсем понятно, что у нее в голове»*; «обман» – *«тоже рыбу нарисую...чтобы поймать рыбу, нужно ее обмануть»*; «развитие» – *рояль – «развитие ума искусством»*.

6-б) Бессодержательные образы (феномен «пустой символики»)

Данный феномен предполагает выбор определенного знака, символа или абстрактного образа (например, геометрической фигуры), который имеет со стимульным понятием или синтаксическую связь, или наделяется псевдометафорическим значением (Блейхер В. М., Крук И. В., Боков С. Н., 1986). Содержательно смещенные образы также могут быть представлены в виде геометрических фигур, как в приведенном выше примере, но в данном случае отсутствует содержательное наполнение рисунка, отмечается бессодержательная и схематичная связь, что соответствует выхолощенным образам по С. В. Логиновой (Лонгинова С. В., 2000). Например, обследуемый на понятие «темная ночь» изображает два квадрата и поясняет: *«Два квадрата – названы два слова»*; на понятие «веселый праздник» – круг, пробитый стрелой, – *«каждое веселье когда-нибудь заканчивается»*; «справедливость» – букву Z – *«это последняя буква алфавита, справедливее уже быть не может»*; «тяжелая работа» – квадрат с треугольником – *«квадрат – это начало работы, треугольник – конец, к концу работы всегда тяжело»*.

6-в) Стереотипные образы (феномен атипической стереотипии).

Данный феномен проявляется в выборе одинаковых рисунков (с большими или меньшими вариациями, использование графических клише-деталей), не изображающих человеческие фигуры, для опосредования различных стимульных понятий (Херсонский Б. Г., 2000). Например, на понятие «веселый праздник» испытуемый изображает шарик и смайл; на понятие «печаль» – слезы и тот же смайл «не добрый»; «болезнь» – смайл с двумя буквами Z – «болезнь в глазах»; «разлука» – *«два смайла разделены стеной»*; «справедливость» – *«два смайла вместе, их разлучили не справедливо, а теперь соединили»*; «обман» – зачеркнутый смайл – *«обман в рисунке»*.

6-2) Псевдосимволические образы (в т. ч. феномен патологического полисемантизма).

Данный феномен представляет тип содержательных образов, которые репрезентируют стимульные понятия через символическую связь, основанную на нестандартной логике и имеющую не универсальное, а индивидуальное наполнение. Например, на понятие «богатство» обследуемый изображает двух овец и поясняет: *«Овечье стадо – символ материального богатства, достатка»*; на понятие «болезнь» – маску – *«она инородное тело, как и болезнь»*; «совесть» – цветок – *«совесть омрачена – цветок завял»*. При запоминании понятия «боль» рисует молнию, объясняя пиктограмму следующим образом: *«боль – это молния, пронзающая организм, тело; еще молния – это четверка, в неврологии связана с разрушением, деструкцией»*. Особый вариант псевдосимволических образов получил название «патологического полисемантизма» (Лебединский М. С., 1938), который предполагает одновременное оперирование как буквальным значением понятия (на уровне рисунка), так и метафорическим (на уровне ассоциативной связи). Например, обследуемый на понятие «ревность» изображает веревку и поясняет: *«Ревность – это чувство, которое привязывает одного человека к другому»*; на понятие «смелый поступок» – нож и человека перед ним – *«подставиться под нож»*; «голодный ребенок» человек с дырой в животе – *«пустой желудок – голодный»*; на понятие «обман» сломанную руку – *«когда человека обманывают, у него что-то внутри ломается»*.

6-д) Феномен «единой системы»

Данный феномен выражается в объединении ассоциативных образов к стимульным понятиям в общее смысловое поле рассказа; при этом образы на новые понятия представляют собой предыдущие образы с добавлением дополнительных деталей. Например, испытуемый на понятие «печаль» рисует девушку, которая *«печально сидит у окна»*, на понятие «счастье» – *«в окно заглядывает солнце»*, «любовь» – *«на окне стоят цветы»*. В другом примере обследуемый на понятие «болезнь» рисует фашист-

ский крест и поясняет: «*фашизм – болезнь человечества*»; на понятие «печаль» – «*этот крест перебрался на грудь человека*»; «счастье» – оба рисунка перечеркиваются – «*нет ни болезни, ни печали*» (примеры приведены по: Херсонский Б. Г., 2000).

7) Избыточная опосредованность ассоциативных образов

Данный феномен встречается при пограничных психических заболеваниях (расстройствах личности, депрессиях, неврозах, психосоматических расстройствах, реактивных состояниях) и является противоположным феномену «пустой символики». Все возможные варианты ассоциативных образов для опосредованного запоминания можно расположить в условном континууме, полюса которого представляют максимальную опосредованность личным опытом и отсутствие связи с личным опытом (вариант бессодержательных образов). Эффективность запоминания определяется как возможностью обращения к личностно значимым связям на эмоционально заряженные понятия, так и отвлечением от личностного содержания на нейтральные понятия. При избыточной опосредованности ассоциативных образов наблюдается эмоциональная заряженность и личностная «окрашенность» большей части стимульных понятий, стереотипно повторяющих личностно значимые темы (или содержание актуальной психогении). Например, испытуемая с депрессивным состоянием на понятие «веселый праздник» рисует стол, два стула, свечи и два бокала вина и поясняет: «*У нас с мужем было много таких праздников романтических, только мы вдвоем*»; на понятие «печаль» – «*себя нарисую, я в печали, потому что муж ушел от меня*»; «разлука» – «*снова я, осталась одна*»; «обман» – «*это я, обманута мужем*»; «темная ночь» – «*я сижу у окна и плачу*». Таким образом, как эмоционально заряженные, так и нейтральные понятия раскрывают стереотипную, отраженную в ассоциативных образах, фабулу, связанную с актуальным переживанием расставания с мужем. Данный феномен связан с аффективной дезорганизацией мыслительной деятельности (см. ниже) и снижает продуктивность опосредованного запоминания.

2.3.4. ОЦЕНКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ФЕНОМЕНОЛОГИИ НАРУШЕНИЙ МЫШЛЕНИЯ

Можно выделить следующую классификацию нарушений мыслительной деятельности, описывающую ее различные компоненты.

А. Нарушение динамического компонента мышления:

- 1) непоследовательность суждений;
- 2) инертность связей прошлого опыта и «вязкость» мышления;
- 3) лабильность мышления;

Б. Нарушение операционального компонента мышления:

- 1) снижение уровня обобщений, тенденция к актуализации конкретно-ситуативных признаков предметов и явлений;
- 2) феномен «сверхобобщенности»;
- 3) искажение процесса обобщения, тенденция к актуализации латентных признаков предметов и явлений;

В. Нарушение мотивационного компонента мышления:

- 1) снижение психической активности мышления;
- 2) разноплановость;
- 3) резонерство;
- 4) нарушение критичности мышления;
- 5) феномен «аффективной дезорганизации» мышления (снижение подконтрольности мыслительной деятельности);
- 6) феномен «единой системы» и дефицит целенаправленности мышления.

Основными методиками исследования мышления являются: «Классификация предметов», «Исключение предметов», «Сравнение понятий», «Простые и сложные аналогии», «Интерпретация пословиц», «Объяснение понятий», также в качестве получения информации об особенностях мышления используют методики «Пиктограммы», Тематический Апперцептивный Тест, для

исследования преимущественно интеллектуальных способностей используют «Кубики Кооса», тест Равенна, реже тест Векслера. Различная феноменология нарушений мышления проявляется в общей продуктивности осуществления мыслительных операций, способности удерживания единого, социально-опосредованного (нормативного) способа выполнения задания на протяжении всей пробы, стандартного, сопоставимого с нормативами выполнения задания способа осуществления аналитико-синтетических операций. Поэтому анализ мыслительной деятельности осуществляется не только путем сопоставления с нормативами выполнения пробы, но и с квалификацией специфики самого процесса выполнения задания. Устойчивость способности к верным мыслительным операциям наряду с возможностью индивидуума правильно исполнить какую-либо мыслительную операцию, проанализировать и синтезировать материал, выделить существенное также является показателем полноценности мыслительной деятельности. Поэтому среди категорий анализа можно выделить: 1) продуктивность выполнения задания; 2) структуру и содержание выполнения пробы; 3) характеристику мыслительной деятельности и специфику ее осуществления во временном отрезке.

А. Нарушение динамического компонента мышления

1) *Непоследовательность суждений*

Феномен обнаруживается при органических заболеваниях головного мозга сосудистого и интоксикационного генеза, а также астенических состояниях и последствиях черепно-мозговой травмы. Данный феномен проявляется в неравномерности процесса обобщения, колебаниях уровня осуществления мыслительной деятельности. Так больные наряду с адекватным выполнением методики по мере нарастания истощаемости продуцируют варианты поверхностных, паралогичных, ответов; такого рода суждения при этом носят преходящий характер (Зейгарник Б. В., 2017). Непоследовательность суждений непосредственно связана с истощаемостью мыслительной деятельности, при которой происходит временное снижение интеллектуальной продуктивности.

Уровень обобщения при этом может быть сохранным, больные могут быть способны к решению отдельных, зачастую сложных задач. Характерной особенностью непоследовательности суждений является неустойчивость способа выполнения задания. Способность к адекватным суждениям оказывается нестойкой – в процессе выполнения какого-либо длительного задания при наличии правильных решений больные его не удерживают, отклоняясь от верного модуса деятельности, чередуя правильные решения с ошибочными. Стоит также отметить, что в силу преимущественно динамического характера данного нарушения, допускаемые в процессе работы ошибки больные легко корректируют в процессе исследования и/или после непродолжительного отдыха. В методике «Классификация предметов» непоследовательность суждений проявляется неустойчивостью качества ответов с наличием решений более низкого уровня с опорами на поверхностно-наглядные и конкретные признаки. Например, пациент может создавать адекватные группы, такие как «люди», «транспорт», «измерительные приборы», одновременно с этим квалифицируя карточки с «моряком» и «пароходом» в одну ситуативную категорию. *<При указании экспериментатором на наличие общего, значимого основания объединения предметов>*: собственную ошибку исправляет, определяя «моряка» к группе «люди», «пароход» к «транспорту». Непоследовательные, случайные суждения могут иметь характер нецеленаправленных решений. Так больной может объединить в одну группу жука и книгу и пояснить: *«Это книга о насекомых, зоология». После периода отдыха пациент самостоятельно исправляет ошибку: «Лучше положу жука к бабочке, это насекомые».*

2) Инертность связей прошлого опыта и «вязкость» мышления

Феномен характерен для эпилепсии, последствий тяжелых травм головного мозга, некоторых форм умственной отсталости, атрофических и сосудистых процессов и выражается в сложностях изменения способа выполнения задания на новые варианты

решения задачи, переключения с одного вида деятельности на другой. В основе данного процесса лежит инертность связей прошлого опыта, выражающаяся в чрезмерной зависимости больших от конкретных, житейских представлений и трудностях проявления абстрагирования от деталей, необходимых для функции обобщения. В методиках на исследование интеллектуальной деятельности инертность мышления проявляется в увеличении латентного периода решений, однообразном повторении одних и тех же ответов, чрезмерной обстоятельности (Зейгарник Б. В., 2017). Так, в «Классификации предметов» процесс объединения карточек может носить чрезмерно детализированный характер с выделением множества групп с несущественными признаками в их основании. Например, общее количество групп может превышать допустимое и равняться 25–30 с такими группами как «*дикие животные*», «*домашние животные*», «*лесные животные*», «*домашний скот*», «*люди, занятые физическим трудом*», «*люди, занятые умственным трудом*» и пр. Также инертность мышления может проявляться в стереотипном назывании объединенных групп предметов: «*кухонный инвентарь*» (название для группы «посуда»), «*строительный инвентарь*» и т. д. Даже при правильном выделении объединяющего признака, свойства предметов инертность связей прошлого опыта не позволяет больным правильно выполнить задание. Например, в методике «Исключение предметов» задание «нога, туфель, сапог, ботинок» больной комментирует следующим образом: «*Так, это обувь и нога. Что же исключить? Сейчас зима, без сапог ногам будет холодно и ботинки можно зимой одеть, а вот туфли только летом нужны. Зимой без них можно обойтись*». При этом больным доступен достаточный уровень обобщения, однако, их ответы слишком связаны функциональной важной предметов в прошлом опыте. Так, в задании «лампа, диван, стол, кровать» пациент сначала верно исключает лампу, т.к. остальные предметы относятся к мебели, но тут же пускается в рассуждения: «*Нет, лучше исключить кровать. Ведь есть диван, на нем и сидеть можно, и спать, если раскладной, кровать уже лишняя, да и места много*

занимает. *А вот без лампы как? На улице темно станет, в комнате ничего не разглядишь*». Также характер ответов может носить излишне уточняющий, исчерпывающий вид с невозможностью отвлечения от малосущественных, второстепенных деталей, в результате чего даже вариант элементарного обобщения становится недоступен; подобный тип мыслительной активности получил название «вязкости» мышления. В методике «Интерпретация пословиц» смысл выражения «Не все то золото, что блестит» может выглядеть следующим образом: *«Блестит все, что угодно, но не все золото. И медь блестит, и украшения блестят, и у меня на кухне сковорода блестит. Если в доме хозяйка есть – все в доме блестеть будет, и пол, и посуда, и, вообще, кухня. А на кухне много предметов должно быть, потому что все должно быть под рукой у хозяйки. Слева в шкафу – крупы, в середине – специи, справа – можно ковши, поварешки хранить. Так что блестеть может все, что угодно»*.

3) Лабильность мышления

Феномен наблюдается при маниакальных и гипоманиакальных состояниях. Данное нарушение определяется неустойчивостью мыслительной деятельности и способа выполнения задания и проявляется в многочисленных соскальзываниях на «побочные» ассоциации (Зейгарник Б. В., 2017). Уровень обобщения при этом может быть сохранным. В процессе выполнения проб как будто теряется цель интеллектуальной деятельности, подменяющаяся случайными, отвлеченными ассоциациями и вариантами новой деятельности вследствие ускорения мыслительного процесса; нарушается возможность стратегического, планомерного решения заданий. Мыслительная деятельность подчиняется ситуативным, быстроменяющимся переживаниям. Например, при классификации предметов большой добавляет ботинки и ножницы к кузнецу и комментирует: *«Ботинки кузнецу нужны, и ножницы туда, вдруг он обросший», «Платье уборщице отдадим, если она хорошо поработает, ведь должно же у нее быть на-*

рядное платье, хоть одно». «Классификация предметов» может выполняться, в целом, нормативным образом с последующей сортировкой предметов, расположенных рядом друг с другом в единую группу или наличием непосредственного отклика, воспоминания относительно каждого из предметов. Также лабильность мышления в данной методике может проявляться созданием «ассоциативных цепочек» предметов, подбираемых случайным образом вне зависимости от их существенного признака. Например, больной может сначала правильно начать объединять машину и пароход по принципу транспортных средств, затем проявляет элементы «полевого» поведения: *«Моряка сюда, он плывет на корабле, и метлу, драит палубу, везет арбуз для своей возлюбленной»*. В методике «Интерпретация пословиц» смысл выражения «Не плюй в колодец – пригодится водицы напиться» может получить содержание, не относящееся к высказыванию: *«Ой, у нас такие колодцы в деревне вырыли! Вы бы знали! Не вода, а фонтан! Бывали мы с моими друзьями в фонтанах, особенно, знаете когда? Когда по Москве праздники всякие! Народ веселится, гуляет! Давайте вместе гулять везде!»*. Крайние варианты нарушения проявляются феноменами «откликаемости» и «скачкой идей»; в этих случаях при выполнении методик мыслительная деятельность пациентов приобретает хаотичный характер; концентрация для выполнения проб возможна лишь на короткий промежуток времени. В случае направляющей помощи экспериментатора интеллектуальная продукция часто может быть адекватна поставленной цели, но весь ход суждений, который самостоятельно осуществляется, оказывается неустойчивым.

Б. Нарушение операционального компонента мышления

1) Снижение уровня обобщений, тенденция к актуализации конкретно-ситуативных признаков предметов и явлений

Феномен наблюдается при органических расстройствах различного генеза (сосудистого, алкогольного, атрофического, травматического), задержке психического развития и олигофрении и

выражается в оперировании конкретно-ситуативными связями между понятиями, явлениями и предметами, а также в трудностях осуществления, в целом, аналитико-синтетических операций. При более выраженном уровне интеллектуального снижения больные не способны понять сути, смысла предъявляемого задания (Зейгарник Б. В., 2017). В методике «Классификация предметов» данный вид нарушения мышления может проявляться созданием дробных, излишне детализованных групп с трудностями их дальнейшего объединения, опорой на конкретно-ситуативные признаки при обобщении, подробном описании функции каждого из предметов, сложностями номинативного обозначения выделенных категорий; в крайних случаях – невозможностью осуществления самого процесса сортировки. Например, в единую группу объединяются: «мальчик с мячом», «ботинки» и «куртка», т. к. *«мальчику обязательно нужны кроссовки и куртка, иначе он в школу не сможет ходить»*; «писа» и «медведь» составляют группу «дикие животные», т. к. *«они находятся в лесу»*; «кастрюля» и «лук», «морковь», «картофель» могут составить группу *«суп, т. к. его готовят из этих продуктов в кастрюле»*; карточка врача ситуационно объединяется с градусником, уборщицы – с метлой. Отличительной чертой данного вида объединения является актуализация крайне конкретного признака, привязанного к той или иной житейской, бытовой ситуации. Так, в методике «Исключение предметов» пациент карточку с изображением «ножа, бритвы, ножниц, пера» комментирует следующим образом: *«Ножом что-нибудь режут, ножницами тоже режут бумагу, бритвой срезают волосы, раньше срезали, теперь такими не пользуются и пером тоже больше не пользуются таким. Наверное, лишнее перо – сейчас пользуются ручками»*. <При указании экспериментатором на высказывание пациента о не использовании опасной бритвы в современном мире, и возможном наличии другого ведущего свойства>: начинает сомневаться, отвечая: *«Может и бритва лишняя, не знаю, нет, наверное, бритвами какие-нибудь цирюльники еще орудуют»*. В методике «Сравнение понятий» снижение уровня обобщения проявляется в сложностях

отделения существенных признаков предметов и явлений от несущественных при выделении общих и отличительных свойств. Например, большая при предъявлении понятий «озеро/река» начинает оперировать частными свойствами явлений: *«Разница в том, что река маленькая, а озеро крупное»*. <При указании экспериментатором на наличие на Земле больших рек>: переключается на поверхностные их качества: *«Ну, не знаю тогда, озеро – круглое, а река длинная»*. Невозможность отвлечься от частных представлений может существенно видоизменять возможности интерпретации пословиц и метафор в виде трудностей передачи их переносного смысла, а также сложностей формулирования развернутых речевых высказываний. В этом случае характер определения выражения приобретает вид простого перефразирования, либо суждение начинает основываться на различных, частных аспектах применения пословицы без возможностей формулирования обобщающего принципа ее использования. Например, пациент метафору «Золотая голова» интерпретирует следующим образом: *«Это про бизнесмена, у кого много золота, кто золото добывает, у него много золота, поэтому его так зовут»*; смысл пословицы «Волков бояться в лес не ходить» комментируется так: *«Да, нельзя бояться волков»*. <При указании экспериментатором на возможности применения в других жизненных случаях>: *«Вот, например, это еще про то, как нужно к начальнику ходить – не бояться, или как надо с электричеством работать, а вот как это все вместе описать, не знаю»*. Немаловажное значение при этом имеет закрепленность в опыте пациента знания переносного смысла пословицы. Так, пациенты, чей профессиональный вид деятельности предполагал работу с фольклорными жанрами искусства в силу упроченных знаний о тех или иных расхожих выражениях могут не испытывать затруднений при предъявлении знакомых для них пословиц. В методике «Пиктограммы» снижение уровня обобщения может выражаться в сложностях опосредования абстрактных понятий, попытках уточнения буквального значения слова, а также в создании детализированных, стереотипных, конкретно-сюжетных образов с попыткой

зарисовать максимально приближенную к житейской ситуацию (фотографические образы), что было подробно описано в разделе 2.3.3-А (Нарушение динамического компонента памяти). Например, при предъявлении понятия «развитие» пациент начинает уточнять про какое именно «развитие» идет речь: *«ведь может быть развитие промышленности, человека, науки, образования; а как это нарисовать?»*.

2) Феномен «сверхобобщенности»

Данный феномен был описан Cameron (Cameron, 1938). Проявляется выделением чрезмерно общих свойств, характеризующих более обширный круг предметов при их классификации. Например, пациентка в методике на «Классификацию предметов» выделяет группы «прочий хлам», «бытовое», «социальное»; или другой пациент при выполнении данной методики обозначает возможности деления всех карточек на группы «съедобное/несъедобное» («живое/неживое» и пр.). Также данный феномен отражает нарушение семантической структуры понятия, при котором при более конкретном денотате (предметной отнесенности) номинация носит более обобщенный характер (например, предметы мебели или посуды обозначаются как «предметы быта» или просто «предметы»).

3) Искажение процесса обобщения, тенденция к актуализации латентных признаков

Феномен обнаруживается при шизофрении и эндогенных аффективных расстройствах и проявляется в оперировании чрезмерно общими или латентными, малозначительными, социально не опосредованными признаками, неадекватно отражающими отношения между предметами и явлениями (Зейгарник Б. В., 2017). Данный феномен может наблюдаться в методиках «Классификация предметов», «Исключение предметов», «Сравнение понятий», «Определение понятий». Выражается в создании нестандартных классификационных групп, обозначении (номинации) групп по несущественному, малозначимому признаку. Например, пациент в «Классификации предметов» делит всех жи-

вотных на две категории «*водоплавающие*» (гусь, лебедь и рыбы) и «*сухонутные*» (все остальные) или при исключении предметов в ряду «очки, часы, весы, секундомер» исключает секундомер, т. к. «*оно в единственном числе, остальное – в множественном*». Также искажение процесса обобщения можно заметить в различных нарушениях ассоциации понятия и рисунка, подробно описанных в разделе 2.3.3-В (Нарушения мотивационного компонента памяти). Тенденция к актуализации особой категории латентных признаков – субъективно значимых – встречается при пограничных, в частности, личностных расстройствах и отражает аффективную заряженность (в ряде случаев доходящую до степени аффективной дезорганизации) процесса мышления. Представим классификацию латентных признаков предметов и явлений (Чебакова Ю. В., Харисова Р. Р., 2011; Чебакова Ю. В., Харисова Р. Р., Паршуков А. Ю., 2013):

3-а) Субъективные, эгоцентрические признаки. В данном случае опора при осуществлении операций происходит на степень личностного принятия и оценки того или иного предмета или явления, а также в том случае, если обобщения производятся на основе личностных ценностей, морально-нравственных, эстетических, философских, мировоззренческих установок и автобиографических данных. В случае субъективных признаков при обобщении происходит перенос представлений, чувств, эмоций, желаний пациента в актуальную мыслительную деятельность, проекция тех или иных качеств. При актуализации же эгоцентрических признаков основной акцент приобретает значимость стремлений, интересов, выгод испытуемого, преломление и отражение действительности через призму исключительно личного мировоззрения и опыта, без возможностей принятия альтернативы. Примером актуализации субъективных признаков могут быть следующие ответы больных: в методике «Пиктограммы» пациентка, поступившая в стационар с реактивной депрессией, развившейся после потери полугодовалого единственного ребенка при опосредовании понятия «дружба» рисует «две руки», комментируя: «*это ручки детишек, они ходят за ручки, так и*

дружат»; на понятие «обман» – рисует тучи: «*когда смотришь на тучи, возникает что-то нехорошее*»; при изображении пиктограммы к слову «грусть» комментирует рисунок так: «*это чашка чая – посидишь, взгрустнешь*»; при классификации предметов создает группу «детское», обосновывая выбор так: «*это бутылочка, из нее кормят детей, туда попала и швабра, потому что там, где есть дети, должна быть чистота и уют, еще книжки для развития, и конечно, родители*»; из предметов: «пистолет, барабан, фуражка, зонт» лишним обозначает «пистолет», т. к. «*он очень опасен*»; другая пациентка среди образованных при классификации групп выделяет группы: «*пунктуальность*», «*забота о здоровье*», «*развлечения*», создает группу «отдых» из предметов «диван», «платье», «цветы», объясняя: «*диван – это не кровать, лежа на нем можно смотреть на птичек, это будет отдых; еще в лес можно сходить посмотреть на цветочки; платье одеть – оно тоже для развлечений, больно красивое*». Эгоцентрические признаки приведены в следующих примерах: при исключении предметов больная в карточке с изображением «розы», «шубы», «яблока» и «книги» лишним выбирает «книгу», т. к. «*Просто не нравится, не люблю книги*»; из предметов «пальто, роза, яблоко, книга» исключает «пальто», т. к. «*остальные предметы – являются предметами наслаждения, роза услаждает зрение, книга – слух, а пальто просто тепло создает*»; при опосредовании понятия «подвиг», комментирует рисунок так: «*для меня это подвиг спрыгнуть с обрыва в реку, останусь я жить, не останусь – какая разница?*»; в «Классификации предметов» выделяет группы «животных», «людей» и «растений» в соответствии с их «сильными», «слабыми» характеристиками: «*Это группа животные, я считаю, что бывают сильные животные, это сильные животные, они поедают слабых, ни от кого не зависят; а слабые животные – это скот, на дворе им место*»; или больной объединяет «метлу» с «уборщицей» в группе «люди, выполняющие обязательства»; выделяет лишним «пистолет» из предметов: «пистолет, фуражка, барабан, зонт», т. к. «*остальное является мирным, а пистолет агрессивен*».

3-б) Анализаторные признаки:

Зрительные признаки. При оперировании данным видом признаков значимыми при обобщении оказываются визуальные параметры предметов. Например, в методике «Классификация предметов» больной выделяет группы на основании хроматических категорий, поделив карточки на две группы – «цветные» и «черно-белые»; в ряду «сумка, портфель, кошелек, книга» исключает «кошелек», т. к. *«он округлой формы, а остальные предметы более квадратные»*; исключает ножницы, объединяя «трубку, наперсток и катушку» на том основании, что *«у них неполные отверстия и имеется окружность»*.

Акустические признаки. Осуществление операций обобщения при актуализации акустических признаков происходит на основании звуковых параметров предметов. Так, в методике «Классификация предметов» пациент выделяет отдельно карточку с «петухом» от группы «птиц», поскольку он *«единственный из представленных пернатых кукарекает по утрам, остальные щебечут и чирикают»*; в методике «Исключение лишнего» на картинке с изображением «фуражки, пистолета, зонтика и барабана» объединяет последние три предмета, поскольку *«они издаю т звук»*; в методике «Сравнение понятий» различие между «маленькой девочкой» и «большой куклой» пациентка прокомментировала следующим образом: *«маленькая девочка – она очень шумная, ребенок, все-таки, есть просит – кричит, промокла – кричит, а большая кукла, как правило, не так много разговаривает»*.

Тактильные признаки. Данный вид актуализированных признаков характеризуется опорой обследуемых при обобщении на осязательные параметры предметов. Например, в методике «Классификация предметов» больной выделяет группы предметов по степени их *«твердости», «гладкости», «шершавости», «шелковистости и приятности на ощупь»*; при «Исключении предметов» в ряду «шуба, яблоко, книга, роза» лишним обозначает «розу», т. к. *«у нее очень нежные, бархатистые лепестки, а у книги листы шершавые, у яблока тоже»*.

Обонятельные признаки. В данном случае опора при осуществлении аналитико-синтетических операций происходит на степень и выраженность ароматических свойств предмета. Приведем примеры актуализации обонятельных признаков предметов и явлений: в методике «Сравнение понятий» пациентка в качестве общего между «ягодами и грибами» выделяет их *«сладко-молочный запах»*; в методике «Классификация предметов» определила группы на основании *«затхлости»* и *«ароматической привлекательности»*.

Проприорецептивные признаки. Данный вид признаков определяется актуализацией свойств явлений и предметов, опознание которых возможно через непосредственную проприорецепцию. Так, выделение групп в методиках «Исключение лишнего», «Классификация предметов» может происходить по степени *«тяжести-легкости»* каждого из предметов, особенностях ощущения давления при взаимодействии с предметами.

3-в) Кинетические признаки. Данный вид актуализированных признаков характеризуется опорой испытуемых при обобщении на двигательные параметры предметов, а также возможности осуществления с ними мануальных операций. Так, в методике «Классификация предметов» пациент объединяет такие предметы как «стакан», «кастрюля», «книга» на основании того, что *«в них можно что-то мешать – чай, суп и буквы и знания при напечатывании текста»*; объединяет предметы с растениями, поскольку *«они не движутся»*; из ряда «пила, топор, шуруп, штопор» исключает «пилу», т. к. *«остальные предметы ввинчиваются»*.

3-г) Синтаксические признаки. Осуществление операций обобщения при актуализации синтаксических признаков происходит на основании общности звуковых характеристик (созвучности) разных по значению понятий. Данный вид признаков аналогичен *«ассоциациям по созвучию»* (Херсонский Б. Г., 2000; 2012). Например, больной в методике «Пиктограммы» на слово «дружба» рисует плавленый сырок, объясняя это тем, что тот называется «дружба»; «развитие» – ковер – *«его сворачивают, как*

развитие развертывается»; при опосредовании понятия «победа» изображает машину с аналогичным названием; при «Исключении лишнего» в карточке с «зАмком, замкОм, избой, шалашом» исключает «избу и шалаш», т. к. «остальное замки разного уровня, низкого – запирающий, и высокого – жилое помещение».

Проведенное нами исследование показало, что при шизофрении на более ранних стадиях заболевания происходит преимущественный прирост количества субъективных латентных признаков, в то время как на более поздних стадиях заболевания увеличивается процент синтаксических латентных признаков (Чебакова Ю. В., Харисова Р. Р., 2011). Нарушение операционального компонента мыслительной деятельности по типу актуализации анализаторных латентных признаков (преимущественно акустических и тактильных) характеризуется равномерным нарастанием когнитивного дефекта в соответствии со стажем заболевания. Актуализация субъективных латентных признаков на более ранних стадиях заболевания связана с преимущественным нарушением мотивационного компонента мышления и имеет низкую нозоспецифичность, хотя и обладают рядом особенностей. При шизофрении субъективные латентные признаки могут носить характер случайных, сиюминутных аффективных впечатлений и не затрагивать личностный опыт, тогда как при пограничных психических расстройствах субъективные латентные признаки являются значимыми, аффективно заряженными, отражающими личностный опыт. На поздних стадиях заболевания опора на синтаксические латентные признаки может свидетельствовать о распаде понятийной структуры слов.

Если при исследовании мышления встречается большое количество примеров опоры на латентные признаки, можно квалифицировать нарушение операционального компонента мыслительной деятельности как искажение процесса обобщения. Данный феномен нозоспецифичен для шизофрении. При небольшом количестве примеров опоры на малосущественные признаки феномен квалифицируется как тенденция к актуализации латентных признаков предметов и явлений. Второй феномен больше харак-

терен для аффективных эндогенных расстройств и пограничных психических заболеваний.

В. Нарушение мотивационного компонента мышления

1) *Снижение психической активности мышления*

Феномен встречается при тяжелых депрессивных состояниях различного генеза, дефектных нарушениях при эндогенных заболеваниях, атрофических процессах (например, при болезни Пика), выступает проявлением нарушения побудительной функции мотива и проявляется в общей непродуктивности мыслительной деятельности, трудностях обобщения и названия классификационных групп. Так больной может бесцельно переключать карточки из стопки в стопки; при возможности правильно собрать группу по предметной отнесенности (стол, диван, шкаф) затрудняется дать обобщающее название группы, обозначает ее «шкафы». Объединение классификационных групп, т. е. обобщение более высокого порядка, оказывается недоступным. При активном стимулировании деятельности пациентов продуктивность их мыслительных процессов увеличивается.

2) *Разноплановость*

Феномен встречается при эндогенных и личностных расстройствах и проявляется наличием различных способов и подходов к выполнению одного задания, отсутствием планомерности суждений, протеканием мыслительных операций в разных плоскостях (Зейгарник Б. В., 2017). В методиках данное нарушение проявляется созданием разнонаправленных (по различным критериям) классификационных групп, феноменом «*патологического полисемантизма*» (Лебединский М. С., 1938), феноменом «*разноуровневости*» (с номинацией шире предметной отнесенности (феномен «*сверхобобщенности*»)), феноменом «*соскальзывания*» на «*побочные ассоциации*», «*разорванностью*» логической связи между суждениями. Рассмотрим каждый из возможных вариантов проявления разноплановости отдельно. Создание разнонаправленных классификационных групп обозначает сосущест-

зование различных критериев для верификации карточки в методике на «Классификацию предметов» как стандартных, так и латентных. Например, больной создает группы как по нормативным основаниям: «мебель», одежда», «растения», так и по малосущественным признакам: образует группы «зоопарк», «сыродядные», «летающие», «дизайн, мир созерцательности», «красные предметы», «транспорт на живой силе». Также разноплановость может проявляться наличием разных объясняющих критериев для объединения карточек, например, больная, отделяя карточки «петуха», «гуся» от группы с карточками птиц и бабочки объясняет свой выбор так: *«Это птицы, потому что они летают»* <При указании экспериментатором на отсутствие самолета, который тоже летает >: *«Это крылатые животные, умеющие летать»*.

2-а) Феномен «патологического полисемантизма» (Лебединский М. С., 1938).

Представляет собой частный случай проявления феномена разноплановости и характеризуется сосуществованием множественных значений слова в ответных реакциях испытуемого, чаще всего проявляется в методике «Пиктограммы» обозначением как буквального смысла метафорического выражения, так и символического смысла конкретного выражения или слова. Например, при опосредовании выражения «значимый человек» пациентка изображает «тучного человека», комментируя: *«есть такие люди значимые в обществе, что-то делают прекрасное для блага других, или благотворительностью занимаются или как врачи здесь работают, одним словом, значительные, тучные люди»*; при создании образа к понятию «голодный ребенок», отвечает: *«это человечек с пустым желудком – дырка в животе»*; к понятию «обман» больной рисует кабину грузовика и называет ее по-английски: «тап»; к понятию «сомнение» изображает человека, стоящего на волнистой линии, комментируя следующим образом *«это неровная дорога – неровная позиция. Человек не может на двух позициях равно стоять»*; в методике на исключение предме-

тов карточку с изображением «часов, будильника, секундомера, пять копеек» комментирует так: *«Тут нет ничего лишнего... время – деньги»*; при предъявлении поговорки «Не все то золото, что блестит» начинает оперировать буквальным и переносным значением слова «блеск», интерпретируя выражение следующим образом: *«Блестеть – это пошло, безвкусно, дурно, блестеть может только дешевка, это она громкая, а вот блистать – это редкость»*; фразу «каменное сердце» трактует следующим образом: *«может все вытерпеть, даже сердечные заболевания, даже сердечную боль»*; общим в понятиях «поощрение и наказание» выделяет *«менеджмент, как повышение эффективности труда, если понимать широко менеджмент»*; при исключении книги из ряда «книга, кошелек, портфель и чемодан», объясняет свой выбор так: *«книга содержит информацию, а остальное – иное содержимое: вещи, деньги... Хотя необходимо открыть книгу и посмотреть, не вырезан ли в ней тайник...»*.

2-б) Феномен «разноуровневости»

Является более «мягкой» формой проявления разноплановости и предполагает создание групп разной степени общности как более дифференцированных, дробных, так и менее дифференцированных (сочетание феномена «дробления» (Херсонский Б. Г., 2012) с феноменом «сверхообщности») на едином этапе классификации. Например, пациентка выделяет группы, содержащие по одной-две карточки, такие как «насекомые» («бабочка» и «жук»), так и группы, содержащие максимальное количество предметов, такие как «растения», «бытовые предметы» (включая в себя группу учебных предметов, инструментов, посуду, мебель). При проявлении разноуровневости обследуемого необходимо попросить разделить обобщенные группы на более дробные, чтобы оценить степень адекватности новых классификационных критериев.

2-в) Феномен соскальзывания на «побочные ассоциации».

Является частным случаем проявления феномена разноплановости и представляет собой временное нарушение строя и ло-

гики мыслительной деятельности в виде единичных отклонений от общего хода рассуждений. При верном выполнении задания, наличии адекватного суждения, больной неожиданно теряет правильный ход рассуждения, продолжая развивать мысль, исходя из неадекватной, случайной ассоциации, часто по «слабому», «латентному» признаку, а затем вновь возвращаясь к последовательному рассуждению, однако, не исправляя допущенной ранее ошибки. В данном случае уровень сложности выполняемого задания роли не играет (Блейхер В. М., 1983). Обнаруживаемый при психологическом исследовании данный феномен не связан с усталостью или повышенной истощаемостью, не поддается коррекции в процессе исследования. Например, при выполнении методики «Сравнение понятий» пациентка комментирует «утро/вечер» следующим образом: *«Это данности, как приливы и отливы всего сущего, данность существованию Земли в Галактике»*; объясняя пословицу: *«Тише идешь – дальше будешь»*, больной прибегает к абстрактным умозаключениям: *«Надо действовать разумно, без лукавого ускорения»*. Соскальзывания также могут проявляться при выполнении экспериментальных заданий, непосредственно не направленных на выявление нарушений мышления. Например, при повторении 10-ти слов в методике на запоминание, пациент может продолжать ряд случайно возникшими ассоциациями: *«огонь-вода и медные трубы...»*; *«африноген»*, *«дружба-огонек»* и т. п.

2-2) «Разорванность» мышления

Крайняя форма разноплановости проявляется *феноменом «разорванности»*, предполагающим потерю логической связи между отдельными суждениями с невозможностью определения объекта мысли, понимания сути и содержания высказывания. Такой вид нарушения отражается семантической диссоциацией при известной сохранности синтаксической стороны речи. Например, продолжая сравнивать понятия «яблоко» и «кошка», пациентка сообщает: *«Я пошла дальше. Почему именно русский человек любит кошку и яблочки? Это библия. У Киплинга была кошка, которая гуляет сама по себе, а в библии описано яблоко раздора»*.

В Греции из-за этого, кажется, война началась»; при вопросе экспериментатора об особенностях поступления в больницу отвечает: *«Попасть сюда как раз плюнуть. Я себя не знала – оказывается у меня очень снижено давление – отсюда все ослабленное. Горбачев еще решил все. Ух, как было смешно, мы еще командовать сюда ходили»*; другая больная комментирует тот же вопрос: *«Я ела вишню, пока император сидел на умывальнике»*. При крайней степени разорванности также нарушается грамматический строй речи, при этом страдает как логическое построение речи, так и ее синтаксическая структура. Например, больной, объясняя пословицу «Яблоко от яблони недалеко падает», говорит: *«Яблоня – это Алексей Михайлович Романов... Исакиевский собор... я штудирую...Кайзер Вильгельм...»*. К грамматическим нарушениям речи при разорванности относится появление неологизмов – использование искаженных слов, бессмысленных словообразований, напоминающих конгломераты обломков слов, в некоторых случаях носящих для самого пациента смысл: *«вралад»* («врач, ласкающий душу»), *«пестрель»* («красивая музыка»), *«тарук»*, *«галкнула»*, *«пострижерные инструменты»*, *«блесна»*, *«брунгильдия»* и т. п. Внешне напоминают литеральные парафазии у больных с моторной и сенсорной афазией, однако, такого рода (Seglas J., 1892) неологизмы отличаются большой нестойкостью и вариабельностью.

3) Резонерство (тангенциальное мышление)

Феномен встречается при шизофрении, эпилепсии, других органических и личностных расстройствах, а также в норме у здоровых людей в ситуации неопределенности и активизации повышенной тревоги (Тепеницына Т. И., 1965). Различия резонерства в зависимости от нозологической специфичности будут обсуждаться в соответствующих главах. Данное нарушение проявляется в бессодержательном, непродуктивном рассуждательстве, характеризующимся пустым, бесплодным многословием, с отсутствием конкретных идей и направленности мыслительного процесса (Зейгарник Б. В., 2017). Характерными признаками данного

феномена при шизофрении являются: мелкотемный характер рассуждений (абстрактность рассуждений без учета ситуации их применения и объекта суждения); употребление сложных логических конструкций при высказывании (вычурность, витиеватость речи); употребление абстрактных, низкочастотных (например, вышедших из употребления) терминов и выражений (в том числе, без понимания их истинного значения) или неологизмов; наличие претенциозно-оценочной, пафосной позиции (склонность к многозначительным интонациям) высказывания. Феномен резонерства при шизофрении можно обнаружить в следующих примерах. Так, больная при сравнении понятий «воздух и вода» дает следующее объяснение: *«Без них невозможно жить, дышать...это кислород и вода. Без воды человек может прожить 1 месяц и 2 недели. Только на Земле есть вода и суша, на которой можно спрятаться в бункере, если что случится, там запасы в случае глобальной катастрофы...А Земля вокруг солнца вращается 365 дней в году, она третья планета от солнца, за ней следует Марс...а на Марсе сейчас американцы тоже обнаружили лед...»*; при запоминании понятия «развитие» больной рассуждает: *«Что бы такое мировозздать? Развитие разное бывает, может быть развитие человечества. Развиваться может все, что угодно, что лежит на столе, включая то, что на нас надето. Все это развивается и движется»*; запоминая понятие «темная ночь», больной высказывает следующие рассуждения: *«Звезды плохо просматриваются, частички разлетаются, чтобы одолеть давление ада. Вселенная развивается по спирали, она все время расширяется. В моем мозге хаос, бесконечность, я нервно чувствую пределы мироздания»*; при обосновании исключения шубы (методика «Исключение лишнего») в задании «шуба, роза, яблоко, книга» пациентка дает следующее объяснение: *«Это все предметы оцущений, яблоко – это осязание, роза – обоняние, дают вкус, эстетическое наслаждение, а книга – это наслаждение для ума, везде задействовано восприятие, внешнее или внутреннее»*. В методике «Классификация предметов» больной, разложив все карточки на столе, стал делать такие замечания: *«Сколько групп*

нужно сделать? Некоторые карточки цветные, некоторые черно-белые – я могу сделать так. Некоторые движущиеся, некоторые – статичные. Я выберу тот способ классификации, который даст большее количество групп. Я считаю, что так более верно, две группы классификации это не полезно, шестьдесят слишком много, а тринадцать – скорее бесполезная, оптимально – семь, ведь объем памяти семи равен, ну и число хорошее». При интерпретации метафоры «Золотая голова», больной рассуждает так: «человек работает головой, а руки – это инструмент. Поэтому золотая голова должна быть у каждого».

Встречается несколько способов проявления резонерства (Жмуров В. А., 1986):

3-а) Компенсаторное резонерство – суждения, как правило, не выходящие за рамки банальных, житейских истин и претенциозной демагогии, вращающихся вокруг бесспорных, самоочевидных истин. К такому виду резонерства относятся патетические и пафосные рассуждения о значимости и ценности межличностных отношений у психопатических личностей, монологичная речь больного эпилепсией о доброте, ласке и заботе окружающих его лиц или рассуждения морально-нравственного характера, гневные противоалкогольные восклицания больных алкоголизмом. Компенсаторное резонерство может наблюдаться на определенном этапе личностного созревания, например, в период пубертатного кризиса, когда наличие желания к демонстрации собственной значимости и самостоятельному осознанию происходящего не обосновывается соответствующими знаниями и жизненным опытом; у пациентов, желающих заявить что-то значительное, однако, информировать слушателя особенно не о чем; изредка может встречаться у больных шизофренией. Например, на вопрос о том, как сложилась жизнь, пациент отвечает: *«Жизнь это жизнь, радость в ней всегда переплетается с грустью. Нужно пытаться делать в ней все возможное. Быть устойчивым ко всяким перипетиям, неуспех и успех дела наживные, главное – пытаться. Попытался – живешь, не попытался – тоже живешь, но не пытаешься зато».* Или рассказывая о работе,

больной рассуждает следующим образом: *«Работа – это как повезет, кому-то достается хорошая работа, кому-то – плохая. Но всякая работа хороша тем, что ты занят. Бывает даже не важно, плохая она или хорошая, ты трудишься, приносишь пользу людям, это приятно – приносить пользу».*

3-б) Резонерство с акцентуацией схоластических тенденций, проявляющееся переопределением или манипулированием понятиями, приводящим фактически к утрате смысла высказывания и потери понимания сущности явления. Так больной при сравнении понятий «ботинок» и «карандаш» общее между ними определяет так: *«хождение – это тоже своеобразное письмо»*; объясняя общее между понятиями «ботинок» и «карандаш», обследуемая рассуждает: *«И одно, и другое сделано человеком, без них ему не обойтись, хотя, конечно, есть ручки, но вообще ботинок первичен, сначала человек надел на себя одежду, а потом появилась письменность».* Выражение «Одного поля ягоды» объясняется так: *«Ягоды – это, по сути, плоды растений наряду с корнеплодами, например. То есть ягоды имеют такую же функцию как и обычные овощи и фрукты. Их едят, собирают. Можно собирать на поле, можно в лесу, например, землянику. Ягоды сами по себе очень красивые, так можно и про девушку сказать – ягодка, смотря какая девушка, такая и ягодка... Можно и про мысли так сказать – ягодные, поле мыслей или поле ягод...».* К данному виду резонерства можно отнести и склонность к софистическим построениям в виде особой игры слов: *«Я себя хорошо чувствую, потому, что не чувствую себя плохо»* (Жмуров В. А., 1986).

3-в) Псевдонаучное резонерство – стремление использования в речи псевдонаучных построений с обилием неологизмов, бесплодных размышлений на абстрактные, оторванные от реальности темы о неразрешимых философских проблемах, в результате чего речь приобретает вид пустого, выхолощенного теоретизирования с расплывчатыми рассуждениями на отвлеченные темы. Например, при опосредовании понятия «мечта» больной рисует абстрактную фигуру и объясняет следующим образом: *«Это*

такой красивый образ, к которому мы идем. Цель достигается потом, сначала она выступает как мечта, к которой мы идем каждый своей дорогой. Это фундаментальный путь». Заимствованные и большей частью плохо понятые общие представления нередко привлекаются к объяснению конкретных фактов реальности либо к их обозначению. Например, пациент при описании собственного заболевания говорит следующее: *«Это все схоластика, бренность толерантности к музицированию выводит мой резонанс миру на негативный уровень».* Больной как бы стремится продемонстрировать свою «осведомленность» и компетентность в различных областях знания, оперируя научными терминами из разных областей – психологии, физики, философии и т. д. Например, объясняя свое текущее состояние, пациент может употреблять физические или технические аналогии или непонимая манипулировать медицинским тезаурусом, упоминая *«абсорбцию, распад, пики, потенциальный барьер, резонанс, инерцию, импульс вращения, проводимость, упругость настроения, фазы и т. п.»*. Например, пациент может сказать, что у него *«высокочастотные колебания рук с отсутствием возможности дислокации твердого тела»*, заявить, что у него *«низкая абсолютная деформация психического»* или, что он *«холерик, по Гиппократу»*, что у него диагноз *«астенический синдром»* и т. п. Подобный вид резонерства относится к более общему симптому метафизической или философской интоксикации, описанному Т. Зейхеном (по кн.: Блейхер В. М., Крук И. В., 1986), встречающемуся в периоде подросткового созревания при шизоидном расстройстве личности и у больных шизофренией. Данный симптом отличается пристрастием личности к сложной философской проблематике, увлеченностью эзотерикой, мистикой, попытками найти ответы на неразрешимые вопросы бытия.

Еще один вид проявления резонерства, получившего название *короткого резонерства*, – это склонность к общим, неопределенным и вместе с тем, односложным ответам на конкретно поставленные вопросы. Например, отвечая на вопрос о наличии семейных проблем, больной говорит: *«Разные характеры*

вместе – рождают сложности). На вопрос о жалобах отвечает: «Ничего не попишешь, все возможно», высказывания о будущем выглядят так: «Уйти... Отдохнуть... Жить... Приносить пользу...». Короткое резонерство может проявляться и при проведении методик, например, в задании «шуба, роза, яблоко, книга» пациент исключает яблоко, т. к. оно «не является процессом олицетворения человека»; на понятие «развитие» пациентка изображает дерево, объясняя: «это йоговская трактовка грехопадения»; интерпретирует пословицу «Яблоко от яблони недалеко падает» как «однотипность»; определяет «близкие отношения» как «то, что мне нужно и нужно всем». Данный вид резонерства схож с описанным Э. Блейлером (Блейлер Э., 1927) симптомом *коротких ассоциаций*, выражающимся лаконичными и неразвернутыми высказываниями, своеобразной констатацией фактов, свойственным больным шизофренией.

4) Нарушение критичности мышления

Наблюдается при органических расстройствах различного генеза (сосудистого, алкогольного, атрофического, травматического), олигофрении и эндогенных процессах и может выражаться в неспособности сличения собственного поведения с нормативами взаимодействия в существующей социальной ситуации; нарушениями оценки патологических симптомов; невозможностью сравнения собственных результатов с ожидаемыми (Кожуховская И. И., 1972). Неспособность сличения собственного поведения с нормативами взаимодействия в существующей социальной ситуации может проявляться в процессе ведения клинико-психологической беседы в форме расторможенности влечений, неудержании границ контакта, а также в виде нарушений спонтанности поведения и инактивности, повышенной отвлекаемости и склонности к ситуативному поведению. Нарушение оценки собственных патологических симптомов проявляется в виде отсутствия адекватного отношения к собственным болезненным переживаниям (например, бреду, галлюцинациям, интеллектуальному снижению и т. д.). Так, пациент в процессе беседы свое

неадекватное поведение, предшествующее поступлению в больницу (угрозы соседям, ночные стуки в их двери, беготня по улице в голом виде с пристаиванием к прохожим, попытка бегства от полиции), относится некритично, считает, что таким образом *«проявлял бдительность, занимал сознательную гражданскую позицию»*. Нарушение критичности по отношению к собственным ошибкам проявляется, как правило, в безучастном отношении к деятельности в процессе исследования, отсутствии способности к оценке результативности и продуктивности в пробах, игнорировании инструкций при способности их усвоить.

5) Феномен аффективной дезорганизации мышления (снижение подконтрольности мыслительной деятельности)

Обнаруживается при личностных и невротических расстройствах, психогенных реактивных состояниях, также в ряде случаев встречается при различных формах шизофрении и выражается преобладанием эмоционально окрашенных представлений, нарушением регулирующей функции мышления с преобладанием аффективной регуляции над когнитивной. В качестве основы данного нарушения выделяют своеобразные, специфические признаки хаотичности, не направленности деятельности, характерные «искажения» процесса обобщения с выделением аффективно значимых признаков предметов, с эмоционально-лично обусловленными паузами, затруднениями (нарушениями) в операциях анализа, синтеза, опосредования и абстрагирования. Феномен аффективной дезорганизации мышления часто проявляется увеличением времени ответов на личностно «заряженные», аффективно-значимые стимулы при опосредовании понятий или в процессе проведения ассоциативного эксперимента, неточной или субъективной интерпретации пословиц, имеющих соответствующую эмоциональную нагрузку для испытуемого, в создании аффективно насыщенных образов в методике «Пиктограммы» на эмоционально-значимые слова или понятия, отражающие психогенную, травматическую ситуацию. Данный феномен обнаруживается в диссоциации ответов испытуемых при предъявлении

эмоционально индифферентного и аффективно нагруженного стимульного ряда или материала (проб), а также при сопоставлении результатов исследования мышления в состоянии стресса, экспериментального имитирования неуспеха пациента, дискредитации, критики деятельности со стороны психолога и в ситуации относительной эмоциональной стабильности или релаксации (ненапряженности).

В зависимости от степени того или иного расстройства уровень аффективной дезорганизации мышления будет различаться (Кудрявцев И. А., 1988). При умеренной степени выраженности данного нарушения отмечается проекция или привнесение собственных переживаний в условиях эмоционального напряжения или при выполнении проб с эмоционально нагруженными стимулами и нивелирование проецируемых ответов при предъявлении нейтрально окрашенного материала заданий. Например, в методике «Пиктограммы» пациент может опосредовать образы стандартно при предъявлении нейтральных понятий, отражая в той или иной форме содержание стимульного слова или высказывания. Так при запоминании понятия «веселый праздник» больной дает следующее объяснение: *«Это кальяничик, ковер и удобные подушечки. Вокруг красивые девушки. Это просто кайф, как в раю. Я представляю себя в Каире, просто на празднике души. А Вы были в Каире? Да, были времена вот, когда я состоял в преступной группировке...»*. При опосредовании же аффективно нагруженных понятий, создаваемые пациентом образы часто эмоционально окрашены, отражают значимые автобиографические события, личные предпочтения, склонности или вкусы подэкспертных. Зачастую созданный пациентом образ в этом случае отражает не столько смысл предложенного понятия, сколько отношение пациента к нему, актуализируемые эмоциональные переживания, примеры чего обсуждались в разделе 2.3.3-В (Избыточная опосредованность ассоциативных образов). С увеличением выраженности расстройства круг эмоционально значимых и аффективно насыщенных для пациента стимулов расширяется,

возрастает интенсивность аффективных реакций при ответах. Становится выраженным привнесение личных вкусов и предпочтений, своих переживаний не только при предъявлении эмоционально заряженных, но и при демонстрации нейтральных стимулов; при этом, с возрастанием степени аффективной дезорганизации мышления усиливается качество операциональных нарушений мыслительной деятельности – возрастает своеобразие используемых признаков при сравнении, обобщении, опосредовании понятий. Нейтральные понятия в ряде случаев объединяются не по существенным связям и отношениям, а по признакам субъективного предпочтения, личностного отношения, эмоциональной значимости стимула, появлением актуализации несущественных связей, недостаточной целенаправленности суждений, резонерством на аффективно-значимые темы. Приведем пример аффективной дезорганизации мышления на материале методики «Классификация предметов». Обследуемая сначала создает группы по стандартным основаниям: «транспорт», «мебель», «овощи и фрукты», «профессии»; затем достает карточку мальчика с мячом и рассуждает: *«Это ребенок, куда же его положить? Он отдельно должен быть. Нет, у ребенка должна быть семья: <начинает перебирать карточки в уже созданных группах> мама и папа <берет карточки уборщицы и кузнеца из группы «профессии»>, у них в доме должны быть овощи и фрукты, детям полезны, диван, стол, вся эта мебель, мальчик на велосипеде любит кататься <достает из группы «транспорт» карточку с велосипедом>. <На вопрос экспериментатора, как можно назвать новую группу>: семья можно назвать, все для ребенка и семьи»*. В приведенном выше примере о больной известно из анамнеза и данных клинико-психологической беседы, что она не может выйти замуж и хочет родить ребенка, поступила в клинику со смешанным тревожно-депрессивным расстройством. Тема ребенка и семьи оказалась для обследованной субъективно значимой, аффективно заряженной, что нарушило возможность классификации предметов по стандартным основаниям и повлияло на когнитив-

ный процесс обобщения. Феномен аффективной дезорганизации мышления следует отличать от дефицита его целенаправленности, не связанного с избыточной аффективной регуляцией.

б) Феномен «единой системы» и дефицит целенаправленности мышления

Обнаруживается при шизофрении и личностных расстройствах, также может встречаться при различных вариантах лобного синдрома, маниакальной стадии биполярного расстройства и проявляется созданием обобщений на основании ассоциативных цепочек, сюжетных взаимосвязей различных предметов между собой. Данный вид нарушения в методике «Пиктограммы» может проявляться построением образа на последующее понятие через привлечение предыдущего. Например, испытуемый, опосредуя понятие «любовь», рисует знак сложения («+») между изображенными ранее понятиями «дружба», «разлука» и «вкусный ужин», объясняя: *«любовь это все вместе – и дружба, и разлука, и когда дома котлетами пахнет»*. В методике «Классификация предметов» феномен «единой системы» может быть выявлен в своеобразном сюжетном фантазировании при объединении как отдельных карточек, так и групп между собой. Например, соединяя карточки с картинками «мальчика с мячом», «уборщицы», «доктора», «посуды», «учебных предметов» в единую группу, комментирует: *«у всех мальчиков <указывает на соответствующую карточку> должны быть своя семья – мама <показывает на карточку с уборщицей>, отец-работяга <складывая доктора в группу>, должен ходить в школу и там использовать учебные предметы»*. Нарушение целенаправленности мышления может проявляться в его общей непродуктивности, сложностях выполнения заданий со свободной инструкцией, невозможности придерживаться единой «нити» размышления, легкостью «соскальзывания» на побочные ассоциации. Так большая много раз меняет названия групп, основываясь на случайных ассоциациях, отклонялась от задания выделить обобщенные группы предметов. Например, пациентка объединяет в одну группу предметы шкаф,

глобус, врач, градусник и объясняет «в квартире стоит шкаф и глобус, а доктор собрался в путешествие, захватит градусник, заодно померяет температуру»; предметы часы и самолет – «чтобы можно было вовремя улететь, называется группа аэропорт»; предметы жук, уборщица, метла, платье, кофта – «молодая портниха шьет себе платье красивое, а заодно и кофту, а метлой выметает насекомых», предметы мальчик, лыжник и шапка – «начинающие спортсмены». Другой больной раскладывает все понятия на две категории: «группа плюс» – «Положительная группа, к чему я положительно отношусь»; «группа минус» – «Карточки с каким-то негативом» и ставит посередине «весы» – «А это весы, решать Вам».

2.3.5. ОЦЕНКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ФЕНОМЕНОЛОГИИ НАРУШЕНИЙ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНОЙ СФЕРЫ

Описание исчерпывающей феноменологии нарушений эмоционально-личностной сферы представляется достаточно сложной задачей в связи с широким кругом охватываемых ее явлений. Динамический компонент эмоций представлен явлениями их ригидности (при эпилепсии и параноидном расстройстве личности), лабильности и неустойчивости аффекта (в рамках органических расстройств при интоксикациях и сосудистых поражениях головного мозга, астенических состояниях, различных расстройствах личности), пониженного или повышенного настроения (при депрессии и мании соответственно). Обычно данные феномены оцениваются в рамках наблюдения и клинико-психологической беседы. Феномены эмоционально-личностной сферы, подлежащие эмпирической оценке, относятся или к конкретным эмоциональным состояниям, или отражают ее мотивационный компонент.

В целом все многообразие феноменов можно разделить на относящиеся к актуальным эмоциональным состояниям и представляющие стабильные характеристики структуры личности.

В рамках актуальных эмоциональных состояний особую диагностическую и прогностическую значимость имеют:

- 1) тревога;
- 2) депрессия;
- 3) агрессия;
- 4) аутоагрессия.

При анализе структуры личности можно выделить три группы феноменов:

- 1) специфика мотивационно-потребностной сферы;
- 2) психодиагностика эмоционально-личностного дефекта;
- 3) структурные неспецифические и специфические феномены нарушения личности.

I. Оценка актуальных эмоциональных состояний

1) Тревога

Тревога является составляющей актуальных эмоциональных состояний в рамках тревожно-фобического синдрома при различных нозологических формах (органических и эндогенных заболеваниях, пограничных психических расстройствах). Можно условно выделить два уровня проявления феномена тревоги: *осознаваемый* и *неосознаваемый*. Для диагностики осознаваемой тревоги наиболее часто применяются шкалы оценки ситуативной и личностной тревоги Тейлора и Спилбергера-Ханина. При рассмотрении тревоги как составляющей динамического личностного профиля во взаимосвязи с другими вариативными и инвариантными феноменами эмоционально-личностной сферы для ее регистрации используются показатели шкалы психастении методики многостороннего исследования личности (ММИЛ) (в адаптации Березина Ф. Б.). Качественные характеристики тревоги выявляются при сопоставлении шкалы психастении с другими шкалами. Сочетание пиков по шкалам тревоги и ипохондрии указывает на смещение тревожных реакций в соматическую сферу; тревоги и депрессии – на постоянство тревоги; тревоги и истерии – на выраженную дисгармоничность, при которой тревожные реакции сочетаются со склонностью к вытеснению отрицательных

сигналов; тревоги и аутизации – на организацию тревоги вокруг темы признания уникальности личности социальным окружением; тревоги и гипомании – на склонность к поведенческому отыгрыванию тревожных реакций (Березин Ф. Б., Мирошников М. П., Соколова Е. Д., 1999).

Тревога также может проявляться на неосознаваемом уровне, что становится особенно актуальным при ее соматизации или функционировании защитного психологического механизма отрицания. Для оценки неосознаваемой тревоги применяются проективные методики исследования. При анализе рисуночных тестов («Пиктограммы», «Рисунок несуществующего животного», «Рисунок человека» и др.) в качестве показателей состояний тревоги рассматриваются графические знаки: сильный нажим карандаша (как проявление гипертонуса, являющегося маркером внутреннего напряжения), наличие штриховки (область локализации указывает на проблемную зону). Также о наличии тревоги свидетельствует появление метафоры опоры в рисунках: например, в рисунках человек изображается стоящим на дороге или сидящим на стуле; животное – «греющимся под солнцем на траве», «прячущимся в норе». В цветном тесте Люшера подсчитываются индексы тревоги по позициям основных и не основных цветов (Люшер М., 2005).

2) Депрессия

Депрессия в составе депрессивного синдрома так же, как и тревога встречается при различных психических заболеваниях. Оценка уровня депрессии является важной, прежде всего, в диагностике степени суицидального риска, необходима для принятия решений в отношении порядка и сроков госпитализации (например, перевода больного из надзорной палаты или в санаторное отделение), фармакологической схемы лечения. Осознаваемый уровень депрессии исследуется с помощью самооценочных шкал, наиболее используемыми из которых являются шкалы Бека и Зунга. Для оценки качественной специфики депрессии как динамического личностного феномена регистрируются сочетания

шкалы депрессии с другими шкалами методики многостороннего исследования личности (в адаптации Березина Ф. Б.). Сочетание пиков по шкалам депрессии и ипохондрии указывают на смещение фокуса пониженного настроения и ограничения социальных контактов на область соматического здоровья; депрессии и истерии – на выраженную дисгармоничность, при которой демонстративному поведению с поисками признания, стремлением расширять контакты и быть в центре внимания и эгоцентризмом препятствует повышенная сензитивность, интрапунитивность, заниженная самооценка, симбиотические тенденции, сопровождающиеся снижением ценности собственных потребностей; депрессии и ригидности аффекта – на интрапсихический конфликт между враждебными импульсами и склонностью к блокаде гетероагрессивных тенденций. Наиболее частым в клинике депрессивных состояний является сочетание пиков по шкалам депрессии и тревоги, отражающее тревожный оттенок сниженного настроения; одновременный подъем по шкалам депрессии и гипомании указывает на наличие смешанного аффекта и характерен для эндогенных расстройств (Березин Ф. Б., Мирошников М. П., Соколова Е. Д., 1999).

Регистрация неосознаваемых депрессивных переживаний становится особенно актуальной при наличии алекситимического радикала в структуре личности, при котором затруднена возможность осознания и вербализации чувств, приобретающих различные соматические «маски». При анализе рисуночных тестов («Пиктограммы», «Рисунок несуществующего животного», «Рисунок человека» и др.) в качестве показателей состояний депрессии рассматриваются графические знаки: слабый нажим карандаша (как проявление астении), маленький размер рисунков с их преимущественным расположением в верхней левой части листа. Рисунок человека может занимать нижнюю часть листа, что отражает характерное для депрессии снижение самооценки. В цветовом тесте Люшера на депрессивное состояние указывает появление серого, коричневого и / или черного цветов на первых двух

позициях; при этом наличие одного из основных цветов на этих же позициях рассматривается как показатель компенсации, содержательно раскрывающийся в соответствии с психологическим значением цвета. Например, расположение серого и зеленого цвета на первых двух позициях может быть интерпретировано как стремление к компенсаторному самоутверждению и достижению как защита против депрессивных переживаний. Однако более полный анализ компенсаторных механизмов возможно приводить при учете всех цветовых позиций в раскладе (Люшер М., 2005).

3) Агрессия

В качестве актуального эмоционального состояния агрессия, прежде всего, отражает декомпенсацию на уровне поведенческих реакций, имеет неспецифический с нозологической точки зрения характер и входит в структуру психопатоподобных синдромов в рамках эндогенной, органической и пограничной патологии (прежде всего, при определенных расстройствах личности). Уровень агрессии в прогностическом смысле выступает предиктором оценки степени риска поведения, способного причинить ущерб окружающим, и служит основой для принятия значимых врачебных решений о порядке и сроках госпитализации, фармакологической схеме лечения. Наиболее зарекомендовавшей себя методикой исследования осознаваемой агрессии является опросник Басса-Дарки, позволяющий оценить различные компоненты агрессии: поведенческие (физическая, вербальная, косвенная агрессия, негативизм), эмоциональные (раздражение, обида), враждебные установки (подозрительность). При оценке места агрессии в целостной структуре личности используются показатели по шкалам психопатии (реализация эмоциональной напряженности в непосредственном поведении) и аффективной ригидности методики многостороннего исследования личности (в адаптации Березина Ф. Б.). Сопоставление пиковых показателей агрессии и других свойств в личностном профиле указывает на способы обращения с агрессией. Сочетание высоких значений по шкалам

психопатии, аффективной ригидности и гипомании свидетельствует о наличии некорректируемой враждебной концепции с готовностью реализации агрессивных импульсов в непосредственном поведении при достаточно хорошо организованной активности; психопатии и маскулинности-фемининности – блокаде макросоциальных гетероагрессивных тенденций с их реализацией в протестном гендерном поведении, отрицающем традиционные гендерные роли; психопатии и/или аффективной ригидности и шкал невротической триады и психастении – выраженном внутрличностном конфликте, связанном с подавлением гнева и блокадой гетероагрессивных тенденций (Березин Ф. Б., Мирошников М. П., Соколова Е. Д., 1999).

Механизм подавления гнева также вносит вклад в поддержание пограничной патологии, прежде всего, депрессивного и психосоматического спектра, в связи с чем становится важной оценка несознаваемой (подавленной) агрессии. При анализе рисуночных тестов («Пиктограммы», «Рисунок несуществующего животного», «Рисунок человека» и др.) в качестве показателей агрессии рассматриваются прямые проявления агрессии (наличие зубов, клыков и других атрибутов хищного животного, соответствующие сюжеты рассказов); косвенные знаки агрессии, имеющей защитный характер (наличие острых углов в рисунке). В цветовом тесте Люшера о наличии агрессии свидетельствует одновременное появление красного и черного цветов на первых позициях (Люшер М., 2005). Также для диагностики неосознаваемой агрессии используется Тематический Апперцептивный Тест Г. Мюррея. Наиболее диагностичными в оценке как прямой, так и подавленной агрессии являются картинки 3BM, 6GF, 7BM, 8BM, 9GF, 10, 13MF, 15, 18BM, 18GF. Агрессия может отражаться в рассказах непосредственно (*«этот мужчина застрелил соперника из револьвера, теперь раскаивается, не знает, что делать»* (3BM), *«муж застал жену с любовником и убил ее»* (13MF), *«помощница душил пожилую женщину, чтобы прибрать к рукам ее драгоценности»* (18GF)), косвенно в форме сарказма, конкуренции, подчеркивания неравенства, мотиве принуждения (*«этот пожи-*

лой ловелас принуждает молодую девушку стать его возлюбленной» (6GF), «старший преподаватель насмехается над научным докладом младшего» (7BM), «директор увольняет рабочего» (7BM), «гувернантка наблюдает за хозяйкой из-за дерева, завидует ее красоте и богатству» (9GF)); агрессия также может иметь подавленный характер или отрицаться («дама симпатичная, все у нее будет хорошо, товарищ с трубкой на убийцу не похож, останется жива» (6GF), «жена тяжело заболела, а муж за ней ухаживает, видно, как он расстроен» (13MF), «дочь поддерживает мать, той стало плохо, она обнимает ее и скорбно смотрит в глаза, хорошая, любящая дочка» (18GF).

4) Аутоагрессия

Выделение аутоагрессии в качестве самостоятельного феномена является дискуссионным, и чаще она рассматривается как форма направленной на себя агрессии. Выявление аутоагрессивных тенденций становится особенно значимым при оценке суицидального риска у пациентов с депрессивными расстройствами, что позволяет прогнозировать вероятность поведенческой реализации суицидальных мыслей. Основной проблемой является отсутствие специального психодиагностического инструментария регистрации суицидальных намерений, кроме структурированных анкет, в которых вопросы формулируются прямым образом. Исследовать аутоагрессивные тенденции возможно лишь косвенным образом через оценку выраженности фрустрации, склонности к накоплению эмоционального напряжения, а также различных форм поведенческого отыгрывания, соотносимых с понятием «растянутого суицида» (например, алкоголизм, наркомания, рискованное поведение, склонность к получению физических травм). Для регистрации суицидального риска используется сочетание показателей опросника Басса-Дарки (индекс аутоагрессии): превышение значений по шкалам подозрительности и чувства вины над суммарным показателем агрессивности. В методике многостороннего исследования личности (в адаптации Березина Ф. Б.) на высокую вероятность прямого суицидального поведения ука-

зывает одновременный подъем значений по шкалам депрессии и психопатии, отражающий реализацию эмоциональной напряженности в непосредственном поведении, направленном на себя, при блокаде гетероагрессивных тенденций. Более глубинный, менее осознанный уровень аутоагрессии, который может проявляться не только в прямой суицидальной активности, но и деструктивном поведении по типу «растянутого суицида», позволяет исследовать проективные методики. Суицидальные и аутодеструктивные сюжеты могут появляться в рассказах к рисунку человека и Тематического Апперцептивного Теста Г. Мюррея. Наиболее диагностичными в оценке суицидального риска являются картинки 3BM, 3GF, 9GF, 12BG, 13MF, 14, 15, 17GF. В рассказах проявляется тема смерти персонажей (на идеаторном и/или поведенческом уровне), намерений причинения вреда здоровью, деструктивные мотивы («эта женщина в отчаянии, она не может найти выход, думает о самоубийстве» (3GF), «мужчина убил любовницу в порыве ревности, теперь его мучает вина, и он хочет покончить с собой» (13MF), «девушку бросил возлюбленный, она стоит на мосту и хочет прыгнуть в реку» (17GF), «он каждый день приходит в этот бар и заливает алкоголем свое одиночество» (14), «она режет свои руки, боль и вид крови успокаивает ее и напоминает о том, что она живая» (3GF)).

II. Рассмотренные выше феномены значимы как при оценке актуальных эмоциональных состояний, так и стабильных характеристик структуры личности. В последнем случае возможны как неспецифические, так и специфические их проявления, раскрывающие содержательные особенности того или иного личностного типа, что будет подробнее раскрываться в последующем изложении главы.

A. Специфика мотивационно-потребностной сферы

Анализ мотивационно-потребностной сферы является значимым при оценке изменений личности, прежде всего, в рамках аддиктивных расстройств (хронического алкоголизма, нервной

анорексии), патохарактерологических личностных развитий (например, ипохондрического развития личности), эндогенных прогрессирующих процессов. Характер патологической перестройки мотивационно-потребностной сферы схож с логикой ее развития в норме. В ходе онтогенеза формируются новые мотивы по механизму «сдвига мотива на цель» (Леонтьев А. Н., 1977), при котором действия по достижению цели (например, прочитать и усвоить материал для сдачи экзамена) превращаются в деятельность, опосредованную мотивом (в указанном примере – в познавательную деятельность). Постепенно у ребенка формируется система мотивов, которая приобретает иерархическое строение благодаря механизму социального опосредования. Социальный характер мотивов, организующих деятельность обучения и общения (Эльконин Д. Б., 1971), является стержневым механизмом организации системы мотивационно-потребностной иерархии. При патологии также формируются новые мотивы, но мотивы патологические, не опосредованные социально. Например, при алкоголизме формируется патологический мотив «употребления спиртного», нервной анорексии – мотив «похудения» (Братусь Б. С., 1974; Зейгарник Б. В., 2017), ипохондрическом развитии личности – мотив «сохранения жизни» (Николаева В. В., 1987); при шизофрении патологические мотивы организуют аутистическую активность больных, реализующую их нестандартные увлечения (например, собирание хлама в квартире, отказ от социальной жизни и обращение к практикам медитации для *«освобождения при жизни»*, непродуктивное сутяжничество с целью *«изменить социальное устройство»*). Патологические мотивы становятся во главе мотивационно-потребностной иерархии, чем постепенно разрушают ее структуру в отсутствие социальной опосредованности по механизму «сдвига цели на мотив», при котором мотивы становятся лишь целями определенных действий по удовлетворению новой патологической потребности (например, мотив профессионального развития у больных алкоголизмом замещается целью заработать деньги на выпивку). В итоге система мотивов упрощается, сужается круг потребностей и интересов, проис-

ходит уплощение эмоций, нивелировка личностных качеств, что составляет картину личностной деградации (при шизофрении – картину эмоционально-личностного дефекта).

В ходе патопсихологического исследования сужение мотивационно-потребностной иерархии заметно уже при проведении клинико-психологической беседы, при которой регистрируется эмоциональная монотонность, формальность сообщаемой информации, отсутствие объемности и эмоциональной глубины описания значимых в жизни больных людей и качества отношений с ними, отсутствие интересов и системы социальных ценностей, доминирование сверхценных патологических идей. Патологический мотив может найти свое выражение в аффективно заряженной ассоциативной продукции в методике «Пиктограммы», содержании проективных рассказов к методике «Рисунок человека». Например, больной шизофренией, кришнаит, фиксированный на идее *«освобождения при жизни»*, на понятие «развитие» изображает *«аспект Шивы и Шакти в одном целом как условие духовного саморазвития»*; *«страх – челюсть Бхайравы, которой он все перемальывает»*; *«смелый поступок – бандит нападает на девушку, сзади идет Бхайрава, который отрубает ему голову»*; *«вера – Кришна сидит»*. В проективных рассказах по картинкам Тематического Апперцептивного Теста упрощение структуры мотивационно-потребностной иерархии проявляется в феномене «сужения временной перспективы» (Николаева В. В., 1987) (*«земледелец в настоящем пашет борозду, в прошлом пахал предыдущую борозду, в будущем будет пахать следующую борозду»*) (2), *«девушка идет по полю, а до этого шла в другом месте, в будущем пройдет поле»* (2), *«двое людей разговаривают друг с другом, в прошлом зашли в комнату, в будущем закончат свой разговор»* (6GF)), формальном, описательном характере рассказов (*«на картине изображено двое людей, мужчина смотрит в сторону, женщина пытается его удержать, какой-то фильм 60-х годов»*) (4), *«девочка в красивом платье, она симпатичная, с роскошными волосами, мама наклонилась к ней, читает ей сказку, потом пойдут спать»* (7GF), *«муж и жена, может, любовники, общаются»* (6GF), *«мужчина находится в темной ком-*

нате» (14), отсутствии категории чувств и раскрытия отношений между персонажами, низком уровне сюжетности. Актуализируется небольшое количество стереотипных мотивов, рассказы по картинкам отличаются банальностью, однообразием. В рассказах по рисунку человека может прямо отражаться обедненная мотивационная структура пациента (*«девушка работает в фирме сотовой связи секретарем, в свободное время вяжет, ни к чему не стремится»*).

Б. Психодиагностика эмоционально-личностного дефекта

Психодиагностика эмоционально-личностного дефекта при эндогенной психической патологии, прежде всего, при шизофрении, является важной проблемой в связи с отсутствием специального методического инструментария. В случае выраженных дефектных состояний, в т. ч. при регистрации сужения мотивационно-потребностной иерархии, описанной выше, их оценка производится по данным клинико-психологической беседы и часто не требует использования специального психодиагностического инструментария. Однако при дифференциальной диагностике малопрогрессирующих форм шизофрении со стертыми проявлениями дефекта и непроцессуальных пограничных расстройств, что составляет одну из дискуссионных проблем современной психиатрии, использование подобного методического инструмента становится необходимым. Сложности определения четких клинико-психопатологических критериев указанных нозологических групп возросли как в связи с расширением спектра пограничной патологии, так и тенденцией к «смягчению» форм течения шизофрении, появлению множества переходных, «стертых» вариантов со значительным удельным весом личностных аномалий в картине нарушений по типу «псевдопсихопатий» (Смулевич А. Б., 2009). В связи с данными факторами наибольшие дифференциально-диагностические трудности касаются разграничения малопрогрессирующего эндогенного процесса и конституциональных расстройств личности, а также патохарактерологических личностных развитий вследствие затяжных психогений.

Обозначенная проблема требует расширения арсенала диагностического инструментария с использованием не только клинико-психопатологических, но и психологических критериев оценки. Выделение «мишеней» психодиагностической квалификации клинической феноменологии должно опираться и на дополнительные методологические основания, встроенные в логику патопсихологического синдромного анализа и обеспечивающие дифференциацию структуры личности при пограничных расстройствах и малопрогрессирующих формах шизофрении. Подобный методологический ресурс можно выделить в современной психоаналитической теории объектных отношений, реализованный в представлениях о структурном диагнозе, встроенных в традицию исследования различных нарушений самосознания (Соколова Е. Т., 1990), а также внесших важный вклад в пересмотр классификации психических болезней DSM-IV (Кернберг О., 2005). Согласно данным представлениям, основной «мишенью» диагностики становится личность, которая может функционировать на трех уровнях психической организации: относительно «здоровом», условно нормативном невротическом; охватывающем спектр пограничной патологии пограничном; определяющем ее особенности при эндогенных расстройствах психотическом. Соответственно диагностические акценты смещаются с клинической картины заболевания на личность в условиях болезни, что включает как ее преморбидную оценку, так и стратегии компенсации и декомпенсации. Выделяются следующие критерии определения уровня личностной организации: 1) тестирование реальности, в т. ч. социальной; 2) тип и уровень защитных механизмов; 3) степень интеграции идентичности (Кернберг О., 2005).

Обозначим особенности функционирования личности на психотическом уровне при малопрогрессирующих формах шизофрении в рамках описанных критериев. Тестирование реальности как способность разграничивать внешний и внутренний мир, т. е. отсутствие галлюцинаторно-бредовой симптоматики сохранно, однако, оказывается нарушенной возможность соотносить собственное поведение, мысли и чувства с требованиями социума.

Данный критерий является основным параметром дифференциации процессуальных нарушений и пограничных расстройств личности. Защитные механизмы при психотическом уровне личностной организации отличаются отсутствием разнообразия и гибкости; отмечается дефицитарность и незрелость их форм, выстроенных на основе принципа расщепления. Идентичность характеризуется как дезинтегрированная: в основе феномена «диффузной идентичности» лежит невозможность проводить различия между представлениями о себе и других. Феномен «диффузной идентичности» при пограничных личностных расстройствах проявляется в трудностях интеграции «хороших» и «плохих» качеств себя и других в единую целостную концепцию личности (Кернберг О., 2005).

Обращение к традициям патопсихологического синдромного анализа в случае необходимости дифференциальной диагностики малопрогрессирующих форм шизофрении и пограничных расстройств личности обнаруживает недостаточность психодиагностического инструментария именно в отношении регистрации тонких нарушений эмоционально-личностной сферы, отражающих специфику не резко выраженного психопатоподобного дефекта по типу фершробен, или «патологической аутистической активности» с нарушением тестирования социальной реальности и гипертрофией патологических личностных черт (Смулевич А. Б., 2009). Необходимость разработки новых методических критериев оценки эмоционально-личностной сферы при малопрогрессирующих формах шизофрении также обуславливается тем фактом, что структуры патопсихологических синдромов при данной нозологии и пограничных расстройствах личности во многом сходны. Практически отсутствуют нарушения мышления по эндогенному типу; когнитивные процессы так же, как и при психопатическом патопсихологическом синдроме, аффективно дезорганизованы и опосредованы субъективным опытом.

Наиболее перспективным для оценки специфики личностной организации психотического уровня, на наш взгляд, является Тематический Апперцептивный Тест и «Рисунок человека», в рам-

ках которых разворачивается проективная продукция пациентов в широком социальном пространстве межличностных отношений. Наметим возможные критерии оценки и специфику проективных рассказов больных с малопрогрессирующими формами шизофрении с точки зрения параметров эмоционально-личностного дефекта: 1) социальная компетентность; 2) социальная предсказуемость; 3) эмоциональная компетентность; 4) личностная направленность; 5) интеграция идентичности.

1) Социальная компетентность

или степень социальной адекватности рассказов по рисунку человека или картинкам ТАТа: сюжеты пациентов или полностью формализованы и лишены какой-либо социальной структуры («*это мужчина и женщина, просто сидят, он немного отвернулся*» (4)), или представляют собой сказочные, гротескные, нелепые истории, рассказываемые по ролям («*жила была красивая молоденькая девушка, все хотели только ее, и захотел ее старый, лысый, морщинистый олигарх, она подставила шкатулочку да и говорит: «заполнишь ее доверху золотом и бриллиантами – буду твоей»* (6GF)), сюрреалистические псевдосоциальные рассказы («*муж и жена живут в лесу, думают об экопоселении как факторе товарообмена, баба птицу кормит, а мужик дрова колет, общаются с людьми через всемирную паутину, имеют двух детей, жена хочет третьего, муж относится к этому с пониманием, они хотят строить дома для путешественников*», «*дядька лузгал много семечек, теперь ему вырезает аппендикс первоклассный хирург, в будущем он снова сядет за шоферную баранку комбайнера*» (8BM)).

2) Социальная предсказуемость

или степень целостности рассказов и их критической оценки: в сюжетах пациентов наблюдаются нереалистичные окончания рассказов, их несоответствие завязке истории, что отражает нарушение социального прогнозирования («*как-то раз заподозрил муж жену в измене и побил немного, да так, что упала она на кровать без чувств, они помиряются и все у них будет хорошо*»

(13MF), *«последний день Помпеи, девушка выползла из-под обломков, вот чудище какое-то ползет из норы, девушка знает, что она пойдет и начнет новую прекрасную жизнь»* (11), *«бабушка о чем-то думает, мужчина стоит, горе случилось, что-то потерял, может, ключи от дома, надо решать проблему, если напускная штукавина не будет происходить, придут к общему знаменателю»* (6BM).

3) Эмоциональная компетентность

или степень эмоциональной уплощенности и неадекватности: сюжеты больных либо не включают эмоционального взаимодействия между персонажами и подменяются формальными обобщениями, либо в рассказах присутствует избыточная идентификация с персонажами социально гипертрофированных сюжетов, в которых переживания героев не реалистичны; характерно игнорирование заложенного эмоционального подтекста в картинках (*«один человек подставил другого, они друзья по работе, может, он его увольняет и раздосадован, все пройдет, природа не терпит подобного накала, он энергетический вампир и высасывает всю энергию, но никто не идеален, только Кришна»* (7BM), *«умерла жена, муж пришел после работы и убил ее, неразделенная любовь, семейные конфликты, он плачет, потому что любил ее»* (13MF)).

4) Личностная направленность

или тип и уровень защитных механизмов: в сюжетах больных отсутствует связность и целостность, рассказы представляют собой отдельные расщепленные фрагменты (*«одна женщина душист другую, в будущем они помирятся и пойдут вместе пить чай»* (18GF)), регистрируется общая регрессивная направленность изменений личности с акцентом на теме детско-родительских отношений (*«мужчина чем-то нахмурен, может, мать пытается его отчего-то отговорить, ему это не очень нравится, по его чертам лица можно понять, что он согласится с ней, хотя будет расстроен»* (6BM), *«сын сообщил неприятную новость матери, что он уезжает, он переживает из-за рас-*

стройства матери, она даст ему напутствие, и он соберет вещи» (6ВМ)).

5) Интеграция идентичности

или степень и стабильность идентификации с персонажами рассказов, способность проводить границу между образами себя и других: в рассказах больных или отсутствует идентификация с персонажами, или регистрируется идентификация то с женскими, то мужскими персонажами; характеры героев не выстроены или расщеплены, не раскрывают единой, целостной концепции личности (*«это деревня, дамочка идет после учебы, занималась интеллектуализмом, другие люди пахнут поле, она не желает выполнять работу, которую ей впаривают другие, лучше выполнять свой долг плохо, чем чужой хорошо, попытаются загнать ее в поле и заставить сделать не ее работу» (2)).*

Таким образом, интеграция традиции отечественной психологии с некоторыми методологическими принципами теории объектных отношений обогащает психологический инструментарий новыми критериями оценки, служащими цели дифференциально-нозологической диагностики.

В. Структурные неспецифические феномены нарушения личности

Данные нарушения можно диагностировать при различных нозологических формах, однако, наибольшую диагностическую ценность они имеют при анализе различных расстройств личности. Структурные неспецифические личностные феномены можно свести к трем основным проявлениям: 1) *эмоционально-личностная незрелость*; 2) *диффузия идентичности*; 3) *феномен «слипания» Я-реального и Я-идеального*. Указанные феномены охватывают расстройства личности пограничного уровня в терминологии теории объектных отношений, которые в психиатрическом тезаурусе соответствуют старому термину «психопатия», или «специфическое расстройство личности» в МКБ-10 и являются наименее специфичными для типа личностного расстройства.

1) Эмоционально-личностная незрелость

Данный феномен отражает общую инфантильную структуру личности, которая наиболее полно может быть зарегистрирована при анализе проективных методик. На эмоционально-личностную незрелость указывает детская манера рисования в методике «Рисунок человека», приписывание нарисованным персонажам более младшего возраста по сравнению с возрастом подэкспертного, актуализация темы детско-родительских отношений в рассказах по рисункам человека и картинкам ТАТa в контексте нехватки эмоционального тепла и близости («красивая девочка в бантиках и завитушках, ей читает гувернантка, у девочки в руках уже сто первая кукла, а гувернантка хочет ее разглядеть, а девочка тоскует по маме» (7GF)), нерешенной проблемы сепарации («сын сообщил неприятную новость матери, что он уезжает, он переживает из-за расстройства матери, она даст ему напутствие, и он соберет вещи» (6ВМ), «мужчина чем-то нахмурен, может, мать пытается его отчего-то отговорить, ему это не очень нравится, по его чертам лица можно понять, что он согласится с ней, хотя будет расстроен» (6ВМ)), недостаточно простроенная система зрелого целеполагания персонажей («эта девушка живет в свое удовольствие, ни о чем не заботится, ничего не планирует, у нее есть богатый муж»). В цветовом тесте Люшера инфантильность может выражаться в выборе на первые позиции фиолетового цвета, репрезентирующего потребность в симбиотической связанности и эмоциональной зависимости, что часто сочетается с пиком по шкале депрессии в опроснике ММИЛ, также указывающем на симбиотические тенденции с интрапунитивностью. Следует отличать феномен эмоционально-личностной незрелости от механизма регресса личности, в котором отражена процессуальная сторона изменений личности, выражающейся в нарастании инфантильных черт. Общая регрессивная направленность изменений личности феноменологически близка к эмоционально-личностной незрелости и регистрируется в рамках процессуальных заболеваний (шизофрении, эндогенных аффективных расстройств), органических поражениях мозга (эпи-

лепсии, алкоголизме, прогрессирующей деменции), стойких личностных декомпенсациях вследствие наличия хронической психотравмирующей ситуации или соматического заболевания (патохарактерологического развития личности). При личностном регрессе больные обычно изображают детей в рисунках; проективные рассказы отражают наиболее ранние фундаментальные потребности (физиологического комфорта, заботы), орально-рецептивные установки, фиксацию на материнской фигуре, что, например, может быть отражено в «слитном» с телом характере изображения платья женской фигуры (Маховер К., 2006).

2) Диффузия идентичности

Данный феномен дополняет оценку эмоционально-личностной зрелости, основан на структурных критериях, предложенных О. Кернбергом в рамках психоаналитической диагностики (Кернберг О., 2005), и описывает нарушение интеграции идентичности – степени целостности представления о себе и значимых других. Хорошо интегрированная идентичность предполагает стабильность и глубину взаимоотношений со значимыми другими, постоянство Я- и объект-репрезентаций, что выступает характеристиками качества объектных отношений. Как уже отмечалось при обсуждении психологических параметров эмоционально-личностного дефекта, при психотическом уровне личностной организации в основе феномена «диффузной идентичности» лежит невозможность проводить различия между представлениями о себе и других. Феномен «диффузной идентичности» при пограничном уровне личностной организации, который соответствует содержанию личностного расстройства в психиатрической терминологии, проявляется в трудностях интеграции «хороших» и «плохих» качеств себя и других в единую целостную концепцию личности (Кернберг О., 2005). Диффузная идентичность при психотическом уровне личностной организации выступает одной из характеристик эмоционально-личностного дефекта, специфика которой обсуждалась выше. При пограничном уровне феномен «диффузной идентичности» при анализе проективных рассказов по рисунку человека и картинкам ТАТa проявляется в приписыв-

вании персонажам поляризованных личностных характеристик в контексте проблемы социального неравенства («этот мужчина обычный колхозник, пашет поле, интеллект ему не позволяет думать о высоком, у барышни явно иной жизненный путь, она образованная, интеллигентная, мечтает вырваться из села и уехать в большой город» (2), «женщина успешная, деловая, имеет свой бизнес, целеустремленная, другая девушка ей завидует, она не умна и не красива» (9GF)); поляризации гендерных ролей, при которой мужчина предстает как властный, соблазняющий, обманывающий, а женщина как пассивная, подчиняемая («мужчина хочет получить от женщины деньги за помощь» (4), «он уже удовлетворился и не хочет платить ей деньги, девушка в него влюблена» (13MF), «муж изменит ей в командировке» (10), «до этого он соблазнил ее в ресторане, был алкоголь...в будущем он уйдет, а она проснется в алкогольном опьянении, торможении и тревоге...он будет радоваться на свою жену» (13MF), «девушка с монашескими взглядами, очень религиозная, духовно развитая, мужчина стриптизер, следит за своей внешностью, но не занимается своей духовностью, курит, пьет, употребляет наркотики, а потом танцует...он альфонс, спит с женщинами за деньги»). «Хорошие» и «плохие» образы могут не жестко закрепляться за персонажами, но в каждом сюжете прослеживается взаимодействие героев, каждый из которых наделен взаимодополняющими качествами («ум – глупость», «успешность – неуспешность», «целеустремленность – бесцельность», «активность – пассивность», «духовность – безнравственность» и т. д.). Также признаком диффузии идентичности является прямая проекция собственной личности на героев картинок ТАТа или персонажей нарисованных пациентами рисунков, что указывает на сужение проективного пространства личности.

3) Феномен «слипания» Я-реального и Я-идеального

Данный феномен отражает недифференцированность представлений о собственных реальных и желаемых, идеализированных личностных качествах и может быть зарегистрирован с помощью методики исследования самооценки Т. Дембо – С.Я. Ру-

бинштейн (Рубинштейн С. Я., 1970). При «слипании» Я-реального и Я-идеального обследуемый либо оценивает реальное и желаемое положение на той или иной шкале на одном уровне, либо предполагает, что может легко достигнуть собственной идеальной оценки. Данный феномен может встречаться изолированно по какой-то одной шкале («ум», «здоровье», «характер», «счастье» и др. дополнительные шкалы) или сразу по нескольким шкалам; степень генерализации подобного «слипания» отражает выраженность описанного феномена.

Г. Структурные специфические феномены нарушения личности

Структурные специфические феномены нарушения личности являются важными составляющими типологической диагностики расстройств личности. Согласно теоретическим позициям теории объектных отношений, следует различать структуру личности в норме и в патологии; в последнем случае структурные особенности личности соответствуют нормативным того же типа, но отсутствует адекватная компенсация структурного дефицита, что может приводить к дезадаптации как на аффективно-поведенческом, так и соматическом уровне, требующей стационарного или амбулаторного лечения. В широком смысле о структурном личностном дефиците можно говорить при любой психической патологии, что позволяет при патопсихологическом исследовании различать нозологически-специфичные феномены нарушения психических процессов и особенности функционирования личности в условиях болезни, в т. ч. выделять механизмы личностной компенсации. В узком смысле понимание структурных особенностей личности позволяет описывать механизмы личностной дезадаптации при широком спектре пограничных психических расстройств (расстройствах личности, невротических и психосоматических расстройствах). Ниже приводится таблица 1, основанная на структурных критериях типологической диагностики личности и ее нарушения, предложенных в рамках психоаналитической теории объектных отношений (Мак-Вильямс Н., 2001).

Таблица 1

ТИПОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ЛИЧНОСТИ

Тип структуры (расстройств) личности	Характеристика темперамента, особенностей влечений, поведенческих стратегий, ведущие аффекты, основная феноменология личности	Адаптационные и защитные механизмы	Паттерны объективных отношений	Собственное Я	Способ поддержания самоуважения	Основной внутрилличностный конфликт
Асоциальное	Агрессивность и высокий порог чувствительности, зависть	Всемогущий контроль, проективная идентификация, диссоциация, отыгрывание вовне	Суровая дисциплина или сверхпопечительство	Слабое Я – Всемогущее Я	Прямая манипуляция, жестокость, давление, сила	Чувство уязвимости не достижимо в связи с тотальностью агрессии и дефектом Супер-Эго
Нарциссическое	Чувствительность к эмоциональным посланиям, эмоциональная «пустотность», стыд, страх, зависть, ярость	Идеализация, обесценивание, перфекционизм, максимализм	Скрытое отвержение и условное принятие; депривация; гиперопека	Хрупкое Я – Грандиозное Я	Эксплуатация и восприятие других как селф-объектов, нарциссических расширений; мотив достижения	Конфликт между высоким уровнем притязаний и низкой самооценкой, завистью от одобрения и восхищения и ориентировкой на внутренние критерии
Параноидное	Агрессивность, низкий стимульный барьер, возбудимость, зависть, мстительность, страх, вина	Проективная идентификация, отрицание, реактивное обращение	Подавление, унижение, критицизм, сарказм; неспособность контейнировать тревогу ребенка	Униженное Я – Всемогущее Я	Напряжение сил в борьбе против авторитетов или людей, надежных сил и властию	Конфликт между стремлением к близости и принятием базовым недоверием к людям

Шизоидное	Гиперреактивность и сензитивность, сниженные либидо	Уход во внутренний мир, проекция, обесценивание, идеализация, изоляция аффекта от когнитивной, сублимация	Гиперопека и сверхвотворжение; амбивалентность матери; депривация в любви	Нонкомформное, самобытное, индивидуальное, отличное от других Я	Подчеркивание индивидуальности и непохожести на других, творческое самовыражение	Конфликт близости-дистанции
Обсессивно-копульсивное	Гнев под контролем, страх, стыд, вина	Изоляция и когнитивные защиты, реактивное обращение, уничтожение сделанного, поведенческие стратегии (ритуалы)	Сверхконтролирующий или попустительский стиль воспитания	Высокоравственное Я – Аморальное Я	Соответствие высоким моральным стандартам, думание и делание	Конфликт между интенсивностью желаний и жесткими моральными запретами на их реализацию
Депрессивное	Это-синтонная вина, печаль, аутоагрессия	Интроекция, обращение против себя, идеализация	Депрессия родителей, опыт потерь, табуирование переживания боли, отсутствие сепарации	Плохое, заслуживающее отвержения и наказания Я	Глобализация плохости, филантропическая активность	Конфликт между потребностью в любви и оценкой себя как недостойного ее
Маниакальное	Высокая возбудимость, энергичность, переключаемость, гнев, тревога	Отрицание, отригирование обесценивание, всемогущий контроль	Выраженный опыт потерь и сепарации; перезды; эмоциональное пренебрежение; плохое обращение	Всемогущее Я, отрицающее переживание боли	Избегание боли, приподнятое настроение, очарование окружающих	Конфликт между потребностью в близости и страхом потери объекта привязанности

Мазохистическое	Сознательная печаль, бессознательная вина, гнев, обида	Интроекция, обращение против себя, идеализация, отреагирование, морализация	Жестокое обращение; внимание в момент страдания; культивация мазохистической позиции – закрепление в опыте связи страдание-любовь	Недостойное, виновное Я – Грандиозно страдающее Я	Стойкое терпение плохого обращения	Конфликт между интенсивностью чувства гнева и запретом на его осознание и отреагирование вовне
Истерическое	Гиперсензитивность, социофилличность, бессознательная тревога, стыд, вина	Вытеснение, диссоциация, сексуализация, регрессия, контрфобическое отреагирование	Поляризация гендерных ролей в семье; амбивалентность матери	Напуганное, инфантильное, дефективное Я	Бессознательная манипуляция, достижения, силы и статуса мужского пола, спасение других	Конфликт между мужскими и женскими составляющими гендерной идентичности
Диссоциативное	Межличностная сензитивность, способность к аутоутгестии, неспособность перерабатывать аффект	Вытеснение, диссоциация	Травматический абьюз	Расщепленное, фрагментированное Я	Диссоциация	Конфликт между содержанием вытесненного и его угрозой для целостности Я

Представим примеры описания различных параметров типологической структуры личности (как в рамках индивидуальной нормы, так и при пограничных расстройствах) из психодиагностических материалов.

1) Асоциальная структура личности

Центральным феноменом при данной структуре личности выступает агрессия, операциональные критерии которой были представлены выше (*Оценка актуальных эмоциональных состояний*). В профиле ММИЛ обычно можно увидеть пик (или провал при высоком уровне социального контроля агрессии) по шкале психопатии (реализация эмоциональной напряженности в непосредственном поведении), по наполнению соответствующей психопатии в узком смысле, т. е. социопатии. Также обычно в профиле наблюдаются подъемы по «стеническим» шкалам (аффективной ригидности, гипомании). При более компенсированном варианте асоциальной структуры личности в профиле можно заметить повышение показателей по шкалам лжи и коррекции, отражающие установку на социальную желательность, диссимуляцию характерологических нарушений. Специфические защиты могут быть зарегистрированы при анализе проективных рассказов по картинкам ТАТa: всемогущего контроля («*мужчина рассержен, отворачивается от женщины, но не сможет уйти, она полностью владеет им, она из обеспеченной семьи, содержит его, ему некуда деваться*» (4)); отыгрывания вовне («*муж избил жену за излишнюю самостоятельность*» (13MF), «*мать накажет дочь за непослушание*» (7GF)), диссоциации как эмоциональной изоляции от негативного поступка, отражающей специфический дефект Супер-Эго («*мужчина убил любовницу, он ее слишком ревновал, теперь вытирает пот со лба, чувствует себя усталым*» (13MF)). Проективные рассказы содержат репрезентацию паттерна объектных отношений, основанных на принуждении, использовании, демонстрации силы («*мужчина хочет получить от женщины деньги за помощь*» (4), «*этот мужчина похож на бандита, он допрашивает молодую даму, шпионку, она*

испугана, но вряд ли что-то скажет, он станет ее пытать, засовывать иглы под ногти» (6GF), «мужчина пришел к любовнице, он просто использует ее для секса, ради забавы, и даже денег не платит» (13MF), «помощница душит пожилую женщину, чтобы прибрать к рукам ее драгоценности» (18GF)). В рассказах типична идентификация с агрессором, выражаемая либо в появлении прямой речи от лица персонажа, либо более полном его описании, что отражает типичный способ поддержания самоуважения в форме демонстрации силы и власти, нарушения социально приемлемых форм поведения вследствие дефицита контроля над импульсами, отсутствия внутренней морально-этической системы регуляции поступков.

2) Нарциссическая структура личности

Так же, как и асоциальная структура, нарциссическая структура личности включает агрессию в качестве базового аффекта. О. Кернберг, отмечая внутреннюю общность данных структур, выделяет единый континуум, на одном полюсе которого находится асоциальная структура, на другом – относительно «мягкие» формы нарциссизма; промежуточной формой выступает «злокачественный» нарциссизм с Эго-синтонным асоциальным поведением (Кернберг О., 2005). Основным дифференциальным критерием нарциссической структуры выступает способность к идеализации и переживанию внутренней уязвимости при сходном с асоциальным типом феноменом фасадного грандиозного Я. Соответственно и агрессия в структуре личности может быть выражена косвенно или подавлена факторами социального контроля и поиска социального одобрения. Профиль ММИЛ часто имеет «утопленную» форму со снижением всех показателей основных шкал и повышением по служебной шкале коррекции, отражающим конвенциональность личности, установку на социальную нормативность. Также типичным для нарциссической структуры личности является одновременные пики по шкалам истерии и аутизации. Данная дисгармоничная конфигурация отражает основной самооценочный конфликт при нарциссической структуре:

демонстративность с поиском внимания, восхищения и одобрения, с одной стороны, и дефицит эмпатии, ориентировка на внутренние критерии оценки, переживание чувства собственной уникальности и неповторимости, с другой. Структура грандиозного Я проявляется в подчеркивании собственной уникальности, исключительности, значимости, опоре на внешние атрибуты величия (статус, материальное благосостояние). Так в рассказах по картинкам ТАТа присутствует подчеркивание неравенства персонажей, мотивы превосходства и величия («*мужчины работают в поле, а женщины готовят для них...дочка занимается с гувернанткой более утонченными делами*» (7GF); «*девочка из благополучной семьи с няней*» (7GF); «*эти две девушки куда-то спешат, одна из них барышня, другая служанка...они живут в пригородной усадьбе...родители привезли дочке дорогие платья, украшения*» (9GF); «*это Набоков со своей женой Еленой, тут они уже живут в Швейцарии, она была его стенографисткой всю жизнь, он старше, попрекает ее, но он же гениальный писатель, они решат все вопросы*» (6GF), «*белый квадрат Малевича*» (16); в рассказах может присутствовать мотив насильственного брака в целях «увеличить престиж семьи»). Феномен дефицита эмпатии, эмоциональной «пустотности» может проявляться в формальных, коротких проективных рассказах как по картинкам ТАТа и по рисункам с отсутствием эмоционального наполнения взаимодействия персонажей, трудностях описания мира внутренних переживаний героев, идентификации с их чувствами. Картинки могут репрезентироваться как образы художественной литературы и кинематографии («*ферма времен Ахматовой*» (2), «*времена Мэрилин Монро*» (4), «*кадр из фильма «Место встречи изменить нельзя»*» (7ВМ), «*сцена из «Грозы» Островского*» (17GF)) с повторением соответствующих сюжетов, отсутствует собственная творческая фантазия. Нарциссической структуре сопутствует использование защитных механизмов идеализации и обесценивания (в рассказах может идеализоваться семья, которая «*счастливо собирается вместе за столом, чувствует единение*» (2); «*это Марина Цветаева, которая жила*

в притоне, за тряпками, ее внутренние крылья обломались из-за невозможности устроить свой быт и преодолеть убогое существование, она гениальна, все будут обожать ее» (8GF); идеализация и обесценивание могут быть представлены в гендерном контексте – «девушка с монашескими взглядами, очень религиозная, духовно развитая», «мужчина стриптизер, следит за своей внешностью, но не занимается своей духовностью, курит, пьет, употребляет наркотики, а потом танцует...он альфонс, спит с женщинами за деньги» (из рассказов по методике «Рисунок человека»). Обратной стороной фасадной фальшь-структуры Грандиозного Я выступает «хрупкость», уязвимость Я, что отражает феномен расщепленной самооценки и переживания стыда (например, выражая отношение к собственным проективным рисункам, пациенты могут употреблять такие выражения как «уродство какое-то!», «страшный, уродский человек!», «голова – жуть!», «она не справилась с задачей, провалилась, теперь ей стыдно»). В сфере объектных отношений диагностируется латентно-отвергающий стиль родительского поведения: при обеспечении родителями материального благополучия ребенка отсутствует эмоциональное принятие вне рамок соответствия пациентов родительским стандартам (данный стиль находит отражение в картинках ТАТа – «начнется общее семейное мероприятие, чаепитие... родители ездили в город и привезли ей подарки, а она ждет с нетерпением новых платьев и украшений, она счастлива» (7GF), «девочка скучает с няней без мамы, ей не хватает заботы и любви» (7GF), «это приемная нелюбимая дочь, у нее совсем другие интересы, родители – крестьяне, а она хочет учиться» (2); характерных самоописаниях, отражающих нехватку заботы и эмоционального тепла – «я словно кошка или собака, которая спит зимой на люках в поисках тепла»). Характерна высокая мотивация достижения и конкуренции, выстраивание жизни как процесса целеполагания как доминирующие способы поддержания самоуважения («человек пашет землю, он стремится сделать какой-то результат, с нуля начал, процесс преодоления, достигает целей...и девушка занимается чем-

то, видит путь, который к результату приведет, стремится к цели» (2)).

3) Параноидная структура личности

В структуре параноидной личности также на первый план выступает феномен агрессии, выступающий в качестве защиты чувства базовой небезопасности и выражающийся в конкурентных мотивах по отношению к людям, наделенным властью, чувстве нарушения прав и притеснения, что можно зарегистрировать в проективных рассказах («конфликт подчиненного и начальника, его хотят незаконно уволить с работы, он подал жалобу в высшие инстанции, теперь идет обсуждение» (7BM), «женщина испуганно повернулась к мужчине с трубкой, она его секретарша, видно, как он нависает над ней, хочет принудить ее к сексуальным отношениям» (6GF)). В профиле ММИЛ обычно отмечается повышение значений по шкале аффективной ригидности с менее выраженными пиками по другим «стеничным» шкалам (психопатии, гипомании); конфликтная дезадаптивная конфигурация может возникать, когда недоверие и враждебность по отношению к людям сочетается со склонностью к зависимым отношениям и интрапунитивностью (подъемы по шкалам аффективной ригидности и депрессии) или демонстративностью, зависимостью от социального одобрения и внимания (подъемы по шкалам аффективной ригидности и истерии). Повышенная подозрительность параноидных личностей находит выражение в защитном механизме проекции, представленном в мотиве «хранителя тайны» («этот мужчина спрашивает у девушки что-то неприятное, он узнал какую-то ее тайну, он хранитель секрета» (6GF), скрытых намерений («мужчины сидят на спектакле и обсуждают дела по работе, они коллеги на задании, они в театре только для виду, на самом деле они на задании» (7BM)), ревности, измены и мщения («девушка опирается о дверь, плачет, ей изменил муж, она в ярости, будет мстить» (3GF), «мужчина злой-презлой, кому-то навалиет, приревновал свою красивую девушку, видимо, кто-то на нее пялился» (4), «муж убил свою жену

из ревности, заподозрил в измене» (13MF)), приписывании одних персонажей другим негативных личностных качеств («тут лестница, хозяйка трясет домработницу, подозревает ее в краже драгоценностей, хотя, может, сама, старая, сунула куда-то их и забыла» (18GF), «две девушки бегут купаться, одна не успевает за другой, та, что первая бежит, кричит второй: «Не завидуй, лучше быстрее передвигай ногами»» (9GF)). Объектные отношения отражают мотивы унижения, насмешки («мама учит дочку читать, ей это с трудом дается, мама называет ее «глупенькой», но любит» (7GF), «это какая-то конференция, старший препод задает каверзные вопросы младшему, насмехается над его растерянностью» (7BM)). Самоуважение параноидной личности поддерживается за счет конфронтации с авторитетными людьми («этот человек очень смелый, он никогда не боится высказать свое мнение начальнику, всегда готов поспорить с ним и пресечь его административный произвол, начальник его сам боится и уважает» (7BM)).

4) Шизоидная структура личности

Центральной личностной характеристикой при шизоидной структуре выступает сензитивность, ранимость, «хрупкость» внутреннего мира, что формирует закрытый, аутизированный паттерн поведения как защиту чувства базовой небезопасности, в отличие от параноидных личностей, которые защищаются стеничным агрессивным нападением на социальное окружение. Для шизоидной структуры в профиле ММИЛ характерны высокие значения по шкалам аутизации и социальной интроверсии при умеренном пике по шкале депрессии с ориентацией на внутренние критерии, с неудовлетворенной потребностью в контактах и трудностями социальной адаптации, что репрезентирует основной внутриличностный конфликт – «близость-дистанция», при котором сензитивность, потребность в симбиотической связанности с другими блокируются эмоциональной отгороженностью, страхом поглощения со стороны значимых объектов привязанности. Специфические защиты могут быть зарегистрированы при

анализе проективных рассказов по картинкам ТАТa: ухода во внутренний мир («*мужчина отвернулся от женщины, хочет расстаться с ней, она отпустит его, погрузится в свою потерю и попытается понять, какой смысл есть в ней самой, не зависимо от этого мужчины*») (4), «*девушка читает под одеялом любовный роман в тайне от мамы, мечтает о сказочной любви*» (5), «*она свободная независимая женщина, не нуждается в других, в ней целый интереснейший мир*» (5), «*жилище – это его норка, где можно спрятаться от людей*» (19)), изоляции аффекта («*она не станет долго печалиться, когда муж ее все же оставит, она сильная женщина*») (4), «*эта пара расстанется в будущем, каждый решит, что так лучше и пойдет своей дорогой*» (4)). Паттерн объектных отношений отражает мотив отвержения и эмоционального пренебрежения («*сбор урожая, женщина тут явно лишняя, она сельская учительница, пришла поговорить о ребенке, но родители не расположены говорить, нужно работать в поле, у них натянутые отношения*») (2), «*мужчина расстается с женщиной, она его не может удержать, он принял решение*») (4), «*красивая девочка в бантиках и завитушках, ей читает гувернантка, у девочки в руках уже сто первая кукла, а гувернантка хочет ее разглядеть, а девочка тоскует по маме*» (7GF)). Самоуважение шизоидной личности поддерживается творческой активностью, подчеркиванием собственной уникальности и отличности от других людей («*не люблю большие компании, предпочитаю одиночество или узкий круг близких друзей, я – созерцатель жизни, всегда считала себя «лишним человеком», как у Лермонтова, но я не жду, что меня поймут, и не нуждаюсь в этом*»).

5) Обсессивно-компульсивная структура личности

Центральным аффектом при обсессивно-компульсивной структуре выступает гнев под контролем жесткого Супер-Эго, что в профиле ММИЛ находит выражение во внутриличностном конфликте, связанном с блокадой гетероагрессии. При таком типе профиля обычно наблюдается одновременное повышение зна-

чений по «астеническим» шкалам, в частности, шкалам «невротической триады», и пик по шкале психопатии, при котором прямая реализация эмоциональной напряженности, интенсивных влечений блокируется и проявляется косвенным образом. Также регистрируется умеренный пик по шкале аффективной ригидности. Так же, как и при асоциальной и нарциссической структуре, у обсессивно-компульсивной личности чрезмерный социальный контроль агрессии может проявиться, наоборот, в «провале» показателей по шкале психопатии. В проективных материалах доминирует мотив озабоченности морально-нравственными проблемами персонажей (*«мужчина пришел к любовнице, он первый раз изменил жене, отвернулся от любовницы, закрыв лицо рукой, ему стыдно»* (13MF), *«она продает любовь за деньги, ниже уже некуда опуститься»* (13MF)), отмечается высокая конфликтность сферы сексуальности (в рисунках герои, особенно женские, изображены в строгой, закрытой одежде; наблюдается подчеркивание пояса и штриховка в области гениталий, включение пуговиц, что свидетельствует о сдерживаемой сексуальной озабоченности; может присутствовать фаллическая символика или, наоборот, отрицание сексуальной агрессии – *«женщина тяжело больна, лежит в постели, этот человек ухаживает за ней, возможно, она при смерти, поэтому он так расстроен»* (13MF)), мотив постоянных сомнений в личностном выборе (*«сын сообщает матери, что переезжает в другой город, он все еще сомневается, правильно ли поступает, оставляя пожилых родителей»* (6BM)). Доминируют когнитивные защиты, категория чувств часто отсутствует в проективных рассказах (*«женщина приходит помочь больной соседке, приносит ей продукты, сейчас подхватила ее на лестнице, позвонит в скорую, она всю жизнь была порядочной»* (18GF), *«мужчина думает о том, как правильно вспахать поле, его жена беременна, думает о ребенке, сельская учительница размышляет, как уедет в город после лета»* (2)). Паттерн объектных отношений отражается в патерналистской, воспитывающей, назидательно-контролирующей позиции (*«мама оторвала*

дочку от игры, но маме перечить нельзя, дочке придется смириться и слушать рассказ, который она читает, иначе мама строго ее накажет» (7GF), «мать поучает взрослого сына, как ему правильно вести себя с женщинами, сын относится к этому с уважением и послушанием» (6BM), «девочке хочется подольше погулять, но мама не разрешает ей гулять позже десяти часов, приличные девушки по вечерам сидят дома» (7GF)). Самоуважение поддерживается за счет следования высоким внутренним моральным стандартам («это человек с высокими нравственными идеалами, он никогда не обманывает, не берет взятки, держит в «узде» свое животное начало, сексуально воздерживается» (13MF)).

6) Депрессивная структура личности

Центральным феноменом при данной структуре личности выступает вина и депрессия, операциональные критерии которой были представлены выше (Оценка актуальных эмоциональных состояний). В профиле ММИЛ регистрируются пики по шкалам депрессии и тревоги, представляющие личность как сензитивную, ранимую, интрапунитивную, склонную к симбиотическим отношениям, с заниженной самооценкой. «Стеничные» шкалы обычно «утоплены», что указывает на мягкость, высокую толерантность к людям, несклонность к гетероагрессии. Заниженную самооценку можно зарегистрировать с помощью шкал самооценки Дембо-Рубинштейн, в которых также будет проследиваться принципиальная недостижимость идеальных оценок. В проективных рассказах отражается конфликт, связанный с потребностью в зависимости и представлением о собственной «плохости» и недостойности («она совершила что-то ужасное, ей нет прощения» (3GF), «мужчина все равно ее любит, она никак не может понять, за что же» (10), «мужчина не может принять подарка от этой пожилой женщины, она обижена, а он чувствует себя виноватым» (6BM)), мотив потери («у девушки случилось горе, она потеряла кого-то навсегда» (3GF)), отрицание агрессии («девушка просто больна, а молодой человек в отчаянии»

(13MF), «мать не может поверить, что отдает единственную дочь замуж» (7GF)), «они не дерутся, просто крепко обнимают друг друга» (18GF)), аутоагрессивные тенденции («мужчина не собирается выпрыгнуть в окошко» (14), «женщина чувствует себя никому ненужной, потерянной в этом мире, подумывает о самоубийстве» (17GF)); защитные механизмы интроекции («мужчина закрывает лицо руками, он не успел прийти вовремя и помочь своей жене, теперь она умерла, уже поздно, он винит во всем только себя» (13MF), «эта старая женщина сожалеет о том, как прожила свою жизнь, она так и не смогла никого осчастливить» (12F)), идеализации («деревенская идиллия, пашня, конец трудового будня, женщина блаженно прислонилась к дереву, тишина, счастье» (2), «абсолютно счастливая семья с дружественными отношениями» (2)). Паттерн объектных отношений отражает мотив расставания («у девушки с книгами грустные воспоминания о молодом человеке, что-то у них не сложилось, не разобрались в своих чувствах вовремя» (2), «нежная картинка, девушка провожает любимого на войну, может, не встретятся больше, с любимыми не расставайтесь» (10)). Механизм поддержания самоуважения отражается в мотиве «бескорыстной помощи» («по выходным эта девушка ходит в приют помогать ухаживать за бездомными» (2), «эта богатая штучка с добрым сердцем, отдает деньги на благотворительность» (6GF), «мужчина приходит к матери, чтобы сообщить, что получил диплом врача, у старушки в глазах трогательные слезы, ее сынишка всегда помогал другим, она гордится им» (6BM)).

7) Маниакальная структура личности

В основе маниакальной структуры лежит тот же паттерн объектных отношений, что и при депрессивной структуре, но имеющий больший потенциал травматизации, требующий отрицание боли и печали, их инверсии в энегичность, видимую веселость и беззаботность. В профиле ММИЛ может регистрироваться либо локальный пик по шкале гипомании, либо его сочетание с повышением показателей по шкале тревоги, отражающее менее орга-

низованную, хаотичную активность. Также возможно повышение значений по шкале истерии, отражающее театральность, демонстративность, потребность очаровывать окружающих и отрицать переживание психической боли («провал» по шкале депрессии). Проективные рассказы отражают гедонистические мотивы (*«двое возлюбленных в респектабельном ресторане немного повздорили, они оба любят жизнь, вкусную дорогую еду, получают удовольствие от всего, даже от этой небольшой ссоры»* (4), *«мужчина утирает пот со лба, он устал, проведя бурную ночь любви с прекрасной дамой, девушка удовлетворена, довольна и расслаблена»* (13MF), *«тут мужская костюмированная вечеринка, наверное, мальчишник, паренек решил жениться, все пьяны и веселы, наслаждаются жизнью, а жених жадно цепляется за последние минуты свободы»* (9BM)). Регистрируются защитные механизмы отрицания, в т. ч. негативных переживаний, боли и реальности расставания (*«девушка опирается о дверь и закрывает лицо руками, может, просто чихнула или рассмеялась, ну, точно ей расстраиваться не из-за чего»* (3GF), *«мужчина стоит среди могил, скорее всего, он пришел на старое кладбище-музей, тут похоронены многие великие люди, он приобщается к истории своей страны»* (15), *«мужчина и женщина нежно обнимают друг друга, они прощаются всего на несколько часов, вовсе не надолго, как же они друг друга любят – прощаются прям будто навсегда, даже слезу видно у девушки на щеке, хотя расстанутся всего лишь на миг»* (10)); отреагирования (*«мужчину бросила девушка, он не стал долго горевать, переспал с другой и утешился»* (13MF), *«пьяная девушка держится за косяк, залила свое горе алкоголем»* (3GF)), всемогущего контроля страдания (*«это простая деревенская семья, живут они где-то на краю земли и не знают горя больших городов, радуются своей беззаботной жизни»* (2)). Отрицание боли и очарование окружающих с недопущением близких эмоциональных связей и привязанности выступают как способы поддержания самоуважения (*«это Казанова, любитель женщин, он приносит им счастье, дарит незабываемое чувство того, что в этот самый момент ты единственная и*

самая прекрасная, прикасается к самому сердцу, его харизма оставляет свой след навсегда, даже, когда одним солнечным утром он исчезает, но дарит не чувство обманутости, а вечного праздника жизни» (13MF)).

8) Мазохистическая структура личности

Так же, как и при депрессивной структуре, при мазохистической структуре центральным феноменом личности выступает вина и депрессия, операциональные критерии которой были представлены выше (Оценка актуальных эмоциональных состояний). Если депрессивные личности переживают тотальное чувство собственной «плохости», то мазохистические личности находят источник своих страданий вовне, оправдывая и идеализируя агрессора. Также выраженным при данной структуре является феномен аутоагрессии, операциональные критерии которой были представлены выше (Оценка актуальных эмоциональных состояний). В профиле ММИЛ, помимо потенциально суицидальной конфигурации одновременного подъема по шкалам депрессии и психопатии, возможны другие пики по «астеническим» шкалам (ипохондрии, истерии, фемининности, тревоги), что указывает на конфликт с блокадой гетероагрессии и перенаправлением ее на себя как центральный для мазохистической личности. Помимо описанных для депрессивной личности психологических защит при мазохистической структуре регистрируется механизм морализации как реализующий феномен Грандиозно страдающего Я, поддерживающий самоуважение («*муж избил жену, он часто так делает, но она заранее простила его за это, она всегда это терпит, знает, что все равно муж любит ее*» (13MF), «*муж этой женщины давно погиб на фронте, она пронесла свою любовь к нему всю жизнь и осталась ему верна, теперь она стара и одинока, но с ней всегда ее воспоминания*» (12F), «*мужчина отвернулся от женщины, он никогда не любил ее, теперь ему особенно тяжело, он встретил другую, которую полюбил, но останется со своей женой, у них есть дети, ради них ему придется жить с нелюбимой, таков его долг*» (4)). Паттерн объектных от-

ношений отражает патологическую связь любви и страдания, культивацию последнего (*«эти люди очень любят друг друга, очень сильно, прям до ненависти, им нравится причинять боль друг другу, лишь после этого они могут ощутить всю сладость любви, лишь, умерев, можно почувствовать жизнь»* (4), *«грустная девочка слушает сказку, которую читает ей мама, в прошлом она совершила проступок и была наказана, потом мама крепко ее обняла и взялась за сказку»* (7GF), *«это русская шпионка в нацистском лагере, ее поймали, и будут жестоко пытаться, но она все равно ничего не расскажет, она умрет в муках, спасет тысячи жизней и станет героиней на века»* (6GF)).

9) Истерическая структура личности

Базовым аффектом при данной структуре выступает тревога, операциональные критерии которой были представлены выше (Оценка актуальных эмоциональных состояний). В профиле ММИЛ регистрируется подъем по шкале истерии, характеризующий личность как эгоцентричную, театральную, демонстративную, склонную привлекать внимание и зависимую от социального одобрения, использующую защитный механизм вытеснения и манипулятивные стратегии. Частотным для истерических личностей является наличие «конверсионной пятерки» (подъемов по шкалам ипохондрии и истерии и снижения показателей по шкале депрессии), что указывает на тенденцию к вытеснению отрицательных импульсов в соматическую сферу, фиксированность на телесной сфере при отрицании эмоциональных проблем. Конфликтность и недостаточность работы защитного механизма вытеснения, описанные в психоаналитической литературе по истерии (Шафер Ж., 2007; Грин А., 1998), проявляется при одновременном подъеме по шкалам истерии и тревоги. Склонность к аггравация состояния может проявляться в повышении по служебной шкале откровенности при «утопленности» шкал лжи и коррекции. При более компенсированном варианте истерической структуры конфигурация служебных шкал сходна с таковой у нарциссических личностей. Проективный материал отражает склон-

ность к драматизации чувств персонажей, ведущую интимно-личностную тему в контексте проблемы «любовного треугольника» («немое кино, очень ярко выражены переживания, муж пришел с работы, а жена с любовником, будет дальше картинно горевать») (13MF), «у девушки с книгами грустные воспоминания о молодом человеке, что-то у них не сложилось, не разобрались в своих чувствах вовремя, это его беременная жена» (2), «мужчина пришел домой и застал жену с любовником, будет разбирательство, ему больно» (13MF), «она грустная, влюблена в рабочего, она не из их круга» (2), «эти люди физически и эмоционально близки» (10), «она не знает, как ей ответить на любовный посыл мужчины» (6GF), мотив соблазнения и защитный механизм сексуализации («почему на этой картинке все люди без одежды? наверное, это публичный дом, с какой стати им расхаживать в чулках и бюстгальтере?» (4), «женщина беспокоится, что муж будет ей изменять в командировке» (10), «мужчина соблазнил ее, до этого был ресторан, алкоголь» (13MF), «женщина соблазнила мужчину, а потом отвергла, может, он не смог ее удовлетворить сексуально, он чувствует стыд и отчаяние, закрывает лицо рукой» (13MF)), регрессии (в проективных рисунках персонажам приписывается более младший или даже детский возраст, в рассказах по картинкам ТАТa наблюдается идентификация с героями более младшего возраста, часто актуализируется тема детско-родительских отношений). Ведущий внутриличностный конфликт истерической личности – полоролевой, компенсацией которого может выступать два варианта наполнения женственности¹: гиперфемининный («грацильный») и гипермаскулинный («брутальный»). Данные варианты выражаются в снижении или повышении показателей по шкале маскулинности-фемининности в методике ММИЛ соответственно. На конфликтность женской идентичности при «грацильном» варианте

¹ В связи с тем, что истерическая структура личности чаще наблюдается у женщин, мы рассмотрим полоролевой конфликт в контексте женской идентичности.

указывает «провал» по шкале маскулинности-фемининности и подъем по шкале психопатии, что свидетельствует о протестной реакции против традиционной женской роли в социуме. Демонстративность и озабоченность проблемой гендерной роли отражаются в проективных рисунках с выделением атрибутов пола; женские фигуры часто изображаются с ресницами и множеством аксессуаров с подчеркиванием сексуальности откровенных нарядов. Паттерн объектных отношений регистрируется в поляризации и полотипизации гендерных ролей с приписыванием мужчине доминантной позиции: мужчины представляются тщеславными, нарциссичными, (*«мужчина думает, какой он клевый, он сосредоточен на себе»* (4), *«он приходит к ней для самооценки, приятно, когда тебя боготворит женщина»* (4)), эксплуатирующими (*«он ее использовал, у него чувство безразличия»* (13MF)), опасными (*«он на нее давит, она испытывает страх, а он восторг»* (6GF), *«этот мужчина – маньяк, который изнасиловал труп, он записывает все в тетраточку»* (13MF)); женщины – пассивными, растерянными (*«девушка думает, что она тут делает, у нее чувство любви к нему, она позволяет ему ею пользоваться, до этого он соблазнил ее в ресторане, был алкоголь...в будущем он уйдет, а она проснется в алкогольном опьянении, торможении и тревоге... он будет радоваться на свою жену»* (13MF)), порочными (*«эта женщина проститутка»* (13MF), *«ты чего, я тут с мужем, а тут ты еще подвалил?!»* (6GF)). В качестве защитной стратегии может выступать обесценивание мужского пола и идеализация женского в аспекте сексуальной гендерной роли (*«мужчина стриптизер, следит за своей внешностью, но не занимается своей духовностью, курит, пьет, употребляет наркотики, а потом танцует...он альфонс, спит с женщинами за деньги»*, *«девушка с монашескими взглядами, очень религиозная, духовно развитая»* (из рассказов по методике «Рисунок человека»). В сфере объектных отношений выявляется конфликт, основанный на двух противоречивых тенденциях, – желания симбиотического слияния с матерью (*«девушка всегда*

жила с матерью за чертой города» (18GF), «дочка ничего хорошего не получила на вечеринке, потому что знала, что мама была против и поэтому чувствовала себя виноватой» (9GF)) и стремления к сепарации от нее («в будущем девушка уедет в Москву, а родители так и умрут в деревне» (2), «дочка убегает от мамы на вечеринку» (9GF), «дочь довела мать до сердечного приступа» (18GF)). Амбивалентное отношение к матери, конкуренция с женской фигурой прослеживается в отрицании агрессивных импульсов («кажется, одна женщина душист другую, нет, это дочка подхватила больную мать, которая падает в обморок» (18GF)), мотиве пассивной агрессии («девочка думает: «Как ты меня достала! Не нужны мне твои книжки!»...они часто так делают: мама читает, а дочка мечтает» (7GF)), а также противопоставлении мотивов двух подруг в сюжете («одна испытывает тревогу, вдруг там кому-то нужна ее помощь, а другой все равно» (9GF)). При истерической структуре личности может регистрироваться мотив спасения других и помощи другим с потерей себя как компенсация собственного инфантильного самощущения и механизм поддержания самоуважения (пациенты могут подчеркивать значимость собственного вклада в настроение других людей, отказываться от собственных потребностей ради других людей). В рассказе по картинке ТАТа присутствует описание диких животных, которые «очень добрые, живут в своем мире, а если придут люди, то они обязательно их прогонят или заберут на исследования, не дадут жить спокойно, хочется их спасти» (11).

10) Диссоциативная структура личности

Выделение данного типа личности в психоаналитической литературе представляется дискуссионным (Мак-Вильямс Н., 2001); чаще всего диссоциативную структуру, или феномен «множественной личности» рассматривают как вариант истерического расстройства. Нам представляется, что диагностика феноменов диссоциации в структуре личности является значимой с точки зрения оценки возможного опыта травматического абьюза. В профиле

ММИЛ может наблюдаться повышение показателей по «астеническим» шкалам с блокадой гетероагрессии («провалом» по шкале психопатии). Наиболее выраженный пик может выявляться по шкале истерии, указывающий на ведущую роль вытеснения факторов, вызывающих тревогу. Центральным феноменом выступает диссоциация как психологическая защита от переживаний опыта травматического абьюза и основной способ поддержания самоуважения, который проявляется в трудностях идентификации с персонажами проективных методик, наличии эмоциональной отгороженности (отсутствие описания категории чувств по картинкам ТАТа с их заменой характеристиками действий («*мужчина работает, жена стоит, облокотившись о дерево*» (2)), эмоциональная пустотность и социальная нормативность описания себя и значимых объектов), отсутствии категории прошлого в рассказах ТАТа, вероятно, вследствие травматичности прошлого опыта, перцептивных защитах в виде игнорирования отдельных, вызывающих тревогу, элементов изображений (например, в картинках ТАТа может не замечаться факт беременности женщины, кукла в руках девочки называться кошкой), амнезирования ряда автобиографических событий, «расщеплении» личности (в рассказе по картинке ТАТа с изображением двух девушек: «*...женщина стоит, облокотившись о дерево, и видит свое отражение в зеркале*» (9GF)). В случаях сексуального насилия в опыте диссоциация проявляется в несогласованности различных частей рассказов, касающихся агрессивной и сексуальной тематики («*тут изображено два человека, женщина лежит полубнаженная, мужчина вытирает глаза рукой...они занимались любовью, мужчина мечтает, наверное, он устал, хочет спать, и женщина будет спать*» (13MF), «*женщина стоит, облокотившись о перила, тут две подруги, у одной злость на другую, она ее душит со всей злостью... потом они пойдут пить чай и мириться*» (18GF)), несогласованностью рассказов с социальной реальностью («*этот мужчина – друг семьи, он сообщает молодой женщине об измене мужа... она хочет пойти разбираться, но он ее успокоит и поможет им разобраться в своих чувствах*»

(6GF)). В проективных рисунках человека женская фигура сказочно асексуализируется: девушка часто изображается как принцесса в бальном платье с куклообразной, гипертрофированной женственностью, которая может жить в обычной квартире с родителями. Мужская фигура десексуализируется, что выполняет защитную функцию нейтрализации сексуальной агрессии (может появляться образ «монаха», «отшельника», маленького мальчика или, наоборот, старика, сказочного асексуального персонажа), или может наблюдаться конфликтность мужской фигуры (характер изображения с «агрессивными» линиями и недорисованной, «масочной» головой). В более структурированных ситуациях межгендерного взаимодействия (ТАТ) мужская фигура презентуется как опасная и преследующая («*мужчина злой, куда-то торопится, женщина в тревоге*» (4), «*мужчина курит трубку, наклонился к девушке поближе, она испугана*» (6GF), «*это маньяк, который изнасиловал женщину, он долго ее преследовал*» (13MF)). Другой защитной стратегией при сексуальном абьюзе может выступать юмористическая презентация сюжетов по картинкам ТАТа с ироничным включением темы смерти и базовой небезопасности («*в будущем эта девушка пойдет и повесится, да я шучу*» (3GF), «*дама симпатичная, все у нее будет хорошо, товарищ с трубкой на убийцу не похож, останется жива*» (6GF), «*он довел ее до оргазма, она от радости и умерла*» (13MF), «*ну что в будущем – похороны будут, а потом все как обычно*» (13MF)). Травматичность переживания реальности при диссоциативной структуре предполагает использование других примитивных стратегий, направленных на ее искажение или избегание. Механизм отрицания проявляется в счастливом конце в рассказах по картинкам ТАТа («*в будущем у них будет беззаботная жизнь в деревне*» (2), «*тревоги не будет, они счастливо будут жить*» (4), «*думают, как хорошо, что они вместе, обдумывают свою счастливую поездку в отпуск*» (10)). Защитная стратегия ухода в фантазийный мир прослеживается в характере переживаний персонажей («*девушка мечтает о городской жизни*» (2), «*дочка мечтает и представляет себя на месте героини сказки, пред-*

ставляет себя принцессой» (7GF), «женщина уткнулась мужу в плечо и мечтает об отдыхе» (10); в рисунке человека девушка изображается принцессой).

При оценке структуры личности нужно иметь в виду два основных момента. Во-первых, важно диагностировать не только тип, но и уровень личностной организации для понимания степени патологичности функционирования личности, структурные критерии которой были предложены в рамках психоаналитической традиции О. Кернбергом (Кернберг О., 2005). Дифференциальные критерии пограничной и психотической личностной организации были описаны выше при обсуждении диагностики эмоционально-личностного дефекта. Невротический уровень личностной организации представляет относительно «здоровую» конфигурацию характера, при которой регистрируется: 1) способность к тестированию реальности, т. е. способность проводить границу между внешним и внутренним миром, отсутствует галлюцинаторно-бредовая симптоматика, присутствует возможность оценивать собственное поведение с точки зрения социальных норм; 2) способность к использованию гибкого арсенала механизмов психологической защиты, в т. ч. их зрелых форм; 3) интеграция идентичности, предполагающая как разделение Я-репрезентаций и объект-репрезентаций, так и способность интегрировать их «хорошие» и «плохие» части, что обеспечивает возможность построения константных, долговременных, эмоционально близких, глубоких отношений со значимыми Другими. Во-вторых, при выделении специфических феноменов эмоционально-личностной сферы, охватывающих сразу несколько типов личностной структуры, необходимо выстраивать иерархию данных феноменов – определять, какие феномены являются «ядерными», синдромообразующими (и, соответственно, какой личностный тип), а какие выполняют компенсаторную функцию и способствуют лучшей социальной адаптации пациентов. В целом можно отметить следующую закономерность: чем более здоровым, зрелым, высоким является уровень функционирования личности, тем больше возможностей для гибкой социальной адаптации, тем

большая «мозаичность» наблюдается в структуре личности с множеством различных компенсаторных личностных радикалов, тем, соответственно, труднее выделить «ядерный» тип. При возрастании психопатологии «ядерность» диагностируется проще, а сама личность становится более «карикатурной», легко укладывающейся в рамки «чистого» типа расстройств личности. С точки зрения психоаналитической теории, «ядерность» типа можно определить при раскрытии специфического паттерна объектных отношений, который и выступает синдромообразующим фактором. Построение иерархии личностных черт и определение типа личностной структуры позволяет также выделить «мишени» психотерапевтического процесса и обозначить стратегии взаимодействия с пациентами, в том числе, в целях увеличения степени их комплаентности (Мак-Вильямс Н., 2001).

3. ОСОБЕННОСТИ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СИНДРОМНОГО АНАЛИЗА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ НОЗОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМАХ

3.1. ШИЗОФРЕНИЯ

Шизофрения является прогрессивным психическим заболеванием, характеризующимся расщеплением (диссоциацией) психики, т. е. утратой ее единства с быстро или более медленно развивающимся дефектом. Данное заболевание включает продуктивные (бред, галлюцинации, аффективные расстройства) и негативные симптомы (характеристики когнитивного и эмоционально-личностного дефекта). Существует несколько форм протекания данного расстройства. Выделяется шизофрения с непрерывным течением, периодическая (циркулярная) шизофрения и приступообразно-прогрессивная шизофрения. В настоящее время по МКБ-10 выделяют следующие основные рубрики при классификации данного расстройства:

F20-F29 – Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства

- F20 Шизофрения
- F21 Шизотипическое расстройство
- F22 Хронические бредовые расстройства
- F23 Острые и преходящие психотические расстройства
- F24 Индуцированное бредовое расстройство
- F25 Шизоаффективное расстройство

Поскольку определение различных форм и типов течения данного заболевания не является темой обсуждения данного пособия¹, перейдем к обсуждению феноменологии патопсихологического синдрома при шизофрении.

¹ Подробную информацию по теме можно найти в книгах: Шумский Н.Г., Морозов Г.В. Введение в клиническую психиатрию (пропедевтика в психиатрии). –

При патопсихологическом исследовании больных шизофренией обнаруживаются своеобразные, диагностически значимые, изменения мышления, перцептивной деятельности и аффективно-личностных свойств. Известно, что у больных шизофренией имеются разнообразные нарушения познавательных процессов и эмоционально-личностных свойств, которые не объяснимы в рамках какой-либо одной гипотезы заболевания. Накопление знаний об интегративных системах мозга и их патологии при шизофрении позволяет предположить, что основные симптомы заболевания могут быть связаны с различными мозговыми механизмами и опосредованы дефектами разных звеньев психических процессов (Алфимова М. В., 2006; Чебакова Ю. В., 2010; Чебакова Ю. В., Харисова Р. Р., Шишкова Д. И., 2012; Харисова Р. Р., 2013), в силу чего можно выделить несколько патопсихологических синдромов, наблюдающихся у пациентов с данным расстройством. Каждый из вариантов синдрома связан с различной иерархией патопсихологических феноменов. Первый вариант патопсихологического синдрома при шизофрении условно можно обозначить как *«нецеленаправленный»* (или *психопатоподобный* по Чебаковой Ю. В., 2010), связанный с преимущественным нарушением мотивационного фактора познавательных процессов и выраженным дефектом; второй вариант синдрома связан с преимущественным искажением и гипертрофией эмоционально-личностной сферы пациентов с дефектом по типу *«фершробен»* – *психопатоподобный* (или *асоциальный* вариант патопсихологического синдрома (по Чебаковой Ю. В., 2010); и, наконец, последний вариант синдрома можно условно обозначить как *псевдоорганический* (соответствует *псевдоневротическому* по Чебаковой Ю. В., 2010), связанный с феноменом «редукции энергетического потенциала» (РЭП) и представляющий снижение побудительной функции мотива, принимающее форму псевдинамических нарушений пси-

хической деятельности в виде ее повышенной истощаемости и/или инертности. Первый вариант синдрома обычно связан либо с тяжестью актуального психического состояния пациента, либо со степенью выраженности дефекта и может наблюдаться в постпсихотическом или актуальном психотическом состоянии или близком к «конечному»¹ соответственно; психопатоподобный (асоциальный) и псевдоорганический варианты патопсихологических синдромов обычно соответствуют двум типам дефекта при шизофрении – дефекту по типу «фершробен» и «псевдоорганическому» (Смулевич А. Б., Воробьев В. Ю., 1988). Данные варианты патопсихологического синдрома могут соответствовать различным формам шизофрении, а также отражать специфику различных вариантов дефекта при данном заболевании, однако, вне зависимости от конкретного варианта синдрома можно выделить общие феномены, наблюдающиеся в психическом статусе пациентов и отражающиеся как на степени и специфике ориентированности, так и на спектре когнитивных, эмоциональных и поведенческих особенностей. Приведем перечень феноменов, которые могут наблюдаться в психическом статусе при данном расстройстве:

- 1) отчуждение мыслительной деятельности (эхо мыслей, открытость мыслей, передача мыслей на расстоянии);
- 2) бредовое восприятие;
- 3) галлюцинаторные голоса;
- 4) устойчивые бредовые идеи;
- 5) устойчивые галлюцинации различных сфер чувств;
- 6) разорванность мыслей или параллельные мысли;
- 7) кататонические расстройства (возбуждение, застывание, восковая гибкость, негативизм, мутизм, ступор);
- 8) эмоционально-личностная дефицитарность.

Данная феноменология обычно проявляется при «*нецеленаправленном*» варианте патопсихологического синдрома и отража-

¹ «Конечное» состояние в клинике шизофрении связано с утратой социального опосредования и прогрессирующего слабоумия.

ет степень «остроты» состояния. Опишем возможные варианты проявления каждого феномена в психическом статусе¹.

Отчуждение мыслительной деятельности (эхо мыслей, открытость мыслей, передача мыслей на расстоянии) может быть выявлено в непосредственном отчете пациента о собственной деятельности, а также специфике речевых комментариев. Например, испытуемый открыто может заявлять об отсутствии собственных мыслей в процессе беседы и эксперимента, констатировать чувство постороннего вмешательства в течение мыслей, их вкладывание или отнятие, навязчивые обрывы или наплывы мыслей, ощущение, что мысли становятся известны окружающим, или пациент может констатировать отсутствие необходимости что-либо говорить, потому что экспериментатору и так все известно и т. д.

Бредовое восприятие также может проявляться в клинико-психологической беседе в виде приписывания действительности патологического значения, не имеющего каких-либо понятных объективных, рациональных и эмоциональных объяснений. Например, испытуемые могут заявлять, что чувствуют, как другие пациенты, когда он отворачивается, смеются над ним; или что необходимо скрывать некоторые автобиографические данные от психолога, поскольку их могут прослушивать через дверные и оконные проемы; или пациентка неожиданно на шорох в соседнем кабинете или на улице начинает оборачиваться и оправдываться в собственной несостоятельности и т. п.

Галлюцинаторные «голоса» в данном случае можно отметить как наличие различных вариантов прислушивания к чему-то во время беседы и эксперимента, а также спонтанные речевые обращения пациента к кому-то или чему-то, что объективно не представлено в исследовании, также пациенты могут в момент

¹ Подробную информацию по специфике проявления симптомов при шизофрении можно найти в книгах: Шумский Н.Г., Морозов Г.В. Введение в клиническую психиатрию (пропедевтика в психиатрии). – Н.Новгород, 1998; и др.

исследования «пытаться спасти экспериментатора» от якобы надвигающейся угрозы, вменяемой кем-то или чем-то.

*Устойчивые бредовые идеи*¹ могут отличаться по содержанию, в зависимости от которого будет различаться феноменология проявлений в процессе беседы и исследования. Устойчивые бредовые идеи обычно тщательно обосновываются большими, приводится последовательная цепь доказательств адекватности и верности имеющихся у пациентов убеждений, не поддающаяся коррекции, переубеждению при критических, проясняющих или конфронтационных высказываниях со стороны экспериментатора. Так при бреде отношений пациент может быть убежден, что окружающие люди относятся к нему предвзято, судят или надсмехаются над какими-то личностными качествами или особенностями. Приведем пример описания из психического статуса пациентки, отражающего наличие данного расстройства: *«Часть информации о себе пациентка предпочитает не разглашать (например, о собственном диагнозе), объясняя это: "неприятной темой обсуждения" и собственным страхом изменения отношения со стороны других. Отмечает также, что "данный диагноз" "мешает жить", например, "устроиться на работу" (хотя куда-либо трудоустроиваться больная не собирается), "в библиотеке тоже это проверяют" (при том на конфронтационные вопросы ответить затрудняется, прояснить каким образом могут узнать о диагнозе люди из читального зала также не может), «милиционер ходит и говорит соседям – а он же не знает какая я».* Также данное расстройство может проявляться при проверке ориентированности пациента, например, в собственной личности. Так, пациент может утверждать, что он является вторым мессией, присланным на Землю с целью восстановления гармонии и мира, или он является потомком Романовых, отвергнутым царем и т. п.

¹ Справочную информацию по дифференциации бредовых идей в рамках различной нозологии можно найти в книге: Рыбальский М.И. Бред. – М., 1979.

Устойчивые галлюцинации различных сфер чувств являются нарушениями сенсорного восприятия любой модальности, появляющимися при отсутствии соответствующих внешних стимулов. При этом преимущественно в психическом статусе у пациентов это проявляется в основном при формулировании жалоб. Например, при тактильных галлюцинациях испытуемый может жаловаться на ощущения ползающих червей в различных частях тела при этом во внешнем виде – на открытых частях тела (лице, руках) можно обнаружить выраженные расчесы и т. д.

Разорванность мыслей или параллельные мысли – специфика обнаружения данных феноменов приведена в Приложении 2 (Типы расстройств мышления, регистрируемых в психическом статусе. Краткое описание) и главе 2.3.4 (Оценка психологической феноменологии нарушений мышления).

Кататонические расстройства (возбуждение, застывание, восковая гибкость, негативизм, мутизм, ступор) можно обнаружить как в поведенческих, так и особенностях речевой продукции пациента, а также реакциях на экспериментальные задания в зависимости от конкретного кататонического расстройства. Например, испытуемый может внезапно после длительной монологичной речи остановиться, оборвав ход собственного суждения (шперрунг), или застыть в однообразной позе и т. д.

Спектр феноменов эмоционально-личностной дефицитности определяет характер и степень негативных изменений у пациента. Обнаруживается в специфике интонационной и мимической экспрессии пациента, эмоционально-личностных особенностях по результатам самоотчетов испытуемых. Так больные могут сообщать об отсутствии интересов и увлечений, или их необычном, вычурном характере, а также актуальных нарушениях мотивационно-потребностной сферы, например, в виде расторможенности влечений, не удержании границ контакта, сужении социальных контактов; пациенты могут говорить об отсутствии близких отношений или не желании их заводить и поддерживать

и т. д. Подробнее данные особенности были описаны в главе 2.3.5 (Психодиагностика эмоционально-личностного дефекта).

Приведем также специфику проявления патопсихологических феноменов в различных сферах психической деятельности. Поскольку эти феномены могут иметь различные варианты сочетания при каждом из типов патопсихологического синдрома, вначале приведем весь спектр феноменов, характерных для шизофрении, а затем определим их синдромную специфичность.

В патопсихологическом исследовании у больных шизофренией в качестве *первичных мотивационных нарушений* со стороны внимания и умственной работоспособности можно обнаружить феномен пресыщаемости и снижения психической активности; в мнестической деятельности наблюдать феномен «плато», «пустой» символики, выхолощенность ассоциаций, содержательно «смещенные» ассоциативные образы, феномен «атипической стереотипии», диссоциации продуктивности непосредственного и опосредованного запоминания; со стороны мышления – феномен «единой системы», разноплановости в различных его видах (в том числе, патологического полисемантизма, «соскальзывания» на побочные ассоциации, разноуровневости, «разорванности»), резонерства, нарушение критичности и феномен «аффективной дезорганизации» мышления, нецеленаправленность мыслительной деятельности, нарушение активирующей функции мышления; со стороны эмоционально-личностной сферы обнаруживаются феномены, связанные с нарушением мотивационно-потребностной иерархии с редукцией социальных мотивов (с нарушением самооценки, чувства юмора, неадекватностью аффекта) либо в виде уплощения и обеднения данной сферы (при которой может наблюдаться формализованность и безэмоциональность проективной продукции; феномен «убывания формальности» в сюжетах рассказов по мере течения заболевания: от совершенно конкретного рассказа – к шаблонной стандартной последовательности определенных действий и далее к лишенному причинно-следственных связей рассказу, социальная отгороженность, феномен аутизма), либо в виде искажения и гипертрофии

определенных личностных черт (нарциссических, шизоидных и др.). **Вторичные операциональные нарушения** представлены искажением процесса обобщения с актуализацией латентных признаков предметов и явлений, что связано с изменением вероятностной организации прошлого опыта и, соответственно, извлечением признаков при обобщении как системным следствием нарушения мотивационно-потребностного компонента социальной регуляции деятельности и поведения (Критская В. П., Мелешко Т. К., Поляков Ю. Ф., 1991). **Третичные компенсаторные феномены** при шизофрении разнообразны и поэтому трудны для обобщения, хотя в каждом индивидуальном случае их важно определять как «мишени» возможной социальной реабилитации и повышения комплаентности больных. Конкретная иерархия данных симптомов в патопсихологическом синдроме будет определяться типом обнаруживаемого синдрома. Перейдем к описанию различных вариантов сочетания данных феноменов и их иерархии в патопсихологических синдромах при шизофрении – «нецеленаправленного», психопатоподобного и псевдоорганического.

3.1.1. «НЕЦЕЛЕНАПРАВЛЕННЫЙ» ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

«Нецеленаправленный» патопсихологический синдром, как уже упоминалось выше, наблюдается преимущественно в остром или дефектном состоянии и связан со спектром мотивационных нарушений, представленных явлениями искажения мотивационно-потребностного компонента психической деятельности, проявляющимися на операциональном и динамическом уровнях в нарушении ее произвольной регуляции и дезорганизации аффективными факторами. Таким образом, первичными нарушениями при «нецеленаправленном» варианте патопсихологического синдрома при шизофрении можно выделить нарушения мотивационного фактора в виде нарушений саморегуляции – невозможности целенаправленной организации познавательных дейст-

вий и поведения. *Нецеленаправленность психической деятельности*, в первую очередь, связана с нарушениями мышления в виде резонерства, разноплановости, снижения критичности и феномена «единой системы». Со стороны внимания и мнестических процессов отмечаются феномены, проявляющиеся нарушением их произвольности. Внимание, как правило, при относительно сохранном интеллектуальном уровне и относительно сохранной памяти нарушается в значительно большей степени. Характерен диссонанс между большей сохранностью произвольного и более заметным нарушением произвольного внимания. Изменение субъективного значения отдельных элементов действительности может приводить к неадекватной направленности внимания, его общей неустойчивости и легкой отвлекаемости на посторонние раздражители. Также могут проявляться феномены, связанные с субъективным ощущением истощаемости. Со стороны памяти могут отмечаться явления снижения мотивации к результатам собственной деятельности в виде, с одной стороны, – недостаточно эффективной стратегии механического запоминания, с другой – формированием феномена «плато». Следует отметить также, что при данном виде синдрома наблюдается диссоциация между непосредственным и опосредованным запоминанием в силу нарушения процессов ассоциирования. Мотивационными нарушениями при данном виде патопсихологического синдрома может выступать снижение продуктивности психической деятельности – сужение объема внимания и памяти. Личностные нарушения представлены формированием дефекта по типу «фершробен» и подробнее описаны в психопатоподобном варианте патопсихологического синдрома при шизофрении. Вторичны операциональные нарушения мышления в виде искажения процесса обобщения с актуализацией латентных признаков предметов и явлений, феноменом «сверхообщенности».

Таким образом, можно выделить следующую иерархию патопсихологических феноменов при «нецеленаправленном» синдроме при шизофрении:

Первичные нарушения, связанные с дисфункцией мотивационного фактора, – нарушением саморегуляции и целенаправленности мышления и поведения, личностными изменениями:

1) дефицит целенаправленности внимания с явлениями повышенной отвлекаемости и неадекватной направленности, феномен пресыщаемости;

2) нарушение избирательности восприятия;

3) мотивационные нарушения памяти (дефицит целенаправленности и пресыщаемость мнестических процессов, феномен «плато», диссоциация продуктивности непосредственного и опосредованного запоминания, нарушение ассоциации понятия и рисунка);

4) мотивационные нарушения мышления (дефицит целенаправленности мышления и феномен «единой системы», разноплановость (в формах феномена разноуровневости, явлений «соскальзываний» или феномена «разорванности» мышления), нарушение критичности, резонерство);

5) комплекс эмоционально-личностных изменений и/или проявлений эмоционально-личностной дефицитарности (искажение или изменение влечений, феномен «регрессивной синтонности», неадекватность самооценки, снижение критичности и эмоциональное уплощение, феномен персонификации, нарушения межличностных отношений, явления патологической аутистической активности, сужение мотивационно-потребностной иерархии, снижение эмоциональной и социальной компетентности, социальной предсказуемости, нарушение личностной направленности, интеграции идентичности).

Вторичные нарушения, связанные с нарушением операционального компонента мышления:

1) искажение процесса обобщения;

2) феномен «сверхообобщенности».

Приведем пример описания подобного варианта патопсихологического синдрома при шизофрении с типичной иерархией патопсихологических симптомов.

Больной Р. Ю., 29 лет, предварительный диагноз: простая шизофрения.

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования

Обследуемый правильно ориентирован в месте, времени и собственной личности. Внешний вид опрятный, соответствует ситуации стационарирования, однако, следует отметить не адекватные экспертному контексту элементы поведения: больной все время находился в наушниках и прослушивал тантрические песнопения, отказываясь остановить музыку. Поза пациента статичная, закрытая; контакт глаз отсутствует. Мимическая и интонационная экспрессия маловыразительная; регистрируются парамимии, неадекватные контексту беседы гримасы с насильственным смехом (при затрагивании интимно-личностной и сексуальной тематики). Речь больного тихая, плохо артикулированная, монотонная, в режиме стереотипного монолога. Мышление непоследовательное, аффективно суженное фабулой индуистской религии, с элементами разорванности логической связи между высказываниями («моя цель – саморазвитие, когда все благоприятно и комфортно, а вот когда начинается метро, начинается хамство»). При фасадном нагромождении терминов из индуизма отсутствует возможность передать суть учения, знания носят номинальный характер, не имеют качества глубины и осмысленности; наблюдается некритичная компиляция не только из разных направлений индуизма, в которой смешиваются божества и реальные люди (например, деструктивная форма Шивы Бхайрава и известная индийская гуру Матаджи), но и других оккультных учений (мыслеформы). Рассуждения больного имеют резонерский характер: не прослеживается логика выстраивания причинно-следственных связей, банальное мелкотемье подается с неуместным пафосом («христианство вообще ерунда, они сдерживают свое звериное, не кормят своего зверя, поэтому столько гомосексуалистов»; «я хочу стать дживанмуктой, освободиться при жизни, для этого нужно не игнорировать своего зверя, должно

быть сплавление звериного, духовного и божественного моду-са»). Следует отметить непродуктивность мышления пациента, выражающуюся в выхолащивании содержательной наполненности при сохранении псевдоинтеллектуальной оболочки высказываний. Так обследуемый переключился с буддизма на индуизм, т. к. буддизм «гиперпацифичен – это значит, что в нем много человека, а индуизм отходит от человека», что не соответствует семантике термина; указывал у себя наличие «трансцендентных взрывных состояний», при этом не смог пояснить значение термина «трансцендентный».

Пациент предъявляет жалобы на раздражительность, перепады настроения, плохой сон. Концепция болезни представляется противоречивой и фрагментарной: приписывая себе способности справляться с помощью астрального оружия с Бхайровой, который неоднократно являлся к обследуемому, закрывать порталы «сгустков сущностей и мыслеформ», подэкспертный, тем не менее, считает себя больным неврозом и ожидает эффекта от фармакологического лечения. Критика к высказываемым психопатологическим идеям полностью отсутствует. В контакте больной грубо негативистичен, амбивалентен: несколько раз уходил из кабинета психолога, отказываясь выполнять задания, демонстрировал нарушение GRATIFICATION (самовольно удалялся курить, несмотря на договоренность с психологом закончить задание в течение нескольких минут) без критики к собственному поведению. В качестве компенсаторных механизмов личности следует отметить улучшение качества контакта при переспрашивании терминов, демонстрации интереса и уважения к системе понятий пациента с позиции дилетанта, что усиливало переживание собственной значимости больным. Описания себя и круга близких людей уплощены, выхолащены, наполнены пустой индуистской терминологией («моя девушка вайшнавист, без показушничества, я духовная целеустремленная личность»); пациент затрудняется внести психологическую понятную субъективную причинность конфликтных отношений с отцом. В психическом статусе также

отмечаются черты эмоциональной отгороженности, монотонности, выхолощенности, дурашливости, нелепости, переоценки собственной личности, сужения круга потребностей и интересов с доминированием единственного патологического мотива – достижения духовного освобождения.

Мотив экспертизы не формируется: пациент не заинтересован в обследовании, проявляет негативизм при необходимости прикладывать волевые усилия, нарушает инструкции, индифферентен к критике и похвале экспериментатора, не критичен к допускаемым ошибкам (оценил свою работу на «отлично» без колебаний), задания выполняет формально. Общий темп деятельности неравномерный.

Исследование внимания и умственной работоспособности выявляет феномен быстрой пресыщаемости: темп поиска чисел в таблицах Шульте постепенно снижается; больной нарушает инструкцию, называя числа в случайном порядке. Данный феномен связан со снижением мотивации к экспертной деятельности.

В мнестической сфере пресыщаемость проявляется в неравномерном характере заучивания (форма «кривой» – 8, 5, 7, 8, 6), снижении продуктивности непосредственного запоминания и отсроченного воспроизведения (4 слова из 10). Также наблюдается нарушение целенаправленности, что выражается в конфабуляторных включениях при отсроченном припоминании. Продуктивность опосредованного запоминания также снижена (7,5 понятий из 14), что связано как с пресыщаемостью (пациент нарушает инструкцию и подписывает рисунки ближе к концу задания), так и неадекватностью ассоциативного процесса. Ассоциативные образы эмоционально выхолощенные, формализованные, имеют аффективно заряженный и содержательно смещенный характер с воспроизведением стереотипной фабулы индуистского учения или социально нелепых сюжетов. Например, больной на понятие «развитие» изображает «аспект Шивы и Шакти в одном целом как условие духовного саморазвития»; «страх» – «челюсть Бхайравы, которой он все перемалывает»; «смелый поступок» – «бандит нападает на девушку, сзади идет Бхайрава, который

отрубает ему голову»; «вера» – «Кришна сидит», «тяжелая работа» – трезубец и дамару – «когда я медитирую»; «надежда» – «это облака преимущественно белого цвета, солнце закатывается – трещина между мирами»; «болезнь» – «кровать и человек там лежит, его вырвало кровью над унитазом», «любовь» – «это вульгарно, секс без любви, любовь без секса, идут в ресторан, заказывают еду, пьют в рамках дозволенного, а потом секс, после секса свадьба», «отчаяние» – «самоубийство, человек спрыгнул с 12-го этажа». Графика стеничная, напряженная, наполнена стереотипными элементами, имеет псевдоорганический характер с игнорированием проекционных закономерностей.

В исследовании выявляется комплекс нарушений мыслительной деятельности. Центральным мотивационным феноменом выступает нецеленаправленность и потеря подконтрольности мышления, что проявляется в непродуктивном характере выполнения заданий, особенно требующих организации произвольной активности (например, классификации предметов). Так больной сначала складывает карточки в группы случайно, затем затрудняется выделить стандартные классификационные группы (например, создает группу «предметы интерьера», которую делит на «бытовые предметы» (посуда и глобус) и «бытовой инвентарь» (пила, метла, диван), отдельно выделяет группу «предметы» (измерительные приборы, стол, тетради). Пациент затрудняется обобщить выделенные классификационные группы, подменяя задание случайным ассоциативным потоком («рыбу можно к посуде – в кастрюле рыбу готовить, а воблу очищают в стакане»). Отсутствие единой линии выделения оснований для классификации предметов, легкость перекладывания карточек из группы в группу, произвольность названий групп, нарушение логики суждений составляют феномен разноплановости. Нечувствительность к противоречиям и допускаемым ошибкам свидетельствуют о нарушении критичности. Резонерство выражается в непродуктивном мелкотемном рассуждательстве (см. психический статус). С операциональной стороны мышления наблюдается искажение процесса обобщения, что выражается в создании содержательно

смещенных ассоциативных образов для опосредованного запоминания, актуализации латентных признаков предметов и явлений при классификации и исключении предметов, субъективных номинациях групп. Так обследуемый создает группы «медицина», «шудры», «воздухоплавающие», «хищники»; в задании «шуроп, штопор, пила, дрель» исключает штопор, т. к. «он для алкоголя, а бутылки нет». Когнитивный дефицит больного проявляется в малой доступности осуществления обобщений, их подмене случайными конкретными ассоциативными связями («ключ можно в бочку бросить, а чайник поставить на тарелочку – нет лишнего»; в задании «зонт, пистолет, барабан, фуражка» исключает пистолет, т. к. «фуражку можно положить на барабан, дать это человеку, а зонтик может этот же человек открыть»), нарушении номинативной функции речи (пациент не мог конкретно назвать предметы на карточках), «размывании» семантической структуры понятий при сохранности его предметной отнесенности (например, больной правильно выделяет транспортные средства) трудности с подбором адекватной номинации созданным группам (в данном примере – «техника»); номинация может быть сверхобобщенной – предметы посуды обозначаются как «бытовые предметы»).

В эмоционально-личностной сфере по данным опросника ММИЛ выявляется профиль сомнительной достоверности с подчеркиванием тяжести психопатологической симптоматики, с аггравацией; при этом показатели по клиническим шкалам низкие, «утопленные». Пик по шкале фемининности указывает на блокаду гетероагрессии, дефицит мужественности, скрытые гомосексуальные тенденции, а его изолированность означает желание скрыть симптоматику или эмоционально насыщенные проблемы. Таким образом, с одной стороны выявляется желание скрыть симптомы, с другой стороны, подчеркнуть их тяжесть, что образует модус расщепления и может свидетельствовать о психотической недоступности больного. Проективная продукция выявляет бедность эмоционального реагирования и телесную неадекватность; рисунки человека имеют характер гендерно неспецифич-

ных (половые различия обозначены наличием/отсутствием волос, геометрической формой туловища), асексуальных существ с отсутствием социальных атрибутов принадлежности к человеческому роду (например, наличия одежды), выполнены в детской манере, что отражает общую регрессивную направленность личностных изменений больного. В проективных рассказах по картинкам ТАТа выявляется нарушение социальной и эмоциональной компетентности обследуемого, что выражается в отсутствии их целостности и адекватной, социально предсказуемой, сюжетности («бабушка о чем-то думает, мужчина стоит, горе случилось, что-то потерял, может, ключи от дома, надо решать проблему, если напускная штукавина не будет происходить, придут к общему знаменателю», «один человек подставил другого, они друзья по работе, может, он его увольняет и раздосадован, все пройдет, природа не терпит подобного накала, он энергетический вампир и высасывает всю энергию, но никто не идеален, только Кришна», «умерла жена, муж пришел после работы и убил ее, неразделенная любовь, семейные конфликты, он плачет, потому что любил ее», «это деревня, дамочка идет после учебы, занималась интеллектуализмом, другие люди пашут поле, она не желает выполнять работу, которую ей впаривают другие, лучше выполнять свой долг плохо, чем чужой хорошо, попытаются загнать ее в поле и заставить сделать не ее работу»). У больного отмечается сужение мотивационно-потребностной иерархии с доминированием единственного патологического мотива – достижения духовного освобождения при жизни. На фоне нарастающей социальной дезадаптации следует выделить компенсаторные шизоидные механизмы личности – создание некоторой альтернативной фантазийной реальности, в которой дефицит мужественности компенсируется идентификацией с деструктивной формой Шивы – образом Бхайравы, с которым пациент борется астральным оружием, канализируя агрессию против отцовской фигуры. Разделяемая достоверность существования подобной реальности может быть основой для построения реабилитационных мероприятий.

Таким образом, в исследовании выявляется патопсихологический синдром, характерный для *шизофрении с личностными изменениями по типу «фершробен» с нарастанием когнитивного дефицита*, – на первый план выступает расщепленность и дисгармоничность личностной структуры с негативными изменениями (эмоциональная отгороженность, монотонность, выхолащенность, дурашливость, нелепость, переоценка собственной личности, сужение мотивационно-потребностной иерархии с доминированием единственного патологического мотива – достижения духовного освобождения при жизни, снижение эмоциональной и социальной компетентности, блокада гетероагрессии, дефицит мужественности, скрытые гомосексуальные тенденции, желание скрыть симптоматику или эмоционально насыщенные проблемы, общая регрессивная направленность личности на фоне нарастающего социального дрейфа и дезадаптации) с проявлениями когнитивного дефицита (нецеленаправленность и потеря подконтрольности мышления, малая доступность осуществления обобщений, их подмена случайными конкретными ассоциативными связями, нарушение номинативной функции речи, «размывание» семантической структуры понятий) и нарушение мотивационного компонента внимания (пресыщаемость), памяти (пресыщаемость, снижение продуктивности непосредственного и опосредованного запоминания и отсроченного воспроизведения), мышления (разноплановость, нарушение критичности, резонерство); вторично нарушен операциональный компонент мышления (феномен «содержательной смещенности», искажение процесса обобщения). На фоне нарастающей социальной дезадаптации следует выделить компенсаторные шизоидные механизмы личности – создание некоторой альтернативной фантазийной реальности, в которой дефицит мужественности компенсируется идентификацией с деструктивной формой Шивы – образом Бхайравы, с которым пациент борется астральным оружием, канализируя агрессию против отцовской фигуры. Разделяемая достоверность существования подобной реальности может быть основой для построения реабилитационных мероприятий.

3.1.2. ПСИХОПАТОПОДОБНЫЙ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

Психопатоподобный патопсихологический синдром, как правило, наблюдается при вялотекущих эндогенных процессах (например, при шизотипическом расстройстве), а также при формировании дефекта по типу «фершробен» и дефицитарных шизоидов (Воробьев В. Ю., 1988); при этом первичным нарушением выступает гипертрофия эмоционально-личностных особенностей с отсутствием социальной направленности, представляющее нарушение мотивационного компонента психических функций. При данном виде патопсихологического синдрома облигатные виды нарушений мышления могут присутствовать либо в минимальном виде, либо отсутствовать вовсе (Росин О. П., Кузнецов М. Т., 1979; Narrow M., Quinlan D., 1977). Описанный феномен проявляется в снижении продуктивности всех психических процессов, квалифицируемый как нарушение мотивационно-потребностного компонента социальной регуляции деятельности и поведения. Операциональные нарушения, прежде всего, мышления в форме искажения процесса обобщения с тенденцией к актуализации латентных, не опосредованных социальной практикой, признаков предметов и явлений, а также изменение динамических параметров психических функций можно рассматривать как вторичные нарушения, производные от мотивационных. При данном варианте патопсихологического синдрома в качестве одного из главных признаков выступает аутизм: утрата связи с реальностью, формальность контактов, патологическая аутистическая активность (Воробьев В. Ю., 1988). *Аутизм* обнаруживается в нелепом поведении, вычурных поступках, отражающих отстранение от реальности и отрыв от жизненного опыта. В этом случае начинает страдать ориентировка в будущем, поведение часто определяется сиюминутными импульсами, пациенты не оценивают последствия своих действий. Среди личностных нарушений, характерных для данного варианта дефекта, особо отмечаются *снижение критичности и эмоциональное огрубение*: утрачиваются прежние личностные особенности, редуцируются черты

скромности, сензитивности, аккуратности в отношениях и ранимости, исчезает рефлексивный план внутреннего конфликта, теряются родственные чувства. Частотны также *феномены неадекватности самооценки* таких пациентов, при которых самооценка тяготеет либо к неадекватно высокой, либо к неадекватно низкой. *Усиливаются нарушения межличностных отношений*: уходит чувство такта, щепетильности, нежности, дистанции, скромности, чувство юмора. Появляются неуместные шутки, речь изобилует пустой патетикой и самодовольством. *Отмечается деградация прежних творческих способностей*, появляется склонность к банальности и трафаретности суждений, обесмысливаются сверхценные увлечения (например, идеи реформаторства и собирательства на свалках). Наряду с этим наблюдаются также *нарушения в сфере влечений и инстинктов* в виде их снижения или искажения. Так, многие больные избегают половых связей, а некоторые начинают половую жизнь лишь после тридцати лет. Часто они не вступают в брак, а если вступают, то по особым соображениям, например, потому, что половой жизнью рекомендовал жить гинеколог, для получения жилплощади, чтобы быть «ухаженным, а не ходить "грязным" и "голодным"» (Воробьев В. Ю., 1988). Перверзные тенденции характеризуются влюбленностью в лиц своего пола, носящей платонический характер и не достигающей степени гомосексуализма. В инстинктивной сфере обращает на себя внимание частое отсутствие желания иметь детей, а также безразличие к пище (Воробьев В. Ю., 1988). При исследовании проективными методиками у пациентов с данным вариантом патопсихологического синдрома можно наблюдать следующие феномены:

- «Смещение фигуры и фона»: нарушения восприятия, проявляющиеся в своеобразных особенностях опознания зрительных образов в условиях неполной информации – рисунков с неполными контурами изображений.
- Ограничение перечислением элементов рисунка, формально-абстрактная характеристика, оторванная от конкретного содержания.

- Отсутствие субъективного отношения к содержанию рисунка, стремления интерпретировать содержание, не выделяется эмоциональный подтекст.
 - Лаконичность, резюмирование, оценочность.
 - Отсутствие взаимосвязи между персонажами.
 - Проецирование болезненных переживаний больных бредового характера.
 - Персонификация: привнесение реальных тем из собственной жизни.
 - «Обнажение» социально неприемлемых мотивов и потребностей (сексуальных, агрессивных): феномен «регрессивной синтонности».
 - Несоответствие рисунка возрасту и интеллектуальным возможностям испытуемого.
 - Диспропорциональность частей изображения; смещение отдельных частей изображения.
 - Игнорирование пола персонажей.
 - Продукция плоских, лишенных объемности, неоконченных изображений. Незавершенный (Карпов П. И., 1926, «с невыясненной формой») рисунок в виде отдельных штрихов, линий, геометрических фигур и т. д.
 - Усиление / ослабление линий рисунка: линии едва заметны, рисунок бледный, невыразительный (Вачнадзе Э. А., 1972).
 - Неадекватное использование окраса изображенных на рисунке предметов: рук – в ярко-красный цвет; блеклые тона.
 - Искажение влечений: «застревание на теме убийства», пожирания жертв, камней, признаки сексуальной перверсии.
 - Противоречие между рисунком и рассказом (на рисунке изображено несколько глаз, а в рассказе животное слепое).
 - Отсутствие головы в изображении при полном соответствии стандартной схеме животного.
 - Демонстрация внутренних органов, как реальное изображение, так и механическое.

Как уже упоминалось выше, операциональные нарушения мышления в форме искажения процесса обобщения с актуализа-

цией латентных признаков предметов и явлений, а также изменение динамических параметров психических функций при данном виде нарушения в случае их выявления носят вторичный характер. При этом специфика изменения динамики в данном варианте синдрома связана с преимущественным искажением мотива к деятельности, в отличие от общей нецеленаправленности при «нецеленаправленном» синдроме. Опосредование деятельности и общая продуктивность может колебаться в зависимости от аутохтонного смысла, который пациент вкладывает в выполнение тех или иных операций в процессе патопсихологического эксперимента.

Таким образом, можно выделить следующую иерархию нарушений при психопатоподобном варианте патопсихологического синдрома:

Первичные нарушения, связанные с дисфункцией мотивационного фактора в форме его дефицитарности, – гипертрофией отдельных личностных черт и нарушением познавательной деятельности:

- 1) искажение или изменение влечений;
- 2) феномен «регрессивной синтонности»;
- 3) неадекватность самооценки;
- 4) снижение критичности и эмоциональное огрубение;
- 5) феномен персонификации;
- 6) нарушения межличностных отношений;
- 7) явления патологической аутистической активности;
- 8) феномены эмоционально-личностного дефекта (сужение мотивационно-потребностной иерархии, снижение эмоциональной и социальной компетентности, социальной предсказуемости, нарушение личностной направленности, интеграции идентичности);
- 9) мотивационные нарушения памяти (феномен «плато», диссоциация продуктивности непосредственного и опосредованного запоминания, нарушение ассоциации понятия и рисунка);
- 10) мотивационные нарушения мышления (разноплановость (в формах феномена разноуровневости, явлений «соскальзываний»), нарушение критичности, резонерство).

Вторичные нарушения, связанные с нарушением операционального компонента мышления:

- 1) искажение процесса обобщения;
- 2) феномен «сверхообщенности».

Приведем пример описания психопатоподобного варианта патопсихологического синдрома при шизофрении с типичной иерархией патопсихологических симптомов.

Пациент З. К., 26 лет, предварительный диагноз: неврозоподобная шизофрения

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования

Обследуемый правильно ориентирован в месте, времени и собственной личности. Внешний вид опрятный, соответствует ситуации стационарирования, хотя и отличается некоторой «домашностью» (одет в футболку, тренировочные штаны). В кабинет входит уверенной, вальяжной походкой. Во время беседы легко меняет позы, при затрагивании интимно-личностной тематики пациент скрещивает руки на голове; в целом характер поз не всегда соответствует декларируемому эмоциональному состоянию (при их свободности и открытости, видимой расслабленности подэкспертный напряжен и малодоступен в переживаниях, вызываемых вопросами). Мимическая экспрессия достаточно стереотипная, несколько механистическая с элементами парамимии (больной однообразно, несколько насильственно улыбается без учета контекста вопросов); интонирование также отличается бедным репертуаром. Однако обследуемый проявляет способность к эмоциональному заражению, адекватно откликается на юмористические ремарки экспериментатора. Речь пациента преимущественно в режиме монолога, многословна с обилием витиеватых, неологичных оборотов («не хватает инициативы для объективных начинаний», «стрессовые ситуации были в новинку», «на меня повлияла совокупность личных, социальных и коммуникативных факторов»), характерно употребление «жаргонных», а также псевдонаучных слов (например, «геронтофилия» и др.)

в не соответствующих контексту и смыслу высказываниях (например, объясняет геронтофилией, «царящей в отделении», трудности пребывания в больнице); собственное состояние определяет как «застенчивость – начинает колбасить, возникают зажимы, открывается совестливая часть»). Мышление больного также витиевато, расплывчато, аморфно, не последовательно; обследуемый затрудняется конкретно отвечать на вопросы; комментарии приобретают резонерский характер («люблю путешествия, активные действия, вникать в ситуацию, но не хватает инициативы для объективных начинаний», «с одной стороны, я сдержанный, с другой стороны, эмоциональный – это называется ситуативность», «люблю общаться с разными людьми, от пионеров до пенсионеров», «раньше мне хотелось общаться с теми, с кем общий интерес, а теперь – общие взгляды», «ценностные категории в жизни имеют первостепенное значение»).

Пациент предъявляет жалобы на трудности засыпания, усталость, соматический дискомфорт. Заметен феномен диссимуляции: подэкспертный пытается «смягчить» проявление симптомов, объяснить предшествующие госпитализации случайными факторами («на военную экспертизу меня отправили, потому что тогда в армиях были проблемы, все бегали с автоматами», «семь лет назад на самом деле я переживал счастливое время»). Уклоняется от обсуждения причин предыдущей госпитализации, так же, как и от расспросов в сфере интимно-личностных отношений. Проявляет беспокойство, что затронул «не ту тему» с лечащим врачом, отрицает ее связь с актуальным состоянием. В рамках дополнительной консультации пациент становится более доступным в раскрытии собственных переживаний: сообщает об эгодистонных obsessions сексуального характера («боялся мысли о мысли о сексе»), навязчивой мастурбации при просмотре порнографической интернет-продукции. Примечательно, что при затрагивании тем сексуального характера снижается витиеватость мышления; обследуемый проявляет критичность к собственным затруднениям раскрыть психопатологические переживания. Представления о болезни в целом расплывчаты (пациент вы-

читывает симптомы в Википедии), критика к нарушениям формальная, видение лечения фрагментарное, непоследовательное (пациент высказывает взаимоисключающие суждения о пользе фармакотерапии).

В контакте подэкспертный занимает доброжелательную позицию с элементами пассивно-подчиняемого поведения, временами проявляет высокомерие и обесценивает комментарии психолога. Пациент не может выстроить образ значимых Других и описать эмоционально понятные связи с ними: информация о системе социальной поддержки подается в абстрактной, отвлеченной манере, отличается диффузностью. В психическом статусе наблюдаются черты эмоциональной монотонности, уплощенности, механистичности переживаний, отгороженности, негативизма, напряженности и малодоступности на общем фоне измененной, утрированной эмоциональности и благодушия, нарастающей социальной дезадаптации.

Мотив экспертизы формируется формально: обследуемый правильно понимает инструкции, послушно выполняет задания, при декларации интереса к ним не может вспомнить, какие именно задания выполнял. Допускаемые ошибки самостоятельно не замечает, но исправляет при указании на них экспериментатором. Выраженных эмоциональных реакций на успех и неуспех в работе не обнаруживается. Общий темп деятельности достаточно высокий.

Динамических нарушений психической деятельности в исследовании не регистрируется: показатели объема, концентрации, способности распределения внимания, характеристики умственной работоспособности соответствуют нормативной рамке. Признаков редукции энергетического потенциала также не наблюдается.

В сфере механической памяти отмечается феномен гипермнезии (форма «кривой» заучивания – 10, 10, 10, 10, 10; отсроченное воспроизведение – 9 слов из 10). Продуктивность опосредованного запоминания снижена (9 понятий из 14). Ассоциативные образы носят эмоционально не наполненный, крайне схематич-

ный характер; отмечается феномен «пустой символики». Например, на понятие «тяжелая работа» пациент изображает лопату и стрелку вниз – «стрелка вниз означает отрицательную характеристику тяжести»; «заботливая мать» – «значок женского пола со знаком «+» означает нечто положительное, стрелка к маленькому значку безотносительно пола означает следующее поколение»; «надежда» – «стрелка, поступательное движение вперед, стрелка чуть под наклоном – это показывает возможность и случайность, многоточие – надежда на что-то»; «справедливость» – «большой восклицательный знак с тремя плюсами – нечто сильное, с ярко выраженной позитивной направленностью». Данный феномен позволяет квалифицировать снижение продуктивности запоминания в рамках снижения мотивационного фактора мнестической деятельности. Рисунки упорядочены на листе, выполнены с сильным нажимом, что отражает эмоциональную напряженность больного.

В исследовании выявляется комплекс нарушений мыслительной деятельности. С ее операциональной стороны отмечается искажение процесса обобщения, что проявляется в создании схематичных, псевдосимволических ассоциативных образов для опосредованного запоминания, актуализации латентных признаков при классификации и исключении предметов. Так на первом этапе классификации пациент выделяет достаточно адекватные группы, однако, при объединении заметна разноуровневость («живая природа», «плоды», «предметы», «измерительные приборы», «люди»), которой обследуемой дает следующее объяснение: «плоды выращены для человека, они относительны», «измерительные приборы – это уникальные предметы, сделанные для человека», «человек отдельно, он не объект живой природы, но может быть субъектом восприятия по отношению к живой окружающей природе». В задании «платье, ремень, пальто, брюки» исключает ремень, т.к. он является «сопутствующим элементом одежды»; «тачка, велосипед, мотоцикл, машина» – тачка, т.к. остальные предметы «транспортные средства, управляемые не человеком как субъектом, а движущиеся по инерции; тачка –

транспортное средство, которым его делает субъектность человека»; в задании «шуба, роза, яблоко, книга» – шубу, т. к. остальное «малые предметы». С мотивационной стороны мышления отмечаются разноплановость и резонерство. Разноплановость проявляется как в разноуровневом характере классификации, так и создании групп как по универсальным основаниям («млекопитающие», «предметы мебели», «грибы»), так и латентным признакам при возможном сохранении адекватной номинации («емкости», «плоды», «измерительные приборы»). Резонерство регистрируется в многочисленных многоречивых бессодержательных витиеватых рассуждениях, что особенно проявляется при интерпретации пословиц и определении понятий. Так пациент следующим образом объясняет пословицу «Не все то золото, что блестит»: «Не всякое изделие, которое блестит, может быть активом, которое используется в созидательных целях и целях обогащения, часто внешнее и внутреннее имеют разный смысл»; «Благими намерениями дорога в ад вымощена» – «Планированием ничего не решишь в созидательном плане»; определяет понятие «привязанность» «как необходимость в конкретном промежутке времени, но не глобально в жизни, может быть в общении, заботе или публичном выступлении – может быть привязанность к аудитории».

В эмоционально-личностной сфере по данным опросника ММИЛ, хотя сочетание показателей по служебным шкалам укладывается в рамки достоверности, сам профиль можно охарактеризовать как сомнительно достоверный со значительным повышением значений по ряду параметров. Так максимальные пики наблюдаются по шкалам ипохондрии (102 Т-балла при норме 50–70 Т-баллов) и истерии (93 Т-балла), также высоки значения по шкалам депрессии, тревоги, женственности и аутизма. Данная конфигурация очерчивает личность как крайне фемининную с потенциальным гомосексуальным модусом реагирования, не склонную к гетероагрессии, гиперсенситивную, с комплексом псевдоневротических жалоб, преимущественно в области соматического здоровья с грубой истерической симптоматикой (высокие значения по шкале истерии и низкие по шкале коррекции).

Выраженная личностная дисгармоничность отражена в сочетании демонстративных тенденций с ориентировкой на собственные потребности и субдепрессивной направленности с отрицанием собственной значимости и аутистическими чертами (повышение значений по шкалам истерии, депрессии и аутизации). Проективный рисунок мужчины и женщины отражает партнерскую несостоятельность обследуемого с установкой на индифферентность между персонажами, телесную неадекватность, неопределенность сексуальной роли и диффузную сексуальную агрессию. Телесность персонажей изображена диспропорционально, с обилием фаллической символики (характер прорисовки носов, молоко в руках мужской фигуры). Дополнительный атрибут мужественности в рисунке также компенсирует дефицит маскулинности обследуемого. Штриховка нижней части женской фигуры с грубым подчеркиванием принадлежности к полу (прорисовка грудей) указывает на сексуальный конфликт: озабоченность и тревога по поводу сексуальных отношений с женщиной, страх женской фигуры с одновременным ее обесцениванием и скрытыми сексуально агрессивными фантазиями. Рисунки грубо примитивные, что отражает регрессивные черты и снижение критичности. Сексуальная проблематика отражается и в эмоциональном коллапсе при описании картинки с потенциально сексуально агрессивным смыслом («это модный сериал, дядька огорчен тем, что у него доверие к женщине было, их отношения складываются в разных плоскостях, он услышал негативную информацию, женщина уходит от него»). Проективные рассказы отражают нарушение социальной компетенции пациента, отраженной в сюрреалистических псевдосоциальных сюжетах с грубо стереотипным разделением гендерных ролей и потребительской позицией в отношениях («муж и жена живут в лесу, думают об экопоселении как факторе товарообмена, баба птицу кормит, а мужик дрова колет, общаются с людьми через всемирную паутину, имеют двух детей, жена хочет третьего, муж относится к этому с пониманием, они хотят строить дома для путешественников», «дядька лузгал много семечек, теперь ему вырезает аппендикс первоклассный хирург,

в будущем он снова сядет за шоферную баранку комбайнера»), отсутствием временной перспективы и плоскостью для реальных межличностных конфликтов («земледелец в прошлом пахал предыдущую борозду, в будущем будет пахать следующую борозду»), «это невеста и мать жениха пришли навестить его в поле, мать готовит вкусные пирожки, у матери с невестой уважительные отношения, они не лезут в пространство друг друга»), тему конкуренции с мужской фигурой и сепарационный конфликт с женской («старший препод насмехается над научным докладом младшего», «сын сообщил неприятную новость матери, что он уезжает, он переживает из-за расстройства матери, она даст ему напутствие, и он соберет вещи»). Искаженная структура сексуальности и мотивационно-потребностной иерархии, диффузность гендерной идентичности, эмоционально-личностная незрелость, регрессивная фиксация на материнской фигуре наблюдаются на фоне нарастающего социального дрейфа и дезадаптации. В качестве механизма личностной компенсации можно указать отщепление сексуальности из отношений с лицами противоположного пола, при котором становится доступной большая глубина эмоциональных переживаний, идеализация женской фигуры, направленность на партнерские отношения, что может определить миссию психотерапевтического воздействия.

Таким образом, в исследовании выявляется патопсихологический синдром, характерный для **шизофрении с личностными изменениями по типу «фериробен»**, – на первый план выступает нарастание личностной дисгармонии с негативными изменениями (эмоциональная монотонность, измененность, утрированность, механистичность переживаний, комплекс псевдоневротических жалоб, преимущественно в области соматического здоровья с грубо истерической симптоматикой, сочетание демонстративных тенденций с ориентировкой на собственные потребности и субдепрессивной направленности с отрицанием собственной значимости и аутистическими чертами, искаженная структура сексуальности и мотивационно-потребностной иерархии, диффузность гендерной идентичности с фемининностью, гиперсен-

зитивностью с потенциальным гомосексуальным модусом реагирования и скрытой сексуальной агрессией к женской фигуре, индифферентность партнерских установок, снижение социальной компетентности, социальная отгороженность, эмоционально-личностная незрелость, регрессивная фиксация на материнской фигуре на фоне нарастающего социального дрейфа и дезадаптации) и нарушение мотивационного компонента памяти (снижение продуктивности опосредованного запоминания), мышления (разнотипность, резонерство); вторично нарушен операциональный компонент мышления (феномен «пустой символики», искажение процесса обобщения). В качестве механизма личностной компенсации можно указать отщепление сексуальности из отношений с лицами противоположного пола, при котором становится доступной большая глубина эмоциональных переживаний, идеализация женской фигуры, направленность на партнерские отношения, что может определить мишени психотерапевтического воздействия.

3.1.3. ПСЕВДОРГАНИЧЕСКИЙ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

1. Псевдоорганический патопсихологический синдром преимущественно связан с формированием псевдоорганического варианта дефекта. При данном патопсихологическом синдроме на первый план выступает снижение психической активности, укладывающееся в рамки психиатрической гипотезы о «редукции энергетического потенциала» (РЭП) и представляющее нарушение побудительной функции мотивационного компонента психической деятельности, а также личностные изменения с дефектом по типу простого дефицита (Воробьев В. Ю., 1988). У больных шизофренией с данным видом дефекта отмечается общее сужение объема психической деятельности, сочетающееся с явлениями «астенического аутизма» (Снежневский А. В., 1983; Горчакова Л. Н., 1988). Неотъемлемым компонентом дефекта по типу простого дефицита является наличие или тенденция к образова-

нию интеллектуального снижения. Больные начинают испытывать трудности в образовании понятий, их сравнении, логическом анализе, вербализации, опосредовании, отмечается снижение уровня обобщений, нарушение актуализации автобиографического опыта и вероятностного прогнозирования. Комплекс нарушений мыслительной деятельности – обеднение ассоциаций, повышенная инертность – затрудняют у таких пациентов профессиональную деятельность и, в целом, сужает возможности общей активности и жизненного тонуса. Отмечается и нарастание псевдоорганических расстройств в виде снижения побуждений, утраты спонтанности, сопряженной с дефицитом межличностных контактов. Со временем пропадает стремление к коммуникации с окружающими и близкими, появляется безразличие в общении, утрачиваются прежние интересы, личностные качества – целеустремленность, стеничность, честолюбие. Больные становятся пассивными, подчиняемыми, безынициативными, ограничивая интерперсональные связи узким кругом лиц или семьи; как правило, такие пациенты начинают ссылаться на «упадок сил», ощущение усталости, необходимость экономить энергию в стремлении избежать прежних контактов. Отмечается также психическая уязвимость из ряда псевдоорганических расстройств, когда даже малейшее изменение жизненного уклада или стереотипа поведения окружающих вызывает дезорганизацию психической деятельности и поведения больного, выражающуюся нарастанием интенсивности расстройств мышления, внимания, с периодами тревоги, бездеятельности, эмоциональными «всплесками». Незначительные бытовые трудности вызывают реакции отказа и негативизма, прежние жизненные стремления перестают играть существенную роль в построении поведения, такие пациенты могут с легкостью забросить занятия в университете, высокооплачиваемую работу, без колебаний соглашаясь со статусом инвалида. При этом данные явления не сопровождаются снижением самооценки или ощущением беспомощности, как при изменениях, возникающих в связи с органическим поражением головного мозга. Наоборот, зачастую у таких пациентов отмечается эгоцен-

тризм, очерчивающий период исчезновения прежних привязанностей и становление новой структуры, уже не эмоционально опосредованных, а рационально выстроенных взаимоотношений с другими, приводящих к особым формам симбиотического существования. При этом ряд пациентов становится безжалостными, эксплуатирующими эгоистами, доминирующими и истязующими родственников, другие в поведении проявляют послушность, подчинение чужой воле. Однако поведение и того и другого вида лишены истинных эмоций, чувств, искренности, способности к эмпатии, сочувствию и непосредственному сопереживанию. Проявления тревоги или участия о других лишь «оболочка» для жалости к себе, опасения остаться без поддержки и заботы в случае болезни или смерти опекающих их лиц (Смулевич А. Б., 1988). В качестве производных от дефицита психической активности, отражающего снижение побудительной функции мотивов, можно рассматривать снижение продуктивности динамической и операциональной сторон психической деятельности. Снижение побудительной функции мотивационных процессов в связи с недостаточностью их энергетического обеспечения, приводит и к нарушению их смыслообразующей функции, что проявляется в аспонтанности психической деятельности, соотносимой в рамках психиатрического тезауруса с феноменом абулии (Чебакова Ю. В., 2007).

Следует отметить, что вопросы о том, к какому фактору следует отнести феномен редукции энергетического потенциала – динамическому или мотивационному, – а также о первичности/вторичности мотивационных нарушений в структуре даного синдрома остаются дискуссионными (Курек Н. С., 1981; Критская В. П., Мелешко Т. К., Поляков Ю. Ф., 1991). В настоящем учебном пособии снижение психической активности рассматривается как нарушение активационного компонента мотивации, связанное со снижением его побудительной функции. Два рассмотренных выше патопсихологических синдрома при шизофрении связаны с нарушением смыслообразующей функции мотивов при относительной сохранности их побудительной функции, чем

и определяется патологическая аутистическая активность. Таким образом, все три варианта синдрома при шизофрении в качестве общего ведущего звена имеют мотивационный компонент, но нарушающийся по-разному.

В качестве первичных нарушений при псевдоорганическом варианте патопсихологического синдрома при шизофрении можно выделить нарушение побудительной функции мотивационного компонента психических процессов в виде снижения психической активности. Снижение психической активности проявляется во всех познавательных процессах – внимании, памяти, мышлении, а также эмоционально-личностных нарушениях в виде общего обеднения и уплощения. Вторичными при данном варианте синдрома выступает нарушение операционального компонента мышления – в форме искажения процесса обобщения. Следует отметить, что при данном варианте синдрома снижение продуктивности познавательных процессов будет выражено максимально по сравнению с двумя описанными выше синдромами при шизофрении.

Таким образом, можно выделить следующую иерархию нарушений при данном варианте патопсихологического синдрома:

Первичные нарушения, связанные с нарушением побудительной функции мотивационного фактора, – снижением психической активности (редукцией энергетического обеспечения психических процессов и поведения):

1) снижение психической активности внимания (явления повышенной истощаемости и инертности);

2) мотивационные нарушения памяти (феномен «плато», нарушение ассоциации понятия и рисунка, в т. ч. феномен стереотипных образов, общее снижение продуктивности запоминания);

3) мотивационные нарушения мышления (разноплановость (в форме явления «соскальзываний», феномена разноуровневости), нарушение критичности мышления, резонерство, общее снижение продуктивности мыслительной деятельности);

4) эмоционально-личностное обеднение или нивелирование личностных особенностей и снижение уровня личности (сужение

круга интересов и увлечений, ослабление побуждений, аспонтанность, бесцельность, бедность внутреннего содержания, сужение мотивационно-потребностной иерархии, снижение эмоциональной и социальной компетентности, социальной предсказуемости, нарушение личностной направленности, интеграции идентичности).

Вторичные нарушения, связанные с нарушением операционального компонента мышления:

1) искажение и / или тенденция к снижению уровня обобщений.

Приведем пример описания псевдоорганического варианта патопсихологического синдрома при шизофрении.

Пациент Л. Ю., 39 лет., предварительный диагноз: шизофрения параноидная, депрессивно-бредовый приступ.

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования

Обследуемый правильно ориентирован в месте и собственной личности, число называет не точно. Специфичность переживания времени отразилась и в досрочном приходе пациента на консультацию. Внешний вид опрятный, ухоженный, адекватный ситуации стационарирования; больной выглядит соответственно возрасту. Мимическая и интонационная экспрессия в целом однообразная, монотонная, «маскоподобная», характер поз статичен. Однако следует заметить, что пациент проявляет избирательное оживление при затрагивании ряда тем (музыкальных предпочтений, отношений с женщинами); реально переживаемый аффект не всегда конгруэнтен декларируемому эмоциональному состоянию. Голос обследуемого очень тихий, артикуляция нечеткая; в речи отсутствует инициатива и спонтанность, отмечается ее крайняя лаконичность, трудности формулирования фраз. Диалог выстраивается только в режиме пассивных ответов пациента на вопросы. В целом мышление больного последовательное, без видимых логических разрывов; также регистрируется снижение его активационного компонента и личностной направленности.

Пациент предъявляет жалобы на мышечное напряжение, постоянно сниженное настроение, апатию, отсутствие интереса к чему-либо, невозможность испытывать удовольствие. Концепция болезни выглядит достаточно фрагментарной: считает себя «одержимым», «бесноватым», исключая медицинское объяснение собственного психического состояния по причине резистентности к фармакотерапии. Магический способ переживания и осознания болезни прослеживается и в представлениях о возможном излечении – при помощи воцерковления или мгновенного исцеляющего влияния медицинских препаратов (отсутствие последнего исключает соответствующее объяснение болезни). Причиной своей «бесноватости» считает совершение грехов, в раскрытии содержания которых оказывается недоступным. Обследуемый диссимилирует собственную психопатологическую симптоматику, критичен к потенциально скептическому восприятию окружающих своей субъективной причинности заболевания. Смягчает ретроспективный анамнез болезни, стремится выглядеть более здоровым, в т. ч. презентует себя как более социально адаптированного, чем представлено в реальности (отмечает наличие личной жизни, неофициальной руководящей работы). Пациент не тяготится симптомами своей болезни. Проявления эмоциональной измененности больного заметны и в формализованном, крайне эмоционально бедном описании мира значимых Других, в котором не отражается живая ткань и объемность их характеров и специфики собственных отношений с ними. В контакте обследуемый занимает формально-доброжелательную, пассивно-подчиняемую позицию, оставаясь недоступным в раскрытии своих психопатологических переживаний. В психическом статусе также наблюдаются черты эмоциональной монотонности, выхолащенности, пассивного негативизма с компенсаторными эгоцентрическими тенденциями.

Мотив экспертизы сформирован формально. Обследуемый правильно понимает инструкции, послушно выполняет все задания, не проявляя интереса и эмоциональной вовлеченности в работу, не запрашивая обратную связь. Критичность к ошибкам

снижена, пациент их не замечает, при указании на ошибки экспериментатором пассивно следует его указаниям, к похвале и одобрению чувствителен. Общий темп деятельности неравномерный, с его замедлением к концу обследования.

Динамические нарушения психической деятельности являются следствием снижения психической активности как нарушения побудительной функции мотивов, что проявляется в сочетании феноменов инертности и лабильности при поиске чисел в таблицах Шульте на внимание (колебаниях и трудностях распределения внимания на общем замедленном фоне), снижении продуктивности во всех психических сферах, особенно в заданиях, связанных с социальным ориентированием, трудностях самостоятельной организации и мотивационной направленности.

В сфере механической памяти снижение психической активности проявляется в недостаточной продуктивности запоминания с отсутствием стратегии заучивания со стереотипным повторением порядка слов по типу феномена «плато» (форма «кривой» заучивания – 4, 4, 6, 7, 8; отсроченное воспроизведение – 6 слов из 10), неточных припоминаниях слов по типу фонетической близости («игла» – «игра», «ночь» – «дочь»). Продуктивность опосредованного запоминания снижена (7 понятий из 14). Ассоциативные образы носят как атрибутивный, так и оригинальный и субъективный, содержательно смещенный характер. Например, на понятие «развитие» обследуемый изображает боксера, «надежда» – больницу – «человек лежит в больнице, надеясь на помощь врачей», «моя профессия» – диод, «страх» – заштрихованный квадрат – «ночь в окне, кто-то может появиться ночью». Наибольшие затруднения вызывают социально и эмоционально нагруженные понятия («отчаяние», «трудный разговор»), их опосредование не эффективно и отражает феномен типической стереотипии – однообразное изображение человеческих фигур без дополнительной смысловой графической нагрузки. Рисунки формализованные, преимущественно схематичные, упорядочены на листе, мелкого размера с сильным нажимом, что отражает настоятельную закрытость пациента, аутистические тенденции.

В исследовании выявляется комплекс нарушений мыслительной деятельности. С его операциональной стороны наблюдается искажение процесса обобщения, что проявляется в создании схематичных, эмоционально ненаполненных, субъективных, содержательно смещенных ассоциативных образов для опосредованного запоминания, актуализации латентных признаков при классификации и исключении предметов. Например, обследуемый выделяет группу «древесный материал» (метла, дерево, телега, стол); создает группу «измерительные приборы», куда помимо термометра, весов, часов, измерительной ленты и штангенциркуля включает бутылку и ковш («емкости»), глобус («измерять расстояния между населенными пунктами»), пилу («тоже измерить можно расстояние»); в задании «письмо, радио, гитара, телефон» исключает письмо, т.к. остальные предметы «издают звуки»; «зонт, фуражка, барабан, пистолет» – фуражку, т.к. остальные предметы «издают громкий звук». С мотивационной стороны мышления отмечается его разноплановость, что регистрируется в создании разнонаправленных классификационных групп как по универсальным основаниям («одежда», «посуда», «транспортные средства»), так и латентным критериям («древесный материал»), в т.ч. разноуровневых групп как сверхабстрактных («живые существа», «растительность»), так и очень конкретных («рыбы», «учебные пособия») на окончательном этапе классификации с затруднениями более равновесного объединения групп (до двух или трех). Также пациент легко меняет основания для классификации (мальчика с мячом из группы «профессии» переложил в группу «живые существа»). Феномен «короткого резонерства» проявился в односложных неопределенных ответах на конкретные вопросы («какую музыку Вы любите? – красивую»), витиеватых номинациях обобщенных групп («древесный материал»).

В эмоционально-личностной сфере по данным опросника ММИЛ личностный профиль представлен как достоверный, однако, выражено дисгармоничный с одновременным подъемом по ряду разнонаправленных шкал. Высокие показатели мужествен-

ности вписываются в пик по шкале психопатии (реализация эмоциональной напряженности в непосредственном поведении), отражая маскулинный стереотип реагирования, что в сочетании с пиками по шкалам «невротической триады» и тревоги указывает на блокаду гетероагрессивных проявлений в непосредственном поведении. Также отмечается конфликт между симбиотическими, орально-рецептивными установками с интрапунитивностью и снижением ценности собственных потребностей и эгоцентричностью с ориентировкой на себя (пики по шкалам депрессии и истерии со снижением значений по шкале гипомании). Блокада гетероагрессии с сосуществованием клинических проявлений депрессии может оборачивать деструктивные импульсы против себя, что образует модус потенциального суицидального реагирования (пики по шкалам депрессии и психопатии). Проективная продукция выявляет бедность эмоционального реагирования, телесную неадекватность, нарушение социальной компетентности обследуемого. Рисунки человека имеют характер «инопланетных», гендерно неспецифичных, асексуальных существ с отсутствием социальных атрибутов принадлежности к человеческому роду (например, адекватной прорисовки одежды), выполнены в детской манере, что отражает общую регрессивную направленность личностных изменений больного. В проективных рассказах по картинкам ТАТa отсутствует не только эмоциональная линия отношений между персонажами, но и сама социальная сюжетность; пациент затрудняется представить связанную историю; речевая продукция крайне бедна («люди занимаются земледелием, до этого отдыхали, наверное, семья, девушка просто стоит», «муж и жена, может, любовники, общаются», «мужчина находится в темной комнате»). Данные феномены, вероятно, связаны с нарастанием социальной некомпетентности обследуемого, нарушением тестирования социальной реальности, что также подтверждается и в рассказах по рисункам человека («девушка работает в фирме сотовой связи секретарем, в свободное время вяжет, ни к чему не стремится»). Более оформленные рассказы возникают при предъявлении картинок, актуализирующих тему детско-

родительских отношений, особенно с матерью («мужчина чем-то нахмурен, может, мать пытается его отчего-то отговорить, ему это не очень нравится, по его чертам лица можно понять, что он согласится с ней, хотя будет расстроен»), что подтверждает регрессивную направленность личности пациента. Фиксация на материнской фигуре подтверждается и характером обозначения платья женской фигуры в рисунке. На фоне комплекса личностных негативных изменений с нарастанием спонтанности, бесцельности, социальной изоляции следует отметить истерические механизмы личностной компенсации с эгоцентризмом, элементами демонстративного поведения, созданием таинственного ореола собственных интимно-личностных отношений, большей эмоциональной включенностью в контакт при межполовом взаимодействии, что может определить возможные пути социализации больного при парциально сохранном личностном потенциале.

Таким образом, в исследовании выявляется патопсихологический синдром, характерный для **шизофрении с редукцией энергетического потенциала**, – на первый план выступает нарушение мотивационного компонента психических процессов в форме снижения психической активности: в сфере внимания (сочетание феноменов инертности и лабильности, феномен типической стереотипии), памяти (феномен «плато», снижение продуктивности непосредственного и опосредованного запоминания), мышления (разноплановость, «короткое резонерство») и нарастание негативных эмоционально-личностных изменений (в форме эмоциональной дефицитарности, монотонности, отсутствия интересов и побуждений, спонтанности, бесцельности, социальной изоляции, снижения мотивационной направленности, общей обедненности личности, нарастающей социальной дезадаптации) с чертами выраженной личностной дисгармонии (блокада гетероагрессивных тенденций и инверсия деструктивности, конфликт между симбиотическими, орально-рецептивными установками с интрапунитивностью и снижением ценности собственных потребностей и эгоцентричностью с ориентировкой на себя,

суицидальный риск, хронизация депрессивных проявлений); вторично нарушен операциональный компонент мышления (искажение процесса обобщения). В качестве третичных симптомов намечаются истерические механизмы личностной компенсации с эгоцентризмом, элементами демонстративного поведения, созданием таинственного ореола собственных интимно-личностных отношений, большей эмоциональной включенностью в контакт при межполовом взаимодействии, что может определить возможные пути социализации больного при парциально сохранном личностном потенциале.

3.2. АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Аффективные расстройства (расстройства настроения) – общий класс психических расстройств, связанных с нарушениями в эмоциональной сфере. При аффективных расстройствах основной дефект лежит в сфере аффекта или настроения либо в сторону его угнетения (с или без сопутствующей тревоги) или подъема. Подобного рода изменения настроения чаще всего сопровождаются сопутствующей деформацией общего уровня активности, большинство же других сопровождающих данные нарушения симптомов либо вторичны, либо понимаются в связи с этими изменениями настроения и активности. В психиатрической практике отмечают повторяемость большинства из этих расстройств, а начало отдельных эпизодов часто связано со стрессовыми событиями или ситуациями (Классификация психических расстройств по МКБ-10). Классический вид аффективного синдрома представлен при эндогенной аффективной патологии, в частности, при эндогенных психозах, реактивных и соматогенных психических заболеваниях. Отмечается при этом что биполярное расстройство в отличие от шизофрении имеет более благоприятный прогноз, связанный с качественной и выраженной редукцией психопатологических симптомов после периода завершения фазы заболевания. К аффективным расстройствам относится биполяр-

ный и монополярный (монополярный депрессивный или монополярный маниакальный психоз) психозы. Ведущим признаком аффективного расстройства выделяют периодичность в возникновении психотических фаз (различной интенсивности и длительности) и «светлых» промежутков, «свободных» от заболевания. По МКБ-10 выделяют следующие основные рубрики для классификации аффективных расстройств:

F30-F39 Расстройства настроения (аффективные расстройства)

- F30 Маниакальный эпизод
- F31 Биполярное аффективное расстройство
- F32 Депрессивный эпизод
- F33 Рекуррентное аффективное расстройство
- F34 Хронические аффективные расстройства

3.2.1. ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Расстройства аффективного спектра в виде депрессивного синдрома характерны как для органических, так и реактивных и эндогенных процессов – в рамках монополярных депрессивных, биполярных аффективных психозов и шизоаффективных расстройств с преобладанием депрессий, а также расстройств непсихотического уровня (например, циклотимия). В психиатрической практике принято делить депрессивные синдромы на простые и сложные. В структуре простого депрессивного синдрома ведущее значение имеют аффективные расстройства, в структуре сложного наряду с депрессией наблюдаются и другие психопатологические симптомы, например, бредовые идеи и сенестопатические явления. В некоторых случаях депрессия выражается соматическими жалобами (соматизированная депрессия) (Тиганов А. С., 1997). В качестве психопатологических проявлений при депрессии выделяют: понижение настроения, идеаторное (умственно-речевое) торможение и моторную заторможенность (Тиганов А. С., 1997; Тиганов А. С., Снежневский А. В., Орлов-

ская Д. Д. и др., 1999); при этом некоторые признаки имеют не абсолютное значение, а относительное (например, депрессия может проявляться двигательным возбуждением, тревогой и/или апатией), поэтому в патопсихологическом синдроме комплекс динамических нарушений преимущественно вторичен.

Патопсихологический синдром при депрессии определяется первичным нарушением мотивационного фактора в виде гипертрофии эмоционально-личностного реагирования, выражающегося в сниженном эмоциональном фоне, заниженной самооценке, перфекционизме, поляризованном локусе контроля и мотивационных нарушениях мышления – аффективной дезорганизации мышления и неадекватности критичности. *Пониженное настроение* является одним из главных симптомов депрессии. Обычно пациенты напрямую жалуются на сниженный эмоциональный фон: все кажется безрадостным, настроение – тоскливым, безысходным, вплоть до меланхолии с унынием. Причем в случае реактивной депрессии сниженное настроение пациента имеет объективную причину для существования (хроническая травматическая ситуация для данной личности, реакции горя), в то время как при эндогенной депрессии обычно отмечается беспричинность пониженного настроения. Больные могут сопровождать описания своего психического статуса жалобами на отсутствие желаний, инициативы, стремления и энергии для действий, внезапное и непреодолимое чувство усталости. Недостаточная способность коррекции депрессивного настроения может производить впечатление аффективного сопора, в крайних случаях заторможенной депрессии, переходящей в ступор, с полной обездвиженностью и глубокой психической заторможенностью. Также при депрессивных состояниях при исследовании проективными методами (в том числе ТАТ) отмечается проекция собственных переживаний на сюжет рассказа. Наделение депрессивным аффектом некоторых героев повествования в ТАТе может обнаруживаться в таблицах, обычно не выявляющих состояние депрессии (Соколова Е. Т., 1980), также могут проявляться суицидальные тенденции пациентов (Блейхер В. М., Крук И. В., Боков С. Н., 2009). Кроме того, в специальном исследовании Блейхер В. М.,

Круг И. В., Боков С. Н. у некоторых больных обнаружили иррадиацию депрессивного аффекта с восприятием некоторых окружающих, особенно из числа родственников и близких людей, как страдальцев, достойных сочувствия и жалости (*проекция депрессии* – Блейхер В. М., Круг И. В., Боков С. Н., 2009), в соответствии с чем разделили депрессии на «альтруистические», для которых симптом проекции депрессии характерен, и «эгоистические», при которых окружающие видятся больным в качестве людей чрезмерно состоятельных, благополучных, что по контрасту способствует усилению у больного переживаний с депрессивной окраской. В некоторых случаях пониженный эмоциональный фон может замещаться ведущим тревожным, апатическим или тоскливым аффектом, что может определять различные формы агрессивного поведения. Так при депрессии с ведущим тревожным аффектом преобладают активные формы агрессивного поведения: косвенная и прямая вербальная агрессия, раздражительность, физическая агрессия, что сочетается с выраженной подозрительностью и аутодеструктивным поведением – суицидальными тенденциями и самоповреждающими действиями (Ваксман А. В., 2005). *Заниженная самооценка* включает в себя комплекс негативного восприятия себя, негативного взгляда на мир и на собственное будущее (Бек А. и др., 2003). Пациент может воспринимать себя как неадекватного, не нужного, оставленного, брошенного, ничего не стоящего и зависимого от других, не способного самостоятельно достигнуть какой-либо жизненной цели. Безусловно заниженная самооценка депрессивных пациентов в зависимости от тяжести течения заболевания может варьировать от идей, поддающихся коррекции, до бредовых идей самообвинения, греховности и ипохондрии (нигилистический бред), вплоть до переоценки собственной биографии с ожиданием неминуемой кары за вымышленные или ретроспективно усиленные провинности. Специфика проявления заниженной самооценки также зависит от синдромальной отнесенности депрессии (Целищев О. С., 2011). Например, в случае тоскливой депрессии идеи самобичевания и малоценности сопровождаются ничем не обусловленными ощущениями собственной вины и преимущест-

венно направлены в прошлое, которое представляется как утомительно продолжительная череда неудач и заблуждений. При тревожной депрессии, наоборот, депрессивные идеи ориентированы в будущее и проявляются в виде своеобразных наплывов овладевающих пациентом тревожных опасений о сохранении собственной несостоятельности, отклонений от «общепринятых» представлений об успешности с сопутствующим чувством вины, ожиданием возможных негативных ситуаций в будущем. Эмоциональная скудность, неразвернутость самобичевания, неохваченность в изложении содержания депрессивных идей, по сравнению с другими синдромальными вариантами депрессии характерна для апатической депрессии (Целищев О. С., 2011). *Перфекционизм* при депрессиях предполагает стремление обозначать и поддерживать чрезмерно высокие стандарты и как следствие – невозможность чувствовать удовлетворение от полученных результатов своей деятельности. Данная личностная черта, гипертрофированно проявляющаяся при депрессиях, может наблюдаться в патопсихологическом исследовании как селективное информирование о собственных неудачах и ошибках (*негативное селективное информирование* – Юдеева Т. Ю., 2007): избирательное реагирование на собственные ошибки, делегирование экспериментатору высоких ожиданий с обесцениванием результативности и похвалы. *Поляризованный локус контроля* при депрессивных расстройствах предполагает генерализованную уверенность пациента в негативном воздействии собственных личностных особенностей и поведения в ухудшении сложившихся обстоятельств (интернальный локус контроля); одновременно с этим присутствует уверенность в невозможности контролировать и изменять ситуацию позитивно личными ресурсами (экстернальный локус контроля). *Аффективная дезорганизация мышления* преимущественно проявляется как однозначная негативная интерпретация слабо заряженных или нейтральных стимулов и непосредственно связана со следующими когнитивными особенностями больных депрессией (Бек А. и др., 2003):

1) произвольный вывод – однозначный вывод без достаточных оснований или даже при опровергающих его данных;

2) избирательная абстракция – внимание фокусируется на деталях, вырванных из контекста; более значимые характеристики ситуации игнорируются; концептуализация целой ситуации происходит на основании единичного изолированного фрагмента;

3) свехгенерализация – глобальные, общие выводы делаются на основании одного или нескольких изолированных инцидентов и затем экстраполируются на аналогичные или даже совершенно иные ситуации;

4) преувеличение / преуменьшение – ошибка в оценке значимости или масштабности события;

5) персонализация – безосновательное отнесение внешних событий на свой счет;

б) абсолютистское дихотомическое мышление – тенденция к группированию пережитого опыта вокруг противоположных полюсов (святой-грешный, плохой-хороший и т. д.).

Вторичными нарушениями, входящими в психопатологический синдром при депрессиях, является замедленность когнитивных процессов, доходящая в крайних случаях до снижения продуктивности мнестико-интеллектуальной деятельности; и операциональные нарушения мышления, связанные с актуализацией латентных признаков. Замедленное (заторможенное) мышление выражается в замедленном темпе течения мыслительных процессов, уменьшении количества и объема идей. Характерно замедление темпа ассоциаций с увеличением латентного периода вербальных реакций в ассоциативном эксперименте и при опосредовании понятий. Замедленность мышления сопровождается уменьшением количества представлений, малоподвижностью, инертностью. Отмечаются трудности перехода от одной мысли к другой, приводящие к застреванию на одной мысли и моноидеизму.

В качестве третичных феноменов при депрессивных расстройствах можно выделить комплекс поведенческих особенностей, выражающихся в избегающем поведении, ограничениях

социальной активности с формированием ригидной ролевой позиции и жесткой нормативности собственного поведения.

Поскольку депрессивный синдром сопровождается астенией, в патопсихологическом синдроме могут наблюдаться динамические нарушения познавательных процессов в форме повышенной истощаемости и лабильности. *Повышенная истощаемость функции внимания* проявляется в увеличении темповых характеристик деятельности в каждой пробе, в трудностях сосредоточения внимания и перехода от одного действия к другому, недостаточности активного внимания, которое по мере выполнения задания (таблицы Шульте, исследование работоспособности по Крепелину) удается преодолеть, и могут наблюдаться явления запаздывающей вработываемости (Блейхер В. М., Крук И. В., Боков С. Н., 2009).

Таким образом, можно выделить следующую иерархию патопсихологических феноменов при депрессивных расстройствах:

Первичные нарушения, связанные с дисфункцией динамического в форме повышенной истощаемости и лабильности и мотивационного в форме личностной заряженности факторов:

- 1) повышенная истощаемость и лабильность внимания;
- 2) повышенная истощаемость и лабильность мнестических процессов;
- 3) повышенная истощаемость и лабильность мышления (непоследовательность суждений);
- 4) снижение продуктивности мнестических процессов;
- 5) снижение продуктивности мыслительной деятельности;
- 6) снижение эмоционального фона;
- 7) гипертрофия личностных черт (заниженная самооценка, перфекционизм, негативное селектирование, поляризованный локус контроля, подавление агрессивных импульсов с их интроекцией);
- 8) мотивационные нарушения мышления (феномен «аффективной дезорганизации» мышления, разноплановость, феномен негативного и «черно-белого» мышления, сверхгенерализация и персонализация).

Вторичные нарушения, связанные с нарушением динамического и операционального компонентов:

- 1) инертность психической деятельности (в большей степени, мыслительной);
- 2) тенденция к актуализации латентных признаков предметов и явлений.

Третичные (компенсаторные) нарушения:

- 1) избегающее поведение;
- 2) ригидная ролевая позиция;
- 3) жесткая нормативность поведения;
- 4) черты психологической зависимости.

Приведем пример описания патопсихологического синдрома при депрессии.

Д. Г., 55 лет, предварительный диагноз: рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод тяжелой степени с психотическими симптомами.

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования

Больной в сознании. Ориентирован верно в месте, собственной личности; текущий месяц датирует сентябрем, потом исправляется, правильно указывая дату. Внешне выглядит опрятно, хотя отмечается некоторая «тусклость», «бесформенность» в облике, отсутствие гендерной специфичности в предпочтении аксессуаров одежды, также наблюдается недифференцированность в выборе того или иного стиля, хотя, в целом, соответствует месту пребывания. Выражение лица тоскливое, несколько скорбное, мимически однообразное, что создает впечатление эффекта «маски». Голос слабомодулированный, внешний вид и речь соответствует переживаемому депрессивному аффекту, спектр мимических проявлений ограничен. Речь немногословная, отмечается недостаток инициативы при ее продуцировании: обследуемый затрудняется спонтанно отвечать на вопросы психолога, склонен просто соглашаться с темами для обсуждения. В беседе начинает рассказывать о себе только при активных, наводящих коммента-

риях экспериментатора. В поведении пациента отмечается некоторая «грузность», «тяжеловесность» экспрессивных моторных актов, отсутствие грациозности и соответствующего сопровождения эмоциональным и вербальным выражениям. В беседе вял, апатичен. Любой эпизод автобиографии в словах больного приобретает депрессивный оттенок. Сразу заявляет, что ему «уже нельзя помочь», «конец уже», «смерть от такой жизни». При этом прослеживается оценка событий с точки зрения тем долженствования («нужно делать красиво и правильно» и пр.), морали («среди друзей нет курящих пьющих, ненавижу воровство» и пр.), ориентированности на собственную добропорядочность, добросовестность («чрезмерно ответственный», «хотел быть хорошим раньше» и др.), акцентировании нравственных качеств; среди ценностных категорий можно также отметить озабоченность деталями, правилами, перфекционизм («во всем люблю качество»), соответствие социальным нормативам («с дочкой отношения – лучшие, чем лучше раньше были» и пр.). Поглощен идеями самобичевания, неприглядного внешнего вида: «урод какой-то – лицо уroda», спонтанно начинает смотреть на руки «вон какие руки худые». Признает, что мучают мысли «бедности», «недовольства жизнью». Себя считает больным – «сумасшедший одним словом»: «слабость, ничего не могу делать»; «ноги больные, печень, желудок», при этом внутреннюю структуру и причинность возникновения заболевания объяснить затрудняется: «всем я болен, всем».

Продуктивному экспериментальному контакту малодоступен, от заданий отказывается, проявляет негативизм, раздражается, жалуется на скуку, негативистично отзываясь о них («надоело уже»), мотивирующим уговорам при этом не поддается, начинает ссылаться на свою «немощность», на помощь экспериментатора не реагирует, заявляя, что над ним «издеваются». Инструкции к заданиям понимает с первого предъявления, однако инициативу в их выполнении не проявляет.

Со стороны внимания отмечаются ошибки, связанные с трудностями концентрации в виде пропуска необходимых для выпол-

нения заданий элементов, что в совокупности с другими данными (отсутствии направленности на выполнение заданий) выявляет грубый характер динамических и мотивационных нарушений. Отмечены признаки истощаемости, что проявляется в колебаниях темпа и продуктивности (так, поиск чисел на таблицах Шульте – 33 с, 40 с, 29 с, 47 с, 32 с), рассредоточенности внимания, увеличении количества ошибок к концу обследования и признаки не резко выраженной инертности познавательных процессов, проявляемые трудностями переключения с уже выбранной стратегии действий на другую, сложностями опосредования и увеличением латентного времени поиска ассоциативного образа в методике «Пиктограммы» (особенно проявляющиеся при определении эмоционально-нагруженных слов – печаль, счастье).

Механическая вербальная память снижена. Кривая заучивания 10 слов – 1, 1, 3, 3, 3. Отсроченное воспроизведение – 0 слов из 10-ти. Включение процесса опосредования не улучшает показатели памяти. На общем негативном фоне и постоянных отказов от выполнения экспериментальных проб смог нарисовать 2 понятия («веселый праздник» и «вкусный ужин»), опосредование которых отражает выраженные мотивационные нарушения – схематизм, отсутствие мотивационной направленности к деятельности, общую апатичность испытуемого (на обоих рисунках человек, в одном случае держит в руках лом, в другом – яблоко). Кроме того, при спонтанных комментариях испытуемого в ассоциациях можно отметить феномен аффективной дезорганизации, опосредующий формирование символических образов с депрессивной тематикой, что отражает возможный суицидальный риск (например, пациент на понятие «надежда» отзывается так: «надгробие, потому что надежда умирает последней, зачем ее рисовать, у меня она уже умерла»; «отчаяние – это петля, человек в отчаянии лезет в петлю, меня не будет – зачем что-то рисовать»). Рисунки расположены в нижней части листа, отличаются слабым нажимом карандаша, общей небрежностью изображения.

Мотивационные, динамические и операциональные нарушения мышления проявляются на фоне общей непродуктивности

испытуемого в исследовании. Так, в методике на классификацию предметов пациент смог самостоятельно обозначить лишь две категории обобщения: «птицы» и «то, что можно в пищу», что отражает, с одной стороны, недостаточность активационного компонента мышления, с другой, – наличие феномена разноплановости. Явления актуализации латентных признаков отчетливо проявляются при формировании ассоциативных образов, носящих личностно-значимый характер и при исключении предметов. Например, из группы «фуражка, зонт, пистолет, барабан» исключает «пистолет», т. к. «он агрессивный, и это единственное чего нет, когда он нужен»; кроме того, в характере латентных признаков прослеживаются явления выраженного эгоцентризма испытуемого, общее депрессивное содержание ответов: так, из ряда «платье, ремень, брюки, пальто» исключает «пальто», т. к. «это то единственное, чего не купил жене перед смертью». При интерпретации пословиц быстро истощается, отказывается от дальнейших пояснений. В одном случае смысл передает конкретно, простым перефразированием («Не все то золото, что блестит» – «Много, что блестит, не значит, что золото»), в другом – вносит субъективное, личностное значение («Куй железо, пока горячо» – «Делай, реагируй на все быстро, иначе поздно бывает, как у меня»). Неравномерность интерпретации пословиц также отражает общую анергию испытуемого и зависимость мышления от аффективного фона.

В эмоционально-личностной сфере по данным опросника ММИЛ выявляется достоверный личностный профиль с чертами дисгармонии и стремлением подчеркнуть тяжесть своего состояния, аггравировать симптоматику. Ведущие пики по шкалам депрессии и тревоги указывают на интрапунитивность, пессимистическую оценку перспективы, заниженную самооценку, сензитивность и зависимость. Отмечаются признаки выраженного эгоцентризма, заниженная самооценка, перфекционизм, поляризованный локус контроля, черты психологической зависимости, подавление агрессивных импульсов с их интроекцией, склонность к образованию сверхценных идей. Явления эгоцентризма

проявляются в феноменах проецирования ощущения безысходности и «добропорядочности» на персонифицированных персонажей с вменением негативных качеств не идентифицированным героям рассказов. Например, определяет нарисованного мужчину в рисунке человека как «сильного, готового все отдать другим, хорошего человека», в то время обозначая женский персонаж как «во всем виноватую, севшую на шею». В проективном материале испытуемого также присутствует тема переживания стыда персонажами («мужчина стыдится, что так поступил»), актуализация тем ревности, власти в партнерских отношениях («он встретил другую или она с кем-то другим изменила ему»), социального неравенства («убил ее, чтобы жениться на девушке другого статуса социального, т.к. здесь обстановка бедная, а он такой пиджонский»), высокомерия («у нее есть школьная подруга, она с ней специально дружит, чтобы возвышаться над ней»), перфекционизма (в проективных рисунках прямо отражал идеальных персонажей, мужскому персонажу был присвоен образ идеального мужчины).

Таким образом, на первый план в исследовании выявляется патопсихологический синдром, характерный для **эндогенного аффективного расстройства на фоне актуального депрессивного фона**, – на первый план выступает показатель остроты состояния в форме негативизма и снижения умственной работоспособности с заострением премоурбидных черт личности преимущественно нарциссического типа (сензитивность, «хрупкость» самооценки, высокая тревожность, интрапунитивность, пессимистическая оценка перспективы, склонность к зависимым формам поведения, защитный механизм идеализации и обесценивания, хронизация депрессивных проявлений, перфекционизм) и нарушение мотивационного компонента мышления (феномен разноплановости); вторично нарушен операциональный компонент мышления (тенденция к актуализации латентных признаков предметов и явлений). Третичным компенсаторным феноменом в сфере мышления выступает резонерство, имеющее смысл нарциссического «усиления» собственной значимости; в качестве личност-

ной компенсации можно указать нарциссические механизмы поддержания самооценки, при которых избегание социальных контактов, с одной стороны, и презентация себя как более значимого человека, с другой, выполняют функцию защиты чувства уникальности и неповторимости собственной личности. В рамках астенического состояния выявляется повышенная истощаемость и лабильность психической деятельности.

3.2.2. МАНИЯ

Как и в случае депрессивных состояний, истинные мании встречаются в рамках аффективных психозов с монополярным и биполярным типом течения; выделяются также состояния, проявляющиеся как мания (вторичная мания, маниоформные состояния), однако, являющиеся фасадом иного заболевания (органического или эндогенного), его внешним выражением и проявлением (Маньян В., 1995). В психиатрической литературе выделяют также типологию маниакальных состояний (Пападопулос Т.Ф., Шахматова-Павлова И. В., 1983), отражающую степень и выраженность маниакального или маниоформного состояния. Данный вариант классификации включает циклотимическую гипоманию, простую манию, психотическую манию. При циклотимической гипомании отмечают субклиническое ее протекание, характеризующееся увеличением психического и физического тонуса, бодростью, положительным настроением, усиленным стремлением к деятельности; при простой мании выявляются помимо повышенного аффективного и моторного тонуса также феномены, связанные с особенностями познавательной деятельности и спецификой эмоционально-личностных особенностей (самооценки, модуса поведения); при психотической мании отмечаются выраженные расстройства эмоционального и идеаторного реагирования, протекающие с образованием идей величия и значимости (Гиляровский В. А., 1954).

Патопсихологический синдром при мании в качестве динамического базиса включает гипертрофию эмоционально-лично-

стного реагирования, выражающуюся в повышенном эмоциональном фоне, завышенной самооценке. *Повышенное настроение* в отличие от депрессивного фона настроения для пациентов обычно не становится объектом жалоб. Чаще всего повышенный фон настроения можно определить по откликам пациентов, в которых отмечается переоценка прошлого и будущего, наличие выраженных оптимистичных взглядов, наличие ощущения собственной силы или привлекательности, безграничных возможностей. В мании больной может испытывать радость из-за любого объективного факта реальности, не несущего эмоционального окраса, остро реагирует на все внешние события, все подмечает, во все готов вмешаться, стремится к взаимодействию и коммуникации со всеми (Нуллер Ю. Л., Михаленко И. Н., 1988). В психологической диагностике повышенного фона настроения также являются значимыми показатели по методике ММРІ, характеризующиеся сочетанием подъема по шкале гипомании и снижением по шкалам депрессии и интроверсии (Блейхер В. М., Крук И. В., Боков С. Н., 2009). *Динамические нарушения характеризуются*, с одной стороны, явлениями ускорения психических процессов, с другой – недостаточностью функции внимания, общим дефицитом его произвольности. *Ускорение психических процессов* проявляется в речевых ответах пациентов явлениями *логореи* в виде многословия, монологичности, речевого возбуждения и безудержности речевой продукции, со стороны мышления – *лабильностью и откликаемостью, ускоренностью ассоциативного процесса*. Проявления ускоренного мышления могут быть выявлены в неустойчивости характера адекватных суждений. Неадекватность суждений при лабильности мышления при этом характеризуется поверхностностью, учитывающей лишь часть особенностей и свойств обсуждаемого явления или предмета, протекающей с «выпадением» промежуточных этапов или звеньев рассуждений. Подобная лабильность может быть связана с наличием побочных, посторонних ассоциаций, носящих хаотичный, не отторжимаемый характер, отвлеченно связанных с мыслительной задачей. В патопсихологическом исследовании такие опрометчи-

вые, торопливые суждения больных могут корректироваться экспериментатором при указании подэкспертному на имеющуюся ошибку. Трудности корректировки допущенных ошибок наблюдаются только в случае гневливой мании, когда любая попытка вмешательства в ход рассуждений больного приводит к негативному и отрицательному эффекту. Крайний вариант лабильности может проявляться мысленной *скачкой идей* – быстрой сменой мыслей в словесном потоке. W. Jahrreiss (1928) в рамках данного вида скачки идей выделял богатую и бедную образными. При варианте *богатой скачки идей* определяется последовательность мыслей, возможно и редуцированных, не доведенных до конца в отличие от шизофренической разорванности. *Бедная образными скачка идей* характеризуется интенсивным ускорением мыслей больного при малом количестве возникающих представлений. В процессе беседы бедная образными скачка идей проявляется ускорением речи и многословности при узком круге представлений и образов. При этом лавирования между мыслями происходят не столько вследствие лабильности мышления, подвижности смысловых ассоциаций, сколько по созвучию или под действием внешней стимуляции или впечатления. В описанном случае говорят о малопродуктивной мании, что обычно связано с маниоформным течением шизофренического процесса. Когда вследствие резкого ускорения мышления выпадают связи между отдельными суждениями – говорят о *маниакальной (вихревой) спутанности*. Ускоренное мышление в силу своей неустойчивости может характеризоваться утратой объекта рассуждения (Блейхер В. М., Крук И. В., Боков С. Н., 2009). Еще одним вариантом проявления скачки идей может быть феномен *ментизма* или «немой», бедной речью скачки идей, наплыва мыслей (Jahrreiss W., 1928). Симптом отличается произвольным возникновением и неподконтрольностью его течения. Субъективно переносится тягостно в силу отсутствия их направленности, независимости от сознательной регуляции, невозможности контроля и не подчиняемости волевому желанию их прекратить. Зачастую такие мысли даже не оформляются в четкие вербальные обороты

и проступают в сознании в виде лишенных конкретного наполнения и порядка представлений, образов, понятий. В психиатрической литературе ментизм рассматривается как вид ассоциативного автоматизма (малый автоматизм). Данный симптом встречается при шизофрении (при малопрогрессирующем процессе, в дебюте заболевания, когда еще не оформлен тот или иной вид психического дефекта), реже в начальной стадии экзогенно-органических психозов, в случаях невыраженных расстройств сознания при маниакальном ступоре. *Недостаточность функции внимания* проявляется дефицитом произвольности, феноменами *повышенной отвлекаемости*, что вторично приводит к дефициту *целенаправленности психической деятельности*. Недостаточность функции произвольной регуляции внимания часто маскируется кажущимся ускорением психических процессов, что обычно не наблюдается при патопсихологическом обследовании пациентов в маниакальном состоянии. Например, время сенсомоторных реакций и латентный период между предъявлением слова-раздражителя и продуцируемой больным ответной реакцией в ассоциативном эксперименте часто не ускорены, а, наоборот, в некоторых случаях отмечается ухудшение этих показателей в связи с неустойчивостью внимания (Блейхер В. М., Крук И. В., Бокков С. Н., 2009). Нарушения целенаправленности, проявляющиеся в различных сферах психической деятельности, являются вторичными.

Таким образом, можно выделить следующую иерархию патопсихологических феноменов при мании:

Первичные нарушения, связанные с дисфункцией динамического фактора в форме ускорения психических процессов:

- 1) повышение эмоционального фона (повышенное настроение);
- 2) нарушение произвольного внимания, его неустойчивость и отвлекаемость;
- 3) снижение продуктивности мнестических процессов;
- 4) ускоренность и лабильность мышления;
- 5) снижение продуктивности мыслительной деятельности.

Вторичные нарушения, связанные с нарушениями мотивационного и операционального компонентов:

- 1) нарушение произвольного внимания, его неустойчивость и дефицит целенаправленности;
- 2) нарушение избирательности восприятия;
- 3) нарушение опосредованного запоминания (дефицит целенаправленности ассоциативного процесса, нарушение ассоциации понятия и рисунка);
- 4) дефицит целенаправленности и дезорганизация мышления, разноплановость (в форме «соскальзываний», феномена разноуровневости), нарушение критичности мыслительной деятельности);
- 5) переоценка собственной личности;
- 6) тенденция к актуализации латентных (случайных, поверхностных, субъективных) признаков предметов и явлений.

Приведем пример описания патопсихологического синдрома при аффективном расстройстве.

Ч. Б., 45 лет, предварительный диагноз: биполярное аффективное расстройство, текущий маниакальный эпизод.

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования

Обследуемая в сознании, всесторонне ориентирована верно. Одеты опрятно. На лице выразительный макияж, несколько несоответствующий ситуации нахождения в больнице (яркая, насыщенная помада, ядовитого цвета тени на глазах), аккуратная прическа с укладкой по молодежной моде. Голос громкий, четкий. Мимика и речевые интонации выражены ярко; характерно чередование различных эмоциональных проявлений у испытуемой. В контакт вступает легко, при входе в кабинет сразу начинает здороваться с экспериментатором за руку, желать «всего наилучшего». Речь по типу монолога, в беседе многоречива; отмечается эмоциональная экспансивность с неводержанностью выражения собственных чувств, склонностью к возникновению реакций раздражения. Ассоциативный процесс у больной ускорен,

вследствие чего ее речь выглядит «разорванной», логически бес-
связной. Обследуемая легко переходит с темы на тему, обна-
руживает нецеленаправленность всей психической деятельности.
Часто употребляет древнерусские слова, вышедшие из совре-
менной активной речи, не всегда уместно использует фразеоло-
гизмы; подчас выражает свои мысли с помощью необычных ре-
чевых оборотов (например, «я живу в мире серебряного века»).
Отвечает не всегда по существу (при вопросе о том, как ей удоб-
но, чтобы ее называли, отвечает: «можно по разному: студенты
меня называют Википедией, потому что я много знаю, во Фран-
ции меня называют на французский манер и т. п.»), что в силу
ускоренности ассоциативных процессов с трудом поддается ква-
лификации. Например, высказывание о том, каким образом па-
циентка попала в больницу, носит следующий характер: «поя-
вились нетривиальные события – я была в курсе источников до-
ходов своего мужа, я быстренько построила план и подсуети-
лась ... и т. д.»; на вопрос о том, как познакомилась с мужем, от-
вечает: «знали мы друг друга 40 лет, он из таких непотопляемых
всегда был и сейчас, и в советское время, первый период был
конфетно-букетным, учитывая, что ему в те годы было доступно
абсолютно все... и т. д.». В психическом статусе отмечаются чер-
ты эмоциональной неустойчивости, импульсивности, повышенной
подозрительности, манерности.

В ходе выполнения экспериментальных заданий у больной
отмечается общее снижение продуктивности психической дея-
тельности в силу выраженной нецеленаправленности обследуе-
мой. Инструкции понимает, но чаще всего длительно их не удер-
живает, приступает к заданиям, не дослушав их до конца, быстро
теряет «нить» задания, вследствие чего экспериментальная дея-
тельность больной выглядит хаотичной. Не ориентируется на
критику и похвалу со стороны экспериментатора, руководствуясь
сиюминутными импульсами. Так, при критике со стороны экспе-
риментатора при проверке состояния мнестических процессов
отзывается выполнять задание: «если бы Вы мне несколько слов
назвали, я бы могла буриме сочинить, и сейчас могу, а нет, там

слов должно быть меньше, лес, сон...»; при просьбе оценить успешность выполнения заданий, выдает социально-желательный ответ, в дальнейшем разясняя, что психолог оценивает «неправильно», «точно», в то время как ее ответы «обильны, культурно и философски насыщены, они объемны как целый мир!». На похвалу реагирует преувеличением собственных результатов («это так легко, с ходу, если без напряжения ответить!»). Общий темп деятельности неравномерный.

В исследовании выявляются динамические нарушения психической деятельности, что выражается в повышенной отвлекаемости больной, колебаниях функции внимания, вторично приводя к мотивационным нарушениям в форме потери ее целенаправленности, не следовании инструкции, легкой потере «нити» задания, «соскальзывании» на побочные ассоциации, дезорганизации мыслительного процесса (так, при выполнении пробы «Классификация предметов» вместо выполнения задания, увидев карточку с мальчиком, начинает рассуждать о том, как она воспитывала детей).

Со стороны мнестических процессов выявляются также признаки лабильности при достаточном, соответствующем возрастной норме объеме памяти. «Кривая» механического заучивания по методике «10 слов»: 8, 6, 9, 6, 9. Отсроченное воспроизведение незначительно снижено и составляет 7 слов из 10-ти. Включение процесса опосредования ухудшает показатели памяти (правильно припомнила 3 слова из 16-ти), что в совокупности с особенностями ассоциативных образов (носящих случайный, аффектированный, личностно опосредствованный и, вследствие этого, содержательно «смещенный» характер) указывает на нарушение мотивационного компонента данного вида деятельности вследствие выраженной аффективной неадекватности. Ассоциации носят нестандартный (например, изображает понятие «развитие» знаком бесконечности, комментируя: «предела нет совершенству»); содержательно смещенный (так, на понятие «скука» изображает множество точек: «скучать это не интеллигентно, это так не важно, скука – это ничто, посмотрите на меня, мне разве скучно?

скука – это пустота, пустой человек»); персонифицированный («любовь – это то, чем я живу: музыка, книги, всегда, во всем меня преследует гимн: (начинает петь) надежда, мой компас земной...»); метафорический; схематичный (например, понятие «разлука» изображает двумя стрелочками; «любовь» – музыкальным ключом) характер. В силу эгоцентрической направленности мышления, содержательной смещенности ассоциаций, наблюдаются также трудности создания рисунков к пиктограммам. Например, при просьбе нарисовать «обман», отвечает: «обман, предательство... я к этому как-то абсолютно не реагирую, для меня такой человек не существует, мелкий, крупный обман; для меня этого явления нет – я из академической семьи». Рисунки изображаются с обилием излишних, размашистых деталей, увеличенного размера и нажима карандаша; хаотично расположены на листе бумаги.

Мыслительная деятельность больной полностью дезорганизована в результате нарушения ее целенаправленности вследствие ускоренности психических процессов. Осуществление мыслительных операций полностью подчинено субъективным, аффективным ассоциациям обследуемой. Например, пациентка создает классификационные группы «история про мальчика», «домохозяйка», «морская тема», «дизайн, мир созерцательности в каком, я сейчас пребываю» совершенно не ориентируясь на объективные признаки предметов и явлений. С мотивационной стороны мышления наблюдается феномен разноплановости и «единой системы» в форме «соскальзывания» на побочные ассоциации, временами доходящей до степени непоследовательности, алогичности суждений. Так, создавая классификационную группу «морская тема», больная начинает включать в нее совершенно отдаленные от изначального принципа предметы – «вот моряк на корабле, а с ним и доктор Айболит, тут и койка, и книги, а как же доктору учиться?» Разноплановость мышления также проявляется во включении наряду с объективными субъективных критериев (например, «нравится / не нравится»).

В эмоционально-личностной сфере выявляется эмоциональная неустойчивость, манерность, импульсивность, трудности ре-

гуляции аффекта, повышенная подозрительность, эгоцентризм, завышенная самооценка.

Таким образом, в исследовании выявляется патопсихологический синдром, характерный для **биполярного аффективного расстройства с текущим эпизодом мании**, – на первый план выступают динамические нарушения психической деятельности (повышенное настроение, ускоренность ассоциативного процесса, лабильность мышления, снижение продуктивности опосредованного запоминания); вторично нарушен мотивационный компонент в форме потери целенаправленности когнитивных процессов (ассоциативных – избыточность, нестандартность, содержательная смещенность, метафоричность, схематичность, персонифицированность образов; мыслительных – феномен разноплановости, в том числе соскальзываний и единой системы, неравномерность осуществления мыслительных операций, включение субъективных аффективных критериев); личности (эмоциональная неустойчивость, манерность, импульсивность, трудности регуляции аффекта, повышенная подозрительность, эгоцентричность, завышенная самооценка).

3.3. ЭПИЛЕПСИЯ

Эпилепсия («epilepsia» происходит от греческого слова «внезапно падать») является эндогенно-органическим, хроническим прогрессирующим заболеванием, протекающим с судорожными и бессудорожными пароксизмальными расстройствами, характерными изменениями личности, возникающим со временем выраженным слабоумием и вероятностью развития острых и затяжных психозов на отдаленных этапах болезни. В настоящий момент отсутствует единая систематика данного заболевания. Различные классификации (Болдырев А. И., 1976, 1984) опираются на генез и специфику течения эпилепсии, разграничивая идиопатическую (генуинную, эпилептическую болезнь) и симптоматическую (вторичную, возникающую вследствие органического

заболевания мозга и внутренних органов); существуют также классификации по частоте и ритмичности пароксизмов (эпилепсия с частыми и редкими припадками, эпилепсия с интермиттирующим, нарастающим и неправильным ритмом припадков), времени возникновения пароксизмов (эпилепсия пробуждения, ночная эпилепсия), возрасту к началу болезни (детская эпилепсия, поздняя эпилепсия), прогрессивности (доброкачественная и злокачественная). Выделяют и классификацию на основании локализации эпилептического очага, разделяя виды эпилепсии на корковую, височную, дизэнцефальную и др. (Тиганов А. С., Снежневский А. В., Орловская Д. Д. и др., 1999). В рамках МКБ-10 эпилепсия шифруется в рубрике *G40.0-40.9*, что указывает на преимущественно неврологический статус данного заболевания; в рамках психиатрического тезауруса расстройства, связанные с эпилепсией, частично представлены в разделах:

- F02.8x2. Деменция в связи с эпилепсией
- F04.2. Органический амнестический синдром в связи с эпилепсией
- F05.02. Делирий не на фоне деменции в связи с эпилепсией
- F05.82. Другой делирий в связи с эпилепсией
- F05.92. Неуточненный делирий в связи с эпилепсией
- F06. Другие психические расстройства вследствие повреждения или дисфункции головного мозга либо обусловленные физической болезнью
- F06.02. Галлюциноз в связи с эпилепсией
- F06.12. Кататоническое состояние в связи с эпилепсией
- F06.22. Бредовое (шизофреноподобное) расстройство в связи с эпилепсией
- F06.302. Психотическое маниакальное расстройство в связи с эпилепсией

В патопсихологическом синдроме при эпилепсии в качестве основного звена «поломки» психической деятельности выделяют нарушение динамического фактора психической деятельности

в форме ее инертности. Данный вариант инертности имеет свои специфические особенности, отличающих ее от сходного феномена при других органических нарушениях (вследствие сосудистых, атрофических и иных заболеваний головного мозга). Элементы инертности психической деятельности отмечаются и при депрессивных состояниях, однако в этих случаях инертность психической деятельности является вторичным образованием, так как ведущая роль принадлежит замедлению мыслительной деятельности и стойкому депрессивному аффекту, характеризующемуся затуханием побудительных мотивов уже начатого действия (Блейхер В. М., Крук И. В., Боков С. Н., 2009). *Нарушения подвижности психических процессов* проявляются как трудности переключения внимания, увеличение времени, затрачиваемого на задание, и обнаруживаются даже в случае начальных проявлений эпилепсии, наличии лишь единичных судорожных припадков при отсутствии заметных признаков интеллектуально-мнестического снижения. Б. В. Зейгарник (Зейгарник Б. В., 2017) и В. М. Блейхер с соавторами (Блейхер В. М., Крук И. В., Боков С. Н., 2009) в своих исследованиях выявили типичные ошибки больных эпилепсией при чередовании попеременного называния к заданным словам антонимов и синонимов, одушевленных и неодушевленных предметов, ограничении называемых предметов рамками одного понятия (например, называются одни птицы или только домашние животные в качестве одушевленных либо посуда или окружающая обстановка в качестве неодушевленных), частое повторение одних и тех же слов, иногда (чаще в начале задания) – неправильное чередование пар слов. При этом инертность психических процессов отличается отсутствием признаков повышенной утомляемости и пресыщаемости. Инертность затрагивает также мнестические, речевые и мыслительные процессы. Со стороны памяти данный феномен обнаруживается в виде медленного прироста продуктивности непосредственного запоминания и повышенной детализованности (Зейгарник Б. В., Биренбаум Г. В., 1935), конкретности ассоциативных образов (отражающих детализирующий тип восприятия) для опосредо-

ванного запоминания, что в свою очередь непосредственно связано с феноменом «вязкости» мышления. Для больных эпилепсией характерно снижение продуктивности непосредственного запоминания; при этом смысловое опосредование не повышает продуктивность мнестической деятельности вследствие избыточной детализированности ассоциативных процессов, подмены задачи запоминания задачей рисования (Зейгарник Б. В., 2017). «Вязкость» мышления характеризуется обстоятельностью, тугоподвижностью, трудностями выделения основного от второстепенного, производит впечатление своеобразного «топтания» на одном месте, сложностью расширения круга ограниченных представлений и трудностями переключения на что-то другое. В первую очередь, такой вид мышления можно определить как ригидное, «вязкое» недостаточно гибкое, торпидное. Увязая в мелочах и подробностях, описывая и перечисляя частности, больной эпилепсией, при этом, всегда удерживает цель своего рассказа, хотя темп и характер речи практически не корригируемы. В патопсихологическом эксперименте «вязкость» мышления регистрируется как инертность связей прошлого опыта (Зейгарник Б. В., 2017), что отражает трудности пациентов абстрагироваться от житейских, конкретных признаков предметов, их «привязанности» к конкретной ситуации при способности с помощью экспериментатора осуществить адекватное обобщение. При этом феномен снижения продуктивности опосредованной памяти может выступать более выражено, чем снижение объема механической (Бондарева Л. В., 1971; Петренко Л. В., 1976) в случае больных эпилептической болезнью в отличие от больных с симптоматической эпилепсией. При этом глубина и включение расстройств механической памяти в структуру синдрома обычно отражает степень ослабоумивающего процесса (Воронков Г. Л., 1972). Речь больного эпилепсией характеризуется наличием таких феноменов как *олигофазия*, *паузы*, *повторения*, *уменьшительные слова с соответствующими суффиксами* («цветочек», «мамочка», «картиночка» и т. п.). Зачастую паузы в речи больные заполняют лишними и бессмысленными в данном контексте словами вида: «ти-

па», «понимаете», «в общем-то», «так сказать», «собственно», «значит», «вот» и т. п. Кроме того, инертность у таких больных проявляется и сфере эмоционального реагирования, что непосредственно описывается феноменом *ригидности аффекта* (инертность, «тугоподвижность», «вязкость» эмоций) – длительным эмоциональным переживанием давно прошедших событий, константностью эмоциональной оценки тех или иных событий, образованием сверхценных идей. Подобного вида «застреваемость» обнаруживается в случае наличия неприятных переживаний – чувства вины, гнева, обиды, ревности, злобы, мести и проявляется брутальностью, дисфоричностью характера аффективных реакций, мстительностью и гневливыми разрядами с возможными агрессивными действиями в отношении окружающих. При выраженных характерологических изменениях этот феномен выявляется повышением показателя по шкале ригидность аффекта (6) в методике ММРІ.

Вследствие наличия «очага» патологической мозговой активности при эпилепсии наблюдается ряд нейропсихологических феноменов. Со стороны речи наблюдается *олигофазия*, которая выражается в затруднении называния показываемых больному предметов или их изображений при возможности называния его особенностей, свойств и функций, явлениях амнестической афазии. В этом случае больные испытывают трудности при поиске нужного слова, однако, при предъявлении фразы с пропущенным словом подыскание нужного для пациента облегчается. Выделяют два варианта олигофазии – острую после-припадочную и постоянную (общую прогрессирующую) олигофазию. После-припадочная олигофазия проявляется после восстановления сознания пациента и исчезновения симптомов асимболии (нарушение способности узнавать предмет и его назначение). Острая послеприпадочная олигофазия изучена Серединой М. И. (Серединой М. И., 1941, 1946), которая установила последовательность восстановления корковых связей: 1) между речевоспринимающей областью и двигательным (кинестетическим) анализатором,

в связи с чем больной может правильно выполнять задания на двигательную активность, не называя предметов; 2) между зрительной и моторной областями; на этом этапе больной может жестами описать предназначение показываемых ему предметов; 3) между зрительным и речедвигательным анализаторами – пациент демонстрирует верное название предметов; 4) между слухоречевым и речедвигательным анализаторами, когда больные могут верно и в плане заданного отвечать на вопросы. Помимо последовательности восстановления функций можно отметить неоднородность в затруднении называния предметов: так более знакомые по прежнему опыту, частотно употребляемые понятия больные начинают называть раньше, чем менее известные и обычные. При длительном течении заболевания олигофазия выявляется в межприпадочные периоды, что позволяет говорить о ее прогрессирующем типе, являющемся отражением эпилептического слабоумия. Кроме того, при данном виде олигофазии характерно уменьшение активности поисков больным нужного слова, в связи с чем отмечается относительная редкость вербальных парафазий. Это также отличает общую прогрессирующую олигофазию от истинной амнестической афазии, для которой характерны вербальные парафазии (Блейхер В. М., Крук И. В., Бокв С. Н., 2009).

В качестве вторичных нарушений при эпилепсии можно выделить феномены операциональных нарушений когнитивных процессов. Со стороны мышления можно обнаружить снижение уровня обобщений, которое также зависит от степени развития эпилептического процесса.

В качестве третичных нарушений при эпилепсии выделяют феномены мышления – резонерства и непонимания юмора и изюнераства эмоционально-личностной сферы в виде повышенной вежливости, льстивости и угодливости, эгоцентризма, педантизма и завышенной самооценки, ригидного уровня притязаний. *Феномен эпилептического резонерства* имеет морально-поучительный характер, что отражает патетичность, не критичность и пере-

оценку собственного жизненного опыта больным; при этом сами высказывания носят неглубокий, поверхностный уровень суждений с содержанием шаблонных, банальных ассоциаций. Данный вид резонерства обычно приурочен к определенной, реальной ситуации, от которой больному сложно абстрагироваться. Так признаки инертного, «лабиринтного» мышления проявляются в крайне обстоятельных, детализированных, вязких суждениях поучительного характера: к примеру, пословицу «Нечего на зеркало пенять, коли рожа крива» пациент поясняет так: *«Если рожа крива, что на зеркало пенять.... Да, действительно, не надо пенять на зеркало, потому что лицом не вышел и фигурой... надо стремиться следить за собой, заниматься физкультурой, по моде одеваться, чтоб тебе шло, выбрать стилиста, парикмахера...»*; другой больной следующим образом объясняет смысл пословицы «Не все то золото, что блестит»: *«Золото и деньги – это не главное. Блестеть должен сам человек. Сейчас вот молодежь какая, совсем пустая, им все деньги, шмотки, цацки. А вот в наше время при Советском Союзе ценности совсем другие были, человеческие – доброта, взаимовыручка, дружба. Сейчас совсем не те времена, стыдно за молодежь сегодня»*. Непонимание юмора у таких пациентов связывают с вязкостью мышления, тугодумием, трудностями в выделении существенного и тенденцией к детализации, склонностью к резонерству (Познанский А. С., Дезорцев В. В., 1965). Сочетание полярностей отношения к другим у больных эпилепсией также образует специфический модус нарушений, определяемый одновременным существованием вежливости, льстивости и угодливости, маскирующих повышенную агрессивность и злобность таких пациентов. В характере также возможны легкие переходы от одной крайности к другой. Они то очень приветливы, добродушны, откровенны, порой даже слащавы и навязчиво-льстивы, то, наоборот, необыкновенно раздражительны и дисфоричны. При анализе оценочных шкал по методике ММИЛ подобные тенденции могут быть выявлены либо через значительное повышение показателя коррекции, что свидетельствует о стремлении преподнести себя

в наиболее выигрышном свете в соответствии с общепринятыми стандартами поведения; либо в выраженном повышении показателя откровенности, что в сочетании с отсутствием психотического состояния и факторов острого психоэмоционального стресса предполагает желание больного усилить внешние симптомы заболевания, чтобы вызвать жалость и добиться сочувствия окружающих. При выраженных дисфориях отмечается код профиля, характеризующийся пиками по шкалам психопатии (4) и ригидности аффекта (6), что свидетельствует о склонности к дисфориям и асоциальным тенденциям, пренебрежение морально-этическими и социальными нормами (Березин Ф. Б., Мирошников М. П., Соколова Е. Д., 1976). При повышении активности (добавлении повышенного показателя по шкале гипомании (9)) зачастую больные обнаруживают наклонности к агрессивным поступкам (Блейхер В. М., Крук И. В., Боков С. Н., 2009). В проективных методиках также можно обнаружить склонность пациентов к нивелированию возможных конфликтных ситуаций, чрезмерно альтруистические тенденции, что при варьировании обстановки исследования – введении в нее фрустрирующих факторов – выявляет другой компонент эпилептической аффективной пропорции в виде взрывчатости и злобности. *Проявления эгоцентризма* могут наблюдаться в явлениях персонификации в методике пиктограммы с включением себя в изображаемую ситуацию (Бондарева Л. В., 1971; Лонгинова С. В., Рубинштейн С. Я., 1972) и других проективных методиках (Завилянский И. Я., Таращанская Р. Е., 1959). По мере усиления психического дефекта наблюдается увеличение *явлений недостаточной критичности к себе*, начинает отмечаться *недооценка неблагоприятных жизненных факторов*, возрастает количество импунитивных реакций; у больных начинает преобладать *преувеличенно-оптимистическая, неадекватная оценка будущего*, что непосредственно связано с проявлениями завышенной самооценки и ригидности уровня притязаний. *Педантизм* проявляется в тщательности, скупулёзности в отношении любой воспроизводимой больным деятельности.

Таким образом, можно выделить следующую иерархию патопсихологических феноменов при эпилепсии:

Первичные нарушения, связанные с дисфункцией динамического фактора в виде инертности психических процессов:

- 1) инертность и трудности переключения внимания, отсутствие утомляемости и пресыщения;
- 2) инертность мнестических процессов;
- 3) снижение продуктивности непосредственного и опосредованного запоминания;
- 4) детализованность, конкретность ассоциативных образов для опосредованного запоминания;
- 5) «вязкость», обстоятельность мышления, инертность связей прошлого опыта;
- 6) ригидность аффекта.

Вторичные нарушения, связанные с нарушениями операционального компонента:

- 1) снижение уровня обобщений.

Третичные (компенсаторные) мотивационные нарушения:

- 1) эпилептическое резонерство (морально-поучительной направленности);
- 2) полярность отношения к другим (сочетание агрессивности и дисфорических реакций с вежливостью, льстивостью и угодливостью);
- 3) педантизм;
- 4) эгоцентризм;
- 5) завышенная самооценка, недостаточность критичности к себе, преувеличенно-оптимистическая, неадекватная оценка будущего, недооценка неблагоприятных жизненных факторов; неадекватность уровня притязаний.

Приведем пример типичного заключения с описанием иерархии патопсихологических феноменов при эпилепсии.

Большой В. Б., 47 лет, предварительный диагноз: эпилепсия на фоне органического поражения головного мозга травматического генеза.

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования

Больной в сознании. Всесторонне ориентирован полностью правильно. Выражение лица несколько игривое. Речь с заиканием, торопливая; характерно употребление речевых штампов, трудности подбора понятий в выражении. При отсутствии подходящих слов для ответа на вопрос испытуемый использует «знаковую жестикуляцию» (крутит пальцем у виска, сжимает левой рукой правый локоть), ненормативную лексику как «знак глубокого уважения к экспериментатору», отмечая при этом, что «доктор этого слышать не должен», прося нагнуться психологу к нему поближе. При входе в кабинет сразу встает на колени, хватая экспериментатора за руку, прося о «пощаде», т. к. «он не такой больной, как остальные, и может быть можно закончить все побыстрее». В беседе представляется «Борькой, Борюсиком, как мама называла раньше». Дистанцию удерживает не всегда: называет экспериментатора «девушкой», периодически фамильярничает, несколько «ужимист». Объяснение причин госпитализации носит экстрапунитивный характер, что проявляется в агрессивных внешнеобвиняющих высказываниях в сторону супруги: «я мешаю ей, наверное, она отправила, чтобы любовью отзаниматься, супруга, хорошая в кавычках». Предъявляет жалобы на заикание, сформировавшееся с детства, фиксирован на данном факте. При вопросах о степени комфорта в данном учреждении, говорит, что тяготеет пребыванием, однако разъяснить причины «психологических неудобств» толком не может: «не думал, что здесь такая психологическая обстановка – отношение больных: на кровать мою садятся, нет дружеского контакта»; тут же отмечает, что «кормят его хорошо». Дальнейшие конфронтационные интервенции со стороны экспериментатора в виде указаний на возможные действия по устранению причин выявляют непоследовательность и «скрытность» в отношении суждений о дискомфорте (отмечает, что так он и делает). В психическом статусе отмечаются черты демонстративности, угодливости, льстивости, эмоциональной холодности, завышенной самооценки.

Задания выполняет с неохотой, пытается отказываться от них («может, я вам шоколадку принесу с обеда?»); при пассивном же подчинении психологу, в случае уговоров, пробы выполняет. Однако мотив экспертизы остается несформированным, т. к. в конце исследования просит поспособствовать экспериментатора в выписке, пытается уговаривать и настаивать на данном требовании, при отказе и разъяснении – обесценивает задания и личность психолога, тут же извиняясь за свою «поспешность». Перед выполнением проб начинает оправдываться, спрашивать «что будет, если не справится». В процессе выполнения заданий отвлекается на побочные ассоциации, предпочитая «поговорить» на посторонние личностно-значимые темы, постоянно ссылаясь на мысли о «другом», мешающие справляться с заданиями.

Динамические нарушения психической деятельности представлены ее инертностью, что выражается в замедленном темпе выполнения заданий, в частности, поиска чисел в таблицах Шульте на внимание (60 с, 51 с, 51 с, 55 с, 53 с); наличии выраженного периода «вработывания» в новое задание; присутствии «ошибок внимания» при определении карточек в группы в методике на «Классификацию предметов»; медленном нарастании продуктивности непосредственного заучивания; наличии конфабуляторных включений при проверке механического воспроизведения; трудностях подбора рисунков в методике «Пиктограммы» на абстрактные понятия; создании стереотипных, чрезмерно детализированных ассоциативных образов для опосредованного запоминания; обстоятельности мышления.

В мнестической сфере отмечается сужение объема механической памяти с трудностями формирования эффективной стратегии заучивания (форма «кривой» – 5, 6, 6, 7, 7) и преимущественным воспроизведением одних и тех же слов в центре мнестического ряда. Отсроченное воспроизведение составляет 4 слова из 10, что свидетельствует о неустойчивости мнестического следа. Продуктивность воспроизведения при включении смыслового компонента – 9 понятий из 16; припоминаемые образы при этом не-

точные, лишь близки к исходному понятию. Ассоциативные образы имеют преимущественную эгоцентрическую направленность, отражающуюся в привлечении и изображении себя при опосредовании того или иного понятия (например, на понятие «девочке холодно» рисует «сердце», комментируя – «любовь греет, чувства, это знак, что я готов всегда согреть»). В силу невозможности отвлечения от собственной субъективной оценки местами рисунки теряют и необходимую связность с понятийным содержанием слова (так, на понятие «справедливость» большой изображает «оружие, пуля летит, убийство другого человека»; при вопросе о том, как это связано с заданным словом, отвечает: «я запомню, когда эту тварь руками удавлю, и это будет справедливость»). Также отмечается феномен чрезмерной детализированности ассоциативных образов, отражающийся в увеличении количества прорисованных деталей и сюжетных линий в рисунках (так, на слово «победа» рисует «шествие людей, у которых на флагах много-много звезд, которые и на небе тоже горят»). Рисунки чрезмерно упорядоченные, обведены в рамочки, среднего размера, с сохранением пропорциональных особенностей изображенных фигур. Нажим карандаша достаточный, четкий.

Со стороны мыслительных процессов отмечается снижение уровня обобщений, что проявляется в затруднениях при подборе ассоциативных понятий к методике «Пиктограммы», конкретности ассоциативных образов, сложностях объединения обобщенных групп при «Классификации предметов», большем количестве мелких классификационных групп, тенденции к конкретно-ситуативным решениям (например, выделяет группы: «специальности: уборщица-кузнец»; «доктор-градусник», «магазин мебели», «обмундирование», «дворовые и домашние птицы» и др.), актуализации функциональных (например, из ряда «весы, часы, градусник, очки» исключает «весы», т. к. «с очками можно смотреть на все остальное»), поверхностных (из ряда «солнце, свеча, лампа, керосинка» исключает «солнце», т. к. «у него большая яркость») признаков предметов и явлений при исключении поня-

тий. С мотивационной стороны можно отметить также явления резонерства, проявляющегося при интерпретации пословиц и составление рассказов к таблицам ТАТа. Например, комментирует пословицу: «Не все то золото, что блестит» следующим образом: «Сопли тоже блестят, тоже так говорят, блестит и лед, блестят и люди, надевают на себя украшения, особенно женщины, не то, что мужчины, помада, разные прелести выставляют, аж, смотреть иногда не приятно, я так никогда жене не позволяя»; поучительно интерпретирует 7 картину ТАТа: «Это воспитательница, она желает только добра девочке, как я когда читал дочке сказки, а девочка не послушна, так себя вести нельзя, я так себя в детстве никогда не вел, я был послушным». Кроме того, можно отметить негативное влияние личностных факторов на процесс обобщения, выражающееся в чрезмерной эгоцентрической направленности высказываний пациента, повышенном желании тщательно и структурировано выполнить задание.

В эмоционально-личностной сфере выявляются черты демонстративности, неустойчивости самооценки со склонностью к ее завышению, эксплозивности, аффективной ригидности и возбудимости, готовности к агрессивным действиям при внешней угодливости, «слащавости», стремлении представить себя в благоприятном свете, педантичности, желания добиться сочувствия окружающих при демонстрации своего дефекта, эгоцентризма со склонностью к внешнеобвиняющим реакциям, настороженностью, недоверчивостью.

Таким образом, в результате патопсихологического исследования на первый план выступает патопсихологический синдром, характерный преимущественно для **эндогенно-органического расстройства (по типу эпилепсии)**, с ведущим нарушением динамического фактора психических функций в форме инертности, что проявляется в сфере внимания (трудности переключаемости), памяти (медленный характер возрастания «кривой» механического заучивания, детализированность образов, снижение продуктивности непосредственного и опосредованного

запоминания, отсроченного воспроизведения), мышления (обстоятельность), эмоций (ригидность аффекта, эксплозивность, возбудимость, готовность к агрессивным действиям). Вторично нарушен операциональный компонент мышления (снижение уровня обобщений). Третичные компенсаторные явления представлены в мышлении (резонерство морально-поучительной направленности), личности (черты демонстративности, неустойчивости самооценки со склонностью к ее завышению при внешней угодливости, «слащавости», стремлении представить себя в благоприятном свете, педантичности, желаниа добиться сочувствия окружающих при демонстрации своего дефекта, эгоцентризма со склонностью к внешнеобвиняющим реакциям, настороженностью, недоверчивостью).

3.4. ДИФFUЗНЫЕ ОРГАНИЧЕСКИЕ ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Диффузные органические поражения головного мозга возникают вследствие инфекционных, сосудистых процессов и хронической интоксикации как вследствие употребления психоактивных веществ, так и при соматической патологии (например, хронической почечной недостаточности) и относятся к кругу экзогенных, обусловленных внешними факторами, расстройств. В отличие от клиники локальных поражений головного мозга, при которых проводится нейропсихологическая топическая диагностика, для диффузных поражений характерен более «разлитой» характер с образованием множественных «очагов». Как правило, диффузные органические поражения мозга приводят к развитию деменции, дифференциальные критерии которой в зависимости от причинных факторов возникновения будут рассмотрены ниже. Опишем характерные особенности патопсихологического синдрома для диффузных органических поражений головного мозга на модели хронического алкоголизма.

3.4.1. ЭКЗОГЕННО ОРГАНИЧЕСКИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ВСПЕДСТВИЕ ЗЛУОПЮТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ (ПАВ)

В рамках МКБ-10 данные расстройства (при отсутствии признаков выраженного слабоумия) классифицируются в рамках:

F10-F19 – Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ

- F10. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя
- F11. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов
- F12. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением каннабиноидов
- F13. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением седативных или снотворных средств
- F14. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением кокаина
- F15. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением других стимуляторов (включая кофеин)
- F16. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением галлюциногенов
- F17. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением табака
- F18. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением органических летучих растворителей
- F19. Психические и поведенческие расстройства, вызванные одновременным употреблением нескольких наркотических средств и использованием других психоактивных веществ

В настоящем пособии будет описана модель алкоголизма при описании специфики патопсихологического синдрома вследствие злоупотребления ПАВ, поскольку сочетание органического психосиндрома с явлениями личностной деградации также наблюдаются при других формах аддиктивного поведения (наркомании и токсикомании). Таким образом, в качестве первичных нарушений выделяют характерные изменения динамики психической деятельности в форме повышенной истощаемости и лабильности во всех познавательных процессах – внимания, памяти, мышления – и эмоциональной сферы в виде неустойчивости аффекта. *Со стороны внимания* наблюдается сужение его объема, трудности его распределения и концентрации. Повышенная истощаемость и лабильность *мнестических процессов* проявляется в неравномерном характере «кривой» непосредственного запоминания и, соответственно, снижении его продуктивности. Примечательно, что, в отличие от эпилепсии, внесение смысла улучшает показатели памяти, и продуктивность опосредованного запоминания обычно регистрируется в пределах нормативных показателей (Зейгарник Б. В., 2017). *Мыслительная деятельность* также нарушается со стороны ее динамики и определяется феноменом непоследовательности суждений. *Эмоциональные нарушения* входят в структуру патопсихологического синдрома и частотно отражают неустойчивость аффекта как с явлениями раздражительности и «всплесками ярости», так и со слезливостью; при этом конкретное содержание подобной неустойчивости может определяться преморбидными личностными особенностями таких пациентов. *Вторично нарушается операциональное звено памяти и мышления.* При этом вначале заболевания более явным оказывается снижение способности к длительному удержанию элементов в памяти, а затем и самого непосредственного запоминания; опосредованная память при этом обычно страдает при наличии алкогольного слабоумия. Интеллектуальное снижение также зависит от степени истощаемости и широко варьирует на разных этапах заболевания от тенденции к снижению уровня обобщений к выраженной аналитико-синтетической недостаточности. Характер

третичных нарушений при алкоголизме определяется, с одной стороны, изменениями мотивационного компонента мыслительной деятельности, с другой – степенью и уровнем личностной деградации больного. *Специфика мотивационного компонента мышления* проявляется в нарушениях его критичности, формировании своеобразного «алкогольного» юмора, характерной бравады и явлениях органического резонерства, проявляющегося в компенсаторной экстериоризации процесса решения задач; *эмоционально-личностные изменения* носят преимущественный характер нравственно-этического снижения с беспечным отношением к своему настоящему состоянию и будущему, неадекватностью самооценки, приобретающей завышенный характер и заключающейся в безоговорочной тенденции самооправдания, ослаблением чувства совести и долга, утратой разносторонних интересов, в целом, с нарушением мотивационно-потребностной иерархии, эгоцентризмом, эмоциональным огрублением, поверхностностью и лживостью. Также характерен феномен «алкогольной фиксации», проявляющийся как в специфическом, примитивном «алкогольном» юморе, так и ассоциативной продукции больных (например, на понятие «веселый праздник» может изображаться бутылка), семантических особенностей классификации предметов (бутылка часто объединяется со стаканом).

Таким образом, можно выделить следующую иерархию патопсихологических феноменов при алкоголизме:

Первичные нарушения, связанные с дисфункцией динамического фактора познавательных процессов и эмоционально-личностной сферы в форме повышенной истощаемости и лабильности:

- 1) повышенная истощаемость и лабильность внимания;
- 2) повышенная истощаемость и лабильность мнестической деятельности;
- 3) снижение продуктивности непосредственного запоминания при достаточной продуктивности опосредованного;
- 4) непоследовательность суждений;
- 5) неустойчивость и лабильность аффекта.

Вторичные нарушения, связанные с нарушением операционального звена психической деятельности:

- 1) тенденция к снижению уровня обобщений.

Третичные (компенсаторные) мотивационные нарушения:

- 1) нарушение мотивационного компонента мышления (снижение критичности, формирование «алкогольного» юмора, феномен «органического» резонерства);

- 2) эмоционально-личностные изменения в виде нравственно-этического снижения (неадекватность самооценки, ослабление чувства долга, нарушение мотивационно-потребностной иерархии, эмоциональное огрубление, поверхностность и лживость, феномен «алкогольной фиксации»).

Приведем пример типичного заключения с описанием иерархии патопсихологических феноменов при алкоголизме.

Пациент О. З., 43 года, предварительный диагноз: хронический алкоголизм 2 ст.

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования

Пациент в сознании, всесторонне ориентирован полностью правильно. Внешний вид соответствует местопребыванию, возрасту и гендерным характеристикам испытуемого. Облик напоминает внешность творческой интеллигенции 80-х годов. Лицо несколько одутловатое с выраженными сосудистыми сетками в области носа и подбородка. Речь грамотная, правильная по форме; при этом испытуемый стремится «украшать» ее замысловатыми, «интересными» высказываниями и цитатами, разнообразить философскими размышлениями («должны быть пропорции добра и зла» и др.). Ответы преимущественно по существу, временами несколько более обстоятельны. Контакт доступен, устанавливает его легко, стремится произвести благоприятное впечатление, временами несколько преуменьшая те или иные собственные особенности. Например, просит не обращать «такое внимание на алкоголизацию»; при этом, отмечает, что при употреб-

лении спиртного характерны «мужские дозы»; одновременно с этим называет себя «гурманом», хотя и употребляет только «мужской хард-кор» – водку. Отмечается недооценка заболевания, снижение значимости и степени алкогольной зависимости, поиск оправдывающих причин, нежелание брать на себя ответственность за свою жизнь. Предъявляет жалобы на «депрессию», «периоды тревоги», усиливающиеся в осенне-зимний период. Описывает себя как человека контактного, заводного, веселого. В психическом статусе отмечаются черты повышенной тревожности, некоторой напряженности, раздражительности в моменты возрастания утомления.

Инструкции понимает с первого предъявления, однако, длительно не удерживает. К собственным ошибкам в экспериментальной деятельности относится несколько облегченно, но стремится их исправить.

Со стороны динамики психической деятельности обнаруживается целый спектр нарушений, обуславливающих специфику функционирования различных сфер интеллектуальной деятельности – внимания, памяти и мышления. Данные особенности связаны с преимущественной неустойчивостью функции внимания, что проявляется в неравномерном времени поиска чисел в таблицах Шульте, его увеличении в середине задания (кривая поиска чисел – 34 с, 33 с, 30 с, 35 с, 44 с, 33 с); повышенной истощаемостью при необходимости длительного умственного напряжения с увеличением времени работы, нарастанием количества ошибок по мере выполнения заданий, ухудшением трудоспособности в периоды переутомления (что, в частности, проявляется снижением объема отсроченной механической памяти). Отмечается снижение объема и концентрации внимания, трудности сосредоточения. Некоторая истощаемость также обнаруживается в элементах непоследовательности суждений, коррегируемых обследуемым самостоятельно.

В мнестической сфере также при сохранности объема непосредственной механической памяти выявляются признаки повышенной истощаемости, проявляющиеся неравномерностью про-

дуктивности воспроизведения 10 слов (кривая запоминания – 5, 9, 8, 10, 8); продуктивность отсроченного воспроизведения в пределах нижней границы нормы (6 слов из 10-ти предъявленных). Кроме того, ошибки внимания проявляются обилием конфабуляторных включений при воспроизведении, хаотичным способом предъявления последних элементов ряда. Опосредованное воспроизведение незначительно снижено, что также связано с феноменом истощаемости: из изображенных 16 понятий пациент припомнил 11, остальные назвал близко к стимульному понятию. Ассоциативные образы носят преимущественно стандартный («дружба – рукопожатие», «веселый праздник – салют»), временами конкретно-ситуативный, фрагментарный характер; ассоциации лично насыщены; графические характеристики отражают некоторую небрежность при изображении. Стоит также отметить некоторые трудности при создании ассоциативных образов, увеличение латентного времени поиска подходящего рисунка.

Мыслительная деятельность также страдает со стороны ее динамики и определяется непоследовательностью суждений: так больной наряду с адекватным выполнением методик по мере работы продуцирует варианты поверхностных, конкретно-ситуативных ответов; такого рода суждения при этом носят преходящий характер, временами самостоятельно корректируются обследуемым. При достаточном уровне обобщений выявляются и некоторые трудности объединения классификационных групп и понимания переносного смысла пословиц и метафор, т. е. абстрагирования и символизации, тенденция к снижению уровня обобщений, опоре на конкретные представления. Также отмечается тенденция к опоре на субъективно значимые признаки предметов и явлений (например, обследуемый группу птиц называет «птички», выделяет группы «играющие дети»), выражающейся в появлении разнонаправленности, разнонаправленности классификационных групп, что можно рассматривать в рамках личностного феномена; выявляется феномен «алкогольной фиксации», про-

являющийся в явлениях своеобразного «алкогольного» юмора (например, при описании картин ТАТа: «Это ее муж, он, наверное, после похмелья, шучу»; «Семейная драмка – наверное, она его сдерживает, может он выпить пойдет»), создании группы «бутылка и стакан».

В эмоционально-личностной сфере отмечается неустойчивость аффекта, склонность к зависимым формам поведения, снижение возможностей социальной адаптации, нарастание ригидности личностных установок, сужение сферы интересов и увлечений, выраженный индивидуализм обследуемого, тенденция к нонконформизму, шизоидные черты. В актуальном эмоциональном состоянии отмечается депрессивное состояние в сочетании с тенденцией к регрессивным формам поведения, а также лабильность аффективных реакций, эмоциональная неустойчивость с трудностями произвольного контроля аффективных импульсов.

Таким образом, в результате экспериментально-психологического исследования на первый план выступают признаки **экзогенно-органического расстройства (вследствие употребления ПАВ)**, что представлено первичными динамическими нарушениями (выраженная лабильность с признаками повышенной истощаемости): в сфере внимания (его неустойчивость, снижение объема); памяти (снижение продуктивности непосредственного и опосредованного запоминания при большей сохранности второго); мышления (непоследовательность суждений); эмоционально-личностной сферы (эмоциональная неустойчивость с трудностями произвольного контроля аффективных импульсов) и вторичными операциональными нарушениями мышления (тенденция к снижению уровня обобщений). В эмоционально-личностной сфере на фоне актуального депрессивного состояния отмечаются компенсаторные преимущественно шизоидные личностные особенности с тенденцией к регрессивным формам поведения, феномены «алкогольной фиксации» и «алкогольного» юмора, сужение сферы интересов и увлечений.

3.5. ДЕМЕНЦИЯ

Деменция (лат. *dementia* – безумие) – приобретенное слабоумие, стабильное снижение познавательной деятельности с угасанием в той или иной степени ранее приобретенных знаний, умений и практических навыков и трудностями или невозможностью освоения новых. Отличительной особенностью данного расстройства является распад познавательных функций, происходящий в результате поражений мозга взрослого, наиболее часто – в старости, в то время как при умственной отсталости (олигофрении) отмечается недоразвитие психики, что представляет собой врожденное, перинатальное слабоумие или приобретенное в младенчестве. Деменция связана с различной этиологией поражения головного мозга хронического или прогрессирующего характера, что соответственно сопровождается нарушением высших психических функций – восприятия, памяти, мышления – и личности. Спектр клинических проявлений деменции, как правило, зависит от нозологической формы, лежащей в ее основе. По данным исследователей можно выделить порядка ста различных заболеваний, сопровождающихся деменцией.

По МКБ-10 выделяют следующую основную классификацию данного расстройства:

F00-F03 – Деменция

- F00 Деменция при болезни Альцгеймера
- F01 Сосудистая деменция
- F02 Деменции при других болезнях
- F03 Неуточненная деменция

При всем многообразии дементных расстройств в каждой из его форм наблюдается определенное сочетание когнитивных (общее интеллектуально-мнестическое снижение) и личностных дисфункций. При оценке когнитивных нарушений важным компонентом анализа выделяется степень интеллектуально-мнестической патологии. По тяжести когнитивных расстройств выделяют легкие, умеренные и тяжелые нарушения (Beatty W. W., Goodkin D. E., Monson N., et al., 1989). Легкие связаны с наруше-

нием той или иной психической функции, однако, не оказывающей влияние на повседневную активность, хотя и представляющей снижение исходного уровня когнитивных способностей (индивидуальной нормы). Умеренные когнитивные расстройства презентуют спектр симптомов в одной или нескольких когнитивных сферах, затрудняющих осуществление сложных видов деятельности и приобретения новых навыков. Тяжелые когнитивные расстройства диагностируются в случае общего интеллектуально-мнестического снижения такой степени выраженности, что осуществление социальной, бытовой и профессиональной деятельности оказывается невозможным. Как правило, к тяжелым когнитивным расстройствам относят делирий, депрессивные псевдодеменции, а также изолированные, монофункциональные нарушения высших психических функций (изолированная амнезия, афазия, апраксия, агнозия).

Хотя при различных вариантах органических расстройств и, соответственно, деменциях существует определенное своеобразие изменений эмоционально-личностной сферы, можно выделить наиболее частотные симптомы эмоциональных и поведенческих нарушений:

- 1) депрессия;
- 2) тревога;

3) трудности контроля и регуляции аффективных импульсов (раздражительность и агрессивность, эмоциональная лабильность) и поведения (бесцельная двигательная активность), а также снижение опосредованности витального функционирования: 1) нарушения сна (трудности засыпания, частые ночные или ранние утренние пробуждения, дневная сонливость, психомоторное возбуждение по ночам); 2) расстройства пищевого поведения (снижение или повышение аппетита, изменение пищевых пристрастий (например, повышенная тяга к сладкому, часто наблюдающаяся при патологии лобных долей головного мозга), гиперорализм (постоянное жевание, сосание, причмокивание, плевики, поедание несъедобных предметов и др.); и 3) нарушения сексуального поведения (сексуальная расторможенность);

4) апатия со снижением активности и мотивации к той или иной деятельности;

5) нескритичность.

Общий принцип прогрессирования заболевания, затрагивающего высшие психические функции и приводящего к социальной дезадаптации пациентов, позволяет выявлять определенную динамику структуры патопсихологического синдрома при данном заболевании. Как будет рассмотрено далее, инициальные периоды при различных вариантах деменции могут быть связаны с дисфункцией разных факторов психической деятельности, что на раннем этапе развития заболевания и позволяет осуществлять дифференциально-нозологическую диагностику ее разнообразных форм. При этом тот или иной компонент психической деятельности, как правило, динамический (например, при сосудистой деменции) или операциональный (например, при болезни Альцгеймера, черепно-мозговой травме) изначально может проявляться как первичный, «изолированный» синдром. Так, в мыслительной деятельности когнитивное снижение может быть представлено лишь непоследовательностью суждений без выраженного снижения уровня обобщений; или снижение когнитивного функционирования вначале может быть представлено локальным нарушением мнестических способностей с относительной сохранностью уровня суждений и возможности решения интеллектуальных задач. Кроме того, при некоторых вариантах деменций (сосудистая деменция, деменция при болезни Альцгеймера) эмоционально-личностные изменения могут наблюдаться лишь на конечных стадиях заболевания, определяя относительную «изоляцию» мотивационного фактора. Стоит при этом отметить, что подобные варианты патопсихологического синдрома при деменциях различной этиологии достаточно сложно выявить в практическом психологическом исследовании, в том числе, и за счет наличия нормативных показателей снижения когнитивных функций в старческом возрасте. По мере движения патологического процесса при деменции выделение единого фактора патопсихологического синдрома при том или ином варианте развития

заболевания становится затруднительным. Как правило, на умеренной стадии деменции патопсихологический синдром усложняется, при этом нарастает не только тяжесть, выраженность того или иного симптома интеллектуально-мнестической сферы (например, снижение памяти), но и происходит своего рода «укрупнение» синдрома, его тотализация. Так, например, помимо выраженных нарушений динамики, отчетливо проявляются феномены дисфункции операционального компонента памяти и мышления, нарастает спектр мотивационных изменений. Характер подобных нарушений позволяет выделять, в отличие от других психических расстройств, не единый ведущий патопсихологический фактор, а своеобразное сочетание нарушения нескольких компонентов психической деятельности – динамического и операционального звеньев; мотивационного и операционального компонентов или их сочетанного нарушения. Подобный вариант квалификации феноменов внутри патопсихологического фактора возможен в том случае, когда степень того или иного нарушения не позволяет определить его опосредованность другим фактором, сохранность которого обеспечила бы стабилизацию нарушений. Терминальная стадия, или третья стадия деменции, вне зависимости от ее типа характеризуется выраженным распадом всей психической деятельности и преимущественно вегетативным уровнем существования таких пациентов. Возможности патопсихологической диагностики на данном уровне развития болезни резко ограничены грубыми расстройствами познавательных процессов, не позволяющими понимать пациентам обращенную к ним речь, и, соответственно, следовать инструкции.

Несмотря на то, что на определенной стадии деменции установление соответствующего патопсихологического синдрома не вызывает сложностей в силу ярко выраженной патопсихологической симптоматики, квалификация маркеров начала развития заболевания представляет ряд теоретических и практических трудностей вне зависимости от типа дементного процесса. Трудности установления соответствующего диагноза и выявления маркеров заболевания в патопсихологической практике также могут усу-

губляться маскирующими актуальными психотическими или аффективными нарушениями (сопутствующими или имитирующими дементные расстройства), а также комплексом преморбидных личностных особенностей пациента или исходно высоким образовательным и интеллектуальным уровнем, затрудняющих квалификацию феноменов в патопсихологическом исследовании. Особенно существенна дифференциальная диагностика феноменов дементного процесса с т. н. вариантами поздней шизофрении, обладающей специфическими особенностями, отражающими влияние позднего возраста на течение шизофрении и «размыванием» четкости границ отдельных ее форм течения (Концевой В. А., 1991). Например, бред «ущерба», регистрируемый при сенильных органических процессах также характерен для шизофрении позднего возраста (Концевой В. А., 1991), а дифференциация деменции и конечных форм эндогенного процесса, в частности, с проявлениями псевдоорганических нарушений, представляет одну из основных сложностей квалификации распада психической деятельности в рамках той или иной нозологии. Еще одним существенным вопросом в рамках диагностики начальных стадий слабоумия является вопрос о соотношении депрессивных и дементных процессов, поскольку в позднем возрасте нарастает общая «недифференцированность» психопатологических симптомов (Helmchen H., Linden M., 1993); а также наблюдается рост числа факторов, способствующих возникновению депрессивных состояний у лиц, в том числе, без сопутствующей органической патологии или в рамках нормативного когнитивного снижения в старческом возрасте. Проведенный ряд эмпирических исследований позволяет говорить и о специфике когнитивных нарушений при депрессиях в позднем возрасте, имитирующих дементные расстройства (депрессивная псевдодеменция) и редуцирующихся при купировании аффективной симптоматики – нарушение ориентировки в месте и времени, определение названия предмета, нарушения воспроизведения запоминаемых предметов (Концевой В. А., Медведев А. В., Яковлева О. Б., 1997).

Определение границ и степени дементного процесса в патопсихологическом исследовании невозможно и без знаний о специфике и особенностях нормативного старения, и, хотя в патопсихологии эмпирические исследования данного процесса немногочисленны, в рамках нейропсихологических исследований принята попытка определения критериев нормального старения через рассмотрение соотношения специфики работы трех функциональных блоков головного мозга, выделенных А. Р. Лурией. Рассмотрим основные особенности данного процесса (Корсакова Н. К., 1996, 1997). Начальный этап нормального (физиологического) старения связан со снижением обеспечения психической деятельности первым блоком мозга, что проявляется в соответствующих динамических нарушениях. В рамках исследования при этом могут фиксироваться: инертность в виде общего снижения темпа психической деятельности, особенно на инициальном этапе (что наиболее выражено может проявляться при воспроизведении информации); сужение объема психической активности, связанное, прежде всего, со сложностями удержания внимания на параллельно заданных задачах; замедление скорости переработки информации (например, при восприятии речи); повышенная сензитивность мнестической деятельности к интерферирующему воздействию. Следующий этап нормального старения (60–65 лет) представлен стабилизацией имеющихся особенностей психической деятельности, что связано с возможностями компенсации когнитивной дефицитарности в норме и выработкой новых адаптационных стратегий познавательной активности. При этом ряд нейропсихологических исследований выявил, что даже в рамках благополучных форм старения, при которых сохраняются возможности адекватного функционирования в тех или иных сферах жизнедеятельности, отмечается дефицитарность либо в динамике психической деятельности, либо в мотивационном компоненте деятельности в виде возможности ее контроля и регуляции, либо в операциональном звене – пространственно-временном параметре переработки информации (Корсакова Н. К., 1997). Таким образом, основным звеном нормативного процесса старе-

ния являются высокие показатели компенсации развивающихся когнитивных нарушений, а определение «резервных» когнитивных возможностей может служить дифференциально-диагностическим маркером дементных расстройств (Линг К., Торпдал П., Бендер Л., Фромхолт П., 1997). Соответственно, в патопсихологическом исследовании при нормативном старении можно наблюдать определенную способность к обучению и тренировке когнитивных возможностей, а также улучшение показателей психической деятельности при направленной помощи экспериментатора.

Поскольку в психиатрической практике возникает необходимость разграничения различных вариантов деменции, определим отдельно каждый из типов патопсихологических синдромов. Последовательно опишем патопсихологический синдром *при атрофических процессах головного мозга* (болезни Альцгеймера и Пика), характеризующихся прогредиентным, постепенно возникающим и протекающим без остановок и ремиссий ослабевающим процессом, *при сосудистой деменции* (вследствие, в частности, церебрального атеросклероза), *при деменции вследствие закрытой черепно-мозговой травмы*.

Патопсихологические синдромы при атрофических процессах (болезни Альцгеймера и Пика) в силу прогредиентности процесса и различий картины симптомов, включенных в иерархию нарушений, требует описания особенностей возникновения расстройств на различных этапах заболевания: инициальной, стадии умеренной и тяжелой деменции (Stertz, 1926; Schneider, 1927; Jervis, 1945; Sjogren, 1952). Поскольку в ходе эволюции когнитивных нарушений при обоих типах деменции и по мере приближения к третьей стадии развития заболевания происходит их феноменологическая конвергенция и в развернутой стадии заболевания не всегда удастся отличить эти два заболевания по нейропсихологическим данным, опишем лишь первые два этапа формирования нарушений. Определим вначале последовательность симптомов при болезни Альцгеймера (Блейхер В. М., Крук И. В., Боков С. Н., 2009).

3.5.1. БОЛЕЗНЬ АЛЬЦГЕЙМЕРА

На инициальной стадии заболевания отмечается спектр преимущественно операциональных нарушений памяти с явлениями фиксационной амнезии, и амнестической дезориентировкой (нарушением ориентировки во времени и месте), наблюдаются также операциональные нарушения мышления и нейропсихологические симптомы в виде афазии, апраксии и агнозии. Выступающие на передний план расстройства памяти распространяются вначале на хронологически близкие к началу заболевания факты и события. В некоторых случаях наблюдаются умеренные, не явно выраженные и не очень устойчивые конфабуляции. Интеллектуальная недостаточность усугубляется намечающимися нарушениями высших психических функций – речи, гнозиса и праксиса, обеспечивающимися корковыми отделами головного мозга. Примером таких расстройств является конструктивная апраксия, связанная со слабостью оптического внимания, – инволюция навыков и умений, вначале наиболее тонких, дифференцированных и сложных, наиболее поздно приобретенных в течение жизни (Лебединский М. С., Мясищев В. Н., 1966). Речевые расстройства (устной и письменной речи) могут проявляться как сложности и ошибки в произнесении слов, изменения мелодики речи (она становится колеблющейся, дрожащей, шаткой и неуверенной, могут отмечаться неправильные расстановки ударения в словах). При прогрессировании болезненного процесса могут отмечаться феномены, характерные для очагового, преимущественно теменно-затылочного повреждения головного мозга с явлениями семантической афазии и симультанной агнозии. Нарушения счета (акалькулия) представляют собой утрату представлений о разрядности чисел.

На стадии умеренной деменции намечающиеся в конце первой стадии нейропсихологические симптомы, очаговые расстройства речи, гнозиса и праксиса достигают максимальной выраженности, обнаруживая специфический характер развития, позво-

ляющий говорить об уникальности структуры афазии атрофического генеза, протекающей иначе, чем при других органических (опухолевых, токсических, сосудистых) поражениях головного мозга. Для второй стадии болезни Альцгеймера характерен синдром амнестической афазии, сочетающийся с оптико-гностической недостаточностью и создающий специфическую картину расстройств номинативной функции речи. Отмечается *обеднение предложений* существительными, проявляются нарушения грамматического строя речи, часто фразы не проговариваются до конца, обрываясь на половине, пропускаются и ничем не замещаются отдельные слова, некоторые слова остаются незаконченными, могут обнаруживаться явления логоклонии в виде клонического ритмического повторения первого слога или звука слова, а также слогов, расположенных в середине или в конце слова. В целом, *афатические расстройства* при болезни Альцгеймера носят не очерченный характер, примером чего является диссоциация между интенсивностью проявления афатических и аграфических расстройств. На данной стадии болезни обнаруживается *изменение почерка*, появляются многочисленные параграфии, грубые аграфические нарушения проявляются в невозможности произвольного письма и письма под диктовку, нарушается списывание и воспроизведение автоматизированных энграмм, что не встречается при болезни Пика (при которой написание автоматизированных энграмм и чтение без понимания содержания длительное время остается сохранным). *Алексические расстройства* на данной стадии достаточно быстро осуществляют переход от literalной формы (чтение при этом еще сохранно, однако в процессе наблюдаются паралексии, смысл прочитанного остается недоступным) к агностической (больные перестают узнавать и называть буквы, не отличать их от других знаков) вне связи с афатическими расстройствами. Описанные очаговые симптомы выявляются на фоне глубокого слабоумия, с невозможностью образования категориальных понятий, деавтоматизации привычного ряда и выраженной акалькулии. *Эмоционально-личностные особенности* у лиц с болезнью Альцгеймера длительное время со-

храняются не затронутыми болезненным процессом, и, в силу частичной сохранности критики, осознания своей болезни, и чувства собственной несостоятельности, могут отмечаться в виде пониженного настроения, угнетенности и беспокойства.

Таким образом, можно выделить следующую иерархию патопсихологических феноменов при болезни Альцгеймера:

Первичные нарушения, связанные с дисфункцией операционального компонента памяти и мышления и локальной нейропсихологической симптоматикой:

1) нарушение памяти (явления «фиксационной амнезии» и амнестической дезориентировки, контаминаций, диссоциации между продуктивностью непосредственного запоминания и отсроченного воспроизведения);

2) снижение уровня обобщений;

3) снижение продуктивности мнестико-интеллектуальной деятельности;

4) нейропсихологические нарушения (конструктивная апраксия, явления семантической, оптико-мнестической афазии и симультанной агнозии).

Вторичные нарушения, связанные с нарушением динамического и мотивационного компонентов:

1) инертность, повышенная истощаемость внимания;

2) нарушение избирательности восприятия;

3) феномен конфабуляций;

4) дефицит целенаправленности мышления.

Третичные нарушения (компенсаторные) мотивационные нарушения:

1) феномен «обтаивания»;

2) невыраженное заострение преморбидных личностных черт при общей сохранности эмоционально-личностного функционирования.

Приведем пример патопсихологического заключения при болезни Альцгеймера.

Пациентка О. О., 66 лет, предварительный диагноз: органическое расстройство неясного генеза.

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования

Обследуемая субтильного телосложения, выглядит соответственно местопребыванию и возрасту. Во внешности отмечаются черты аккуратности, чистоплотности, опрятности и «собранности». На прием к психологу пришла в сопровождении медперсонала. Общая внушаемость и подчиняемость пациентки проявилась в легкости согласия на экспериментально-психологическое исследование, отсутствии вопросов к психологу о дальнейшей деятельности и необходимости данного мероприятия в условиях отсутствия предварительного информирования лечащим врачом. В контакт вступает доброжелательно; признается, что «важно внимание»; границы взаимодействия удерживает не всегда, начинает делать комплименты экспериментатору, говорить, что она «на все согласна», потому у него добрые глаза, «которые не могут обмануть» и «сделать плохо». Голос мягкий, тихий, плавный, мелодичный. В речи периодически отмечаются некоторые сложности в подборе ударений в словах, неуверенность подбора понятий в предложении, склонность употреблять уменьшительно-ласкательные слова, выделять фразы умильными ударениями и повторами («у меня дите большой-пребольшой уже»). Мышление отличается обстоятельностью. Эмоциональный фон несколько снижен, с тревожным оттенком. Активно предъявляет жалобы на «расстройства памяти», объясняя их дезориентировкой в пространстве («я вышла на улицу и стою так, гуляю у двери, далеко не хожу – могу заблудиться») и времени («даты часто путаю»). Во времени дезориентирована (не может назвать сегодняшнее число, год, месяц), собственный возраст также называет неточно. Себя описывает как «ранимую», «чувствительную», «общительную», «из простой семьи». В психическом статусе отмечаются черты повышенной сензитивности, эмоциональной неустойчивости, обидчивости, подавленности, потребности в эмоциональной поддержке и доверительных отношениях.

Инструкция требует дополнительного разъяснения, при этом в самих пробах больная старательна, проявляет активность, про-

сит дать еще какое-нибудь задание. На критику реагирует адекватно, стремясь улучшить результативность деятельности, при похвале оживляется. Темп деятельности, в целом, замедленный.

В исследовании выявляются нарушения динамики психической деятельности в виде колебаний работоспособности, а также инертности психических процессов, что выражается в замедленном темпе выполнения заданий, поиске чисел в таблицах Шульте на внимание с отсутствием эффекта его тренировки (58 с., 55 с., 70 с., 70 с., 68 с.), отсутствии прироста продуктивности воспроизведения мнестического материала.

В мнестической сфере наблюдается грубое снижение уровня продуктивности механического и опосредованного запоминания. В методике «10 слов» правильно воспроизвела в каждой пробе – 3, 3, 4, 4, 3 понятия соответственно; при этом отмечались феномены стереотипного повторения одних и тех же слов с «эффектом края»; конфаблюаторные включения близких по звучанию понятий («лиса» – «лес», «свет – снег»), что может также свидетельствовать о снижении фонематического слуха. При отсроченном воспроизведении обследуемая не смогла припомнить ни одного стимульного слова, а также сам факт исследования данной сферы («А что вспоминать?»). Включение смыслового компонента не улучшает запоминание (продуктивность опосредствованного запоминания – 0 понятий из 10), в том числе, видимо, как в силу конкретности содержания ассоциативных образов, так и выраженной неразборчивости изображенных пиктограмм. Рисунки с интенсивным нажимом карандаша, стандартного размера.

Большой доступно осуществление аналитико-синтетической деятельности на уровне конкретных представлений. С операциональной стороны мышления выявляется снижение уровня обобщений, что выражается в необходимости дополнительного разъяснения инструкций, сложностях продуцирования образов на конкретные и абстрактные понятия, трудностях функции обобщения предметов (так, в методике на классификацию: берет первую карточку сверху и к ней пытается подбирать подходящие, переспрашивая: «Весы к весам должна подобрать?»), выделении

классификационных групп по конкретно-ситуативному признаку (например, «врач» и «градусник», объединяет лошадь, велосипед, мальчика и тележку, т. к. «лошадей впрягают в тележку, человека на велосипед сажают»), выраженных затруднениях абстрагирования при объединении групп, т. е. обобщении более высокого порядка, дефицитарности функции символизации (объяснение переносного смысла сложных или незнакомых пословиц), сложности номинативного обозначения объединенных предметов в методике на исключение по типу амнестико-афатических «западений» (так, даже при верном указании лишнего предмета на карточке «ландыш, кошка, клубника, растение», обобщение остальных производит по принципу функциональной принадлежности «они растут» и т. п.).

В эмоционально-личностной сфере отмечается эмоционально-личностные особенности по истерическому типу с легкостью в принятии решений, сензитивностью, повышенной внушаемостью, отсутствием разборчивости в контактах, демонстративностью, зависимостью от мнения окружающих.

Таким образом, в исследовании выявляется патопсихологический синдром, характерный для ***атрофического органического процесса с нарастанием когнитивного снижения (близкого к болезни Альцгеймера)***, – на первый план выступает нарушение операционального компонента памяти (дезориентировка, феномен «фиксационной амнезии»), мышления (снижение уровня обобщения), речи (нарушение мелодики; афатические расстройства с трудностями адекватной номинации); нарушения динамики психической деятельности вторичны (инертность). Регистрируется относительная личностная сохранность больной преморбидно истерического круга (легкость в принятии решений, сензитивность, повышенная внушаемость, тревожность, отсутствие разборчивости в контактах, демонстративность, зависимость от мнения окружающих).

Рекомендовано проведение дополнительного нейропсихологического исследования и магнитно-резонансной томографии для уточнения топике и генеза возможного органического процесса.

3.5.2. БОЛЕЗНЬ ПИКА

Опишем также последовательность нарушений при болезни Пика (Блейхер В. М., Крук И. В., Боков С. Н., 2009). *На начальной стадии* выделяют такие первичные нарушения, как *снижение инициативы и активного внимания* с явлениями патологической инертности, *феноменом редуцированной ориентировки*, *нарушением познавательной деятельности*, связанными со слабостью побуждений и аспонтанностью. *Снижение активного внимания* определяется неустойчивостью его концентрации, трудностями переключения, в целом, инертностью проактивного торможения. *Дезориентировка* больных не носит амнестический характер, в отличие от дезориентировки при болезни Альцгеймера, поскольку некоторые ответы пациентов могут быть верными в случае сосредоточения их внимания на круге вопросов, связанных с местонахождением и хронологическими данными (феномен *редуцированной ориентировки* – Шуберт А. М., 1945¹). *Нарушения познавательной деятельности* определяются преимущественно слабостью побуждений и аспонтанностью таких больных. Так, в начале болезни Пика при экспериментально-психологическом исследовании памяти выявляется значительная потенциальная способность к фиксации информации, свидетельствующая об отсутствии первичного нарушения непосредственного запоминания. Об этом свидетельствует воспроизведение 7–8 слов из 10-ти, как правило, отсутствуют конфабуляции (Будза В. Г., 1973). В речи могут отмечаться аграмматизмы, амнестические явления (замещение, ответы путем отрицания и т. д.) при относительной сохранности называния предметов (Самухин Н. В., Биренбаум Г. В., Выготский Л. С., 1934). *Эмоционально-личностные нарушения* таких пациентов, как правило, характеризуются явлениями распада со слабостью побуждений и аспонтанностью,

¹ приводится по: Блейхер В.М., Крук И.В., 1986.

и явлениями аффективного огрубения, часто с эйфорическим оттенком, явлениями расторможенности поступков и влечений, ранним моральным огрубением, утратой чувства стыда, такта, либо преобладанием вялости и пассивности со снижением критичности.

На второй стадии болезни Пика картина интеллектуально-мнестического снижения неуклонно прогрессирует, поражая интеллект «сверху вниз», что предполагает угасание психической деятельности «от сложного к простому», т. е. вначале поражаются наиболее высокие уровни познавательных процессов и затем наиболее автоматизированные, элементарные, примитивные, заканчивая вовлечением в патологический процесс предпосылок интеллекта. На данном этапе развития слабоумия отмечается характерная специфика расстройств речи и, в целом, нейропсихологических симптомов. При этом патология речевых функций в значительной степени определяется ведущей локализацией атрофического процесса. В случае лобной локализации нарушения характеризуются первичным падением речевой активности, включая полную аспонтанность речи. Стремительно уменьшается словарный запас, нивелируется способность к построению сложных предложений и фраз, утрачивается коммуникативная функция речи. При этом сами больные начинают негативистично относиться к собственной речевой деятельности. При височной локализации атрофического процесса при болезни Пика специфика речевых расстройств имитирует во многом особенности данных нарушений при болезни Альцгеймера, хотя имеется ряд отличий. Так, для сенсорной афазии при болезни Пика не характерны логорейческие симптомы. Речевые и поведенческие стереотипии при болезни Пика также имеют специфическую последовательность возникновения. Исходно речевые штампы используются с неизменными интонациями в рассказе (симптом «граммофонной пластинки»), затем речевые обороты упрощаются, редуцируется их синтаксический состав, они начинают сводиться к стереотипно повторяемому выражению, фразе, нескольким сло-

вам, становятся все более бессмысленными. Распад речи при болезни Пика сопровождается явлениями палилалии, характеризующимися повторением отдельных слов или фраз. Проявления эхолалии при болезни Пика вначале митигированные, например, в беседе пациент может повторять, слегка перефразируя, заданный ему вопрос. Далее митигированная эхолалия редуцируется, уступая место истинной, при которой речевая репродукция становится автоматической, рефлекторной, произвольной и лишенной смысла (Штернберг Э. Я., 1977). Следует отметить, что дифференциальная диагностика при болезни Пика проводится, с одной стороны, с другими формами деменции, с другой, – с псевдоорганическим вариантом патопсихологического синдрома при шизофрении в связи с ведущим нарушением мотивационного фактора, достигающего степени аспонтанности психической деятельности и поведения.

Таким образом, можно выделить следующую иерархию патопсихологических феноменов при болезни Пика:

Первичные нарушения, связанные с дисфункцией динамического и мотивационного факторов со слабостью побуждений, аспонтанностью и дисфункцией волевой регуляции:

- 1) феномен редуцированной ориентировки;
- 2) инертность и/или повышенная истощаемость и лабильность психической деятельности;
- 3) снижение энергетического потенциала и произвольной регуляции когнитивных процессов;
- 4) нарушение целенаправленности психической деятельности;
- 5) феномен конфабуляций;
- 6) снижение продуктивности мнестико-интеллектуальной деятельности;
- 7) нарушение эмоционально-личностной сферы (слабость побуждений, аспонтанность, явления аффективного огрубения, расторможенности поступков и влечений, утрата чувства стыда, такта, либо преобладание вялости и пассивности со снижением критичности).

Вторичные нарушения, связанные с нарушением операционального компонента:

- 1) нарушение обобщающей функции восприятия (феномен псевдодиагнозии);
- 2) снижение уровня обобщений.

Приведем пример патопсихологического заключения при болезни Пика.

Обследуемая Г. Т., 59 лет, предварительный диагноз: органическое расстройство неясного генеза.

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования

Обследуемая верно ориентирована во времени и собственной личности. Понимая, что находится в больнице, пациентка, тем не менее, проявила локальную дезориентировку: пришла в кабинет лечебной физкультуры. Выглядит соответственно возрасту, несколько неопрятна (волосы не вымыты, одежда не аккуратна). Мимическая экспрессия скудная, однообразная, «маскоподобная», лишь временами проявляется слабое выражение улыбки; интонирование монотонное, на одной ноте; взгляд имеет характер «просверливающего», при этом как бы отсутствующего; позы статичны. Весь облик больной производит впечатление безжизненности, тусклости, монолитности, сниженного тонуса сознания при отсутствии явных его нарушений. Речь тихая, плохо артикулированная; практически отсутствует речевая инициатива; характер фраз односложный, с упрощенным грамматическим строем. Отмечается феномен «митигированной эхολалии», проявляющийся в повторении пациенткой в несколько измененном виде задаваемых ей вопросов. Мышление не всегда последовательное, целенаправленное; присутствуют противоречия в суждениях, сложности подбора адекватных словесных выражений мыслей («беспокоило онемение пятнышка на языке», «мешало, есть и разговаривать не мешало», «настроение было не снижено, была подавлена, придавливали таблетки»); выражено снижены активационный компонент и личностная направленность мышления.

Пациентка предъявляет жалобы на бессонницу, судороги в связи с тем, что «много принимала сероквеля», с чем связывает свое актуальное состояние. Считает себя больной около двух лет; в качестве причины болезни обозначает «нервный срыв», однако, последовательно объяснить исключительность стрессовой ситуации затрудняется («не могли сделать ремонт в магазине, дочка не могла забеременеть, а муж на рыбалку уехал»). Критичность к заболеванию частичная: обследуемая не может представить целостную концепцию болезни, объяснить собственное видение проблем с чувствительностью языка (настаивая на неприятных ощущениях, пациентка не строит причинных гипотез данного симптома), но ощущает свою личностную измененность – «перестало хоть что-то радовать, нет целей, интересов в жизни, планов»; при этом аффект не всегда конгруэнтен высказываемым жалобам. В контакте обследуемая занимает отстраненную, формальную позицию, сухо, безэмоционально сообщает лаконичные, отрывочные анамнестические данные. В психическом статусе также проявляются черты апатичности, гипобулии, элементы аспонтанности.

Мотив экспертизы сформирован формально: больная, правильно понимая инструкции, пассивно подчиняется всем указаниям психолога. Характерно выраженное снижение энергетического тонуса, затрудняющее поддержание внутренней мотивации к исследованию; требуется постоянное внешнее мотивационное стимулирование пациентки для обеспечения достаточной продуктивности экспериментальной деятельности. Больная не проявляет интереса к обследованию, не запрашивает обратную связь, эмоционально индифферентно реагирует на критику и похвалу психолога, не критична к допускаемым ошибкам. Общий темп деятельности замедлен.

Динамические нарушения психической деятельности представлены комплексными энергетическими феноменами инертности и лабильности, что проявляется в замедленном и неравномерном характере поиска чисел в таблицах Шульце на внимание; объем внимания сужен, способности к его концентрации и распределению снижены.

Непосредственное запоминание в пределах возрастной нормы (форма «кривой» заучивания – 5, 6, 7, 9, 9), однако, показатель отсроченного воспроизведения снижен (3 слова из 10), что указывает на нарушение операционального компонента памяти в форме феномена «фиксационной амнезии». Отмечается феномен конфабуляций при отсроченном воспроизведении, что указывает на нарушение целенаправленности мнестической деятельности. Продуктивность опосредованного запоминания снижена (7 понятий из 14), что обусловлено падением инициативы, выраженным в создании стереотипных, содержательно отдаленных ассоциаций, часто носящих характер случайных («тяжелая работа» – «большая, рабочая рука», «заботливая мать» – «носовой платочек» – «протирает, умывает платочком», «любовь» – «любить белочку, у меня дома есть белочки, но неживые»). Рисунки упорядочены на листе, однако, присутствуют признаки «органической» графики (несоблюдение пропорций предметов, рассогласование левой и правой частей изображения при их отзеркаливании).

В исследовании выявляется комплекс нарушений мыслительной деятельности. Наиболее выраженный феномен – снижение энергетического компонента мышления, что проявляется в снижении продуктивности при отсутствии внешнего мотивационного подкрепления. С мотивационной стороны мышления наблюдается нарушение его целенаправленности, что проявляется в опоре на случайные, малосущественные признаки предметов (в задании «конверт, гитара, радио, телефон» исключает «конвертик», т. к. остальные предметы «связаны с музыкой»; «пистолет, барабан, зонт, фуражка» – пистолет, т. к. остальные предметы «одежда, барабан и зонт не одежда, форма барабанщика»; «штопор, топор, шуруп, пила» – топор, т. к. остальные предметы «инструменты, топор – тоже инструмент, но я бы его убрала, не знаю, правильно или нет»), непоследовательных рассуждениях (выделяет группу «животные», в которую не подходят бабочка, жук и «чайка» – «они не животные, да, и голубь тоже, но пусть уж там будет»; «глобус тоже можно назвать книгой, по не-

му читают»). Также с операциональной стороны мышления отмечается тенденция к снижению уровня обобщений, что выражается в трудностях обобщенной символизации слова (опосредования абстрактных понятий представлены стереотипными образами без дополнительной содержательной графической нагрузки), узкопредметной отнесенности категорий («домашние, кухонные предметы», «учебники, книги»), опоре на конкретно-ситуативные признаки (в задании «платье, ремень, брюки, пальто» исключает брюки, т. к. остальные предметы «одежда, платье оденешь с поясочком и пальто, брюки не идут»), трудностях объединения классификационных групп, т. е. обобщения более высокого порядка («люди одеваются в одежду, инструменты не подходят, это уже работа»), сложностях передать переносный смысл пословиц. Следует отметить выраженные трудности большой опознания и правильного называния стилизованных, черно-белых изображений, что указывает на нарушение обобщающей функции восприятия и афатические расстройства (назвала секундомер «безмером»).

В эмоционально-личностной сфере по данным опросника ММИЛ выявляется сомнительной достоверности профиль с повышением показателей по служебной шкале откровенности, что указывает на тенденцию к аггравации симптоматики, подчеркивание тяжести актуального состояния. Ведущие пики по шкалам депрессии и тревоги указывают на интрапунитивность, пессимистическую оценку перспективы, заниженную самооценку, сензитивность и зависимость. Склонность ориентироваться на внутренние критерии оценки, ощущение уникальности и неповторимости собственной личности регистрируется в пике по шкале аутизации, что в сочетании с подъемом по шкалам тревоги и депрессии указывает на неуверенность в достаточном признании данных качеств социальным окружением, образующих модус инфантильной личностной структуры. Шизоидный конфликт «близости-дистанции» находит свое выражение в одновременном подъеме по шкале депрессии с симбиотическим, зависимым паттерном поведения, что подтверждается анамнестическими дан-

ными (пациентка не имела друзей, включена в закрытую семейную систему с низкой дифференциацией ролей – «мы мечтаем, что будет еще один ребенок»). Также наблюдается общая регрессивная, инфантильная направленность личности, тенденция к упрощению структуры мотивационно-потребностной иерархии, общее снижение критичности и подконтрольности поведения. Проективные рассказы крайне бедны, не отражают глубины отношений между персонажами, формальны, социально не акцентированы. Рисунки регистрируют нарушение коммуникации и социальной адаптации (люди изображены без лиц и без четкой телесной формы), имеют «органические» черты с отклонением изображений вправо от вертикальной оси.

Таким образом, в исследовании выявляется патопсихологический синдром, характерный для *начальной стадии атрофического органического процесса с нарастанием когнитивного снижения и упрощения личности (близкого к болезни Пика)*, – на первый план выступает нарушение энергетического обеспечения психической деятельности с потерей инициативы, целенаправленности: внимания и умственной работоспособности (сочетание феноменов инертности и лабильности, сужение объема, способностей к концентрации и распределению); памяти (конфабуляции, стереотипный, содержательно отдаленный характер ассоциативных связей); мышления (актуализация малосущественных признаков, непоследовательность рассуждений); речи (феномен «митигированной эхολалии», афатические расстройства с трудностями адекватной номинации); личности (апатичность, гипобулия, пассивность, безынициативность, бесцельность, общая регрессивная, инфантильная направленность, тенденция к упрощению структуры мотивационно-потребностной иерархии, общее снижение критичности и подконтрольности поведения), что указывает на возможную вовлеченность лобных, височных и теменно-затылочных отделов коры головного мозга в патологический процесс. Вторично нарушен операциональный компонент когнитивных функций: восприятия (нарушение обобщающей функции), памяти (феномен «фиксационной амнезии»);

мышления (трудности обобщенной символизации слова, тенденция к снижению уровня обобщений) у преморбидно шизоидной личностной структуры (сензитивность, тревожность, интрапунитивность, пессимистическая оценка перспективы, склонность к симбиотическим отношениям с недифференцированностью ролей, конфликт «близости-дистанции», черты аутизации и нарушения социальной коммуникации с ориентировкой на внутренние критерии оценки). В качестве компенсаторных образований выступают неврозоподобные личностные изменения с аггравацией симптоматики, подчеркиванием тяжести актуального состояния, заострением шизоидных черт.

Рекомендовано проведение дополнительного нейропсихологического исследования и магнитно-резонансной томографии для уточнения топике и генеза возможного органического процесса.

3.5.3. СОСУДИСТАЯ ДЕМЕНЦИЯ

Патопсихологические синдромы *при сосудистой деменции* вследствие церебрального атеросклероза и гипертонической болезни, несмотря на своеобразие психических проявлений при каждом из вариантов расстройств (Авербух Е. С., 1969), отличаются общей патопсихологической симптоматикой, присущей обоим заболеваниям (Блейхер В. М., Крук И. В., Боков С. Н., 2002), поэтому в данном пособии описываются совместно. Встречающиеся при сосудистой патологии в позднем возрасте различные проявления определяются выраженными расстройствами высших психических функций, опосредованных дисфункцией глубинных церебральных структур. Зачастую данные нарушения сочетаются с отдельными очаговыми симптомами, локализующимися в различных отделах мозга, включенных во второй функциональный блок (Корсакова Н. К., 1996). Таким образом, при данном виде деменции первичными нарушениями определяют *нарушения динамической стороны психической деятельности* по типу повышенной истощаемости или инертности или совокупности данных

феноменов. *Инертность (снижение подвижности) психических процессов*, определяемых в пробах на переключение, при церебральном атеросклерозе может усиливаться в связи с истощаемостью и потому выявляться легче в конце патопсихологического эксперимента, чем в начале. При интенсивной выраженности церебрального атеросклероза инертность познавательных процессов может достигать крайней степени – например, могут обнаруживаться персеверации в речевой и практической деятельности в том случае, если они не входят в структуру очагового поражения головного мозга. В таких случаях она отмечается самими больными и периодически на время преодолевается ими (Блейхер В. М., Крук И. В., Боков С. Н., 2002). *Степень выраженности истощаемости* в динамике заболевания служит маркером объективного изменения состояния больного. Выделяют два типа истощаемости в рамках данного заболевания по гипер- и гипостеническому типу. Для начальной стадии заболевания при этом характерен первый вариант истощаемости по гиперстеническому типу, с развитием заболевания наблюдается преимущественно гипостенический ее вариант. *Для гиперстенического варианта истощаемости* характерно в начале выполнение задания в ускоренном, достаточном темпе с быстро возникающей истощаемостью, далее периодически отмечается кратковременное увеличение продуктивности; «кривая» истощаемости данного типа, как правило, носит зигзагообразный характер. *При гипостеническом типе истощаемости* «кривая» продуктивности связана с постепенным увеличением затрачиваемого времени на каждую последующую пробу без периодов улучшения показателей. С истощаемостью тесно взаимосвязана *недостаточность активного внимания и памяти*. *Недостаточность активного внимания*, помимо регистрируемых в заданиях ошибок, может проявляться как некоторая недостаточность фонематической дифференцировки, в силу чего могут наблюдаться феномены литеральных парафазий (Блейхер В. М., Крук И. В., Боков С. Н., 2002). *Нарушения памяти* также носят специфический характер, связанный как с недостаточностью произвольного запоминания и

воспроизведения, так и патологическим влиянием про- и ретроактивного торможения (гетеро- и гомогенной интерференции) на процессы запоминания. Так, больные могут жаловаться на «потерю» нужного слова, только впоследствии припоминая его («само всплывает в памяти»). При увеличении трудности экспериментальных заданий (например, воспроизведении несвязных звукосочетаний) нарастает истощаемость памяти, отмечается неравномерность снижения различных форм мнестической деятельности – более выражены расстройства запоминания искусственно созданных звукосочетаний, менее выражены и позже обнаруживают себя нарушения запоминания простых понятий (например, в методике «10 слов»), более устойчива оказывается способность к воспроизведению стимульных рядов в пробах на смысловую или ассоциативную память (Блейхер В. М., Крук И. В., Боков С. Н., 2002). Патологическое влияние гетеро- и гомогенной интерференции проявляется как неспособность удержать серию несвязных элементов (понятий) вследствие тормозящего влияния побочной стимуляции или деятельности. Стоит при этом отметить, что в силу специфики этиологии данного психического расстройства с преимущественным доминированием патологии функционирования подкорковой области при сосудистой деменции могут отмечаться своеобразные периоды стабилизации и обратного развития когнитивных нарушений (Корсакова Н. К., 1996; Тиганов А. С., Снежневский А. В., Орловская Д. Д. и др., 1999). Помимо мнестико-интеллектуальных нарушений при данном заболевании выделяют также характерные *личностные изменения*, связанные как с *общим астеническим фоном больных*, так и неустойчивостью психической деятельностью, ее лабильностью и истощаемостью. В частности, при сосудистой деменции могут наблюдаться *феномены «эмоционального недержания»* в виде общего слабодушия или насильственного плача (Тиганов А. С., Снежневский А. В., Орловская Д. Д. и др., 1999).

Трансформация познавательной деятельности на различных стадиях церебрального атеросклероза неравномерна. При этом стоит отметить, что при сосудистом слабоумии психическая дея-

тельность редко достигает степени глубокого тотального распада, что характерно для болезни Альцгеймера и Пика (Тиганов А. С., Снежневский А. В., Орловская Д. Д. и др., 1999). В инициальной стадии проявления заболевания у многих больных обнаруживается условная сохранность аналитико-синтетической деятельности, в частности, процессов обобщения и отвлечения. При прогрессировании заболевания выявляется своеобразная неравномерность уровня психической деятельности, выражающаяся в непоследовательности суждений с временным изменением качества процесса обобщения. Обнаруживаемая при данном расстройстве *непоследовательность суждений* выявляется при предъявлении заданий с относительно одинаковым уровнем сложности (например, методики образования аналогий и при подборе слов-антонимов), при этом пациенты способны исправить допущенную ошибку при обращении на нее внимания. С прогрессированием сосудистых расстройств непоследовательность суждений замещается стойким снижением уровня обобщения и отвлечения. Кроме описанных расстройств в структуре патопсихологического синдрома могут обнаруживаться симптомы, характерные для очаговых локальных поражений головного мозга с *афатико-агностико-апрактическими расстройствами*. Присоединение подобных расстройств может быть связано как со спецификой течения заболевания (например, по псевдоальцгеймеровскому типу), так и возникать при остром течении заболевания, связанном с послеинсультным состоянием у пациента.

Таким образом, можно выделить следующую иерархию патопсихологических феноменов при сосудистой деменции:

Первичные нарушения, связанные с дисфункцией динамического фактора психической деятельности по типу инертности и /или повышенной истощаемости и лабильности психической деятельности:

- 1) недостаточность активного внимания, феномены литеральных парафазий;
- 2) снижение продуктивности непосредственного запоминания при относительной сохранности опосредованного;

- 3) непоследовательность суждений;
- 4) эмоциональная лабильность.

Вторичные нарушения, связанные с нарушением операционального компонента познавательных процессов:

- 1) нарушение обобщающей функции восприятия (феномен псевдоагнозии);
- 2) феномен «фиксационной амнезии»;
- 3) снижение уровня обобщений.

Приведем пример патопсихологического заключения при сосудистой деменции.

Пациентка В. К., 63 года, предварительный диагноз: сосудистая деменция.

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования.

Больная в сознании. Выглядит моложе своего возраста. Одето опрятно, в соответствии с местопребыванием. В контакт вступает легко, способна раскрывать специфику переживаний, эмпатировать собеседнику. Интонационная и мимическая экспрессия соответствует контексту беседы. Мимика и жестикация живые, интенсивные, динамичные. Речь своеобразная, размеренная; при этом по структуре грамматически правильная, последовательная, по содержанию обстоятельная, характеризуется преимущественным ограничением темами бытового, житейского содержания. Полностью ориентирована в месте и собственной личности; месяц, год и собственный возраст называет с затруднениями, в целом, верно. В беседе занимает открытую позицию в общении, подробно сообщает сведения о себе, при этом суждения отличаются излишней обстоятельностью. Жалоб не когнитивные функции не предъявляет. К обследованию относится положительно, задания выполняет очень старательно, исполнительно в меру своих возможностей. В психическом статусе отмечаются черты крайней эмоциональной лабильности (больная легко переходит от благодушия к слезам и обратно), тревожности, напряженности, неустойчивой самооценки и фрустрации потребности в принятии.

Инструкции к простым заданиям понимает правильно, однако, быстро теряет «нить» задания, отвлекается на побочные внешние факторы. Выполнение заданий, сопряженных с осуществлением сложных видов аналитико-синтетической деятельности, больной недоступно. Обнаруживая беспомощность и несостоятельность во многих видах деятельности, расстраивается, пытается ее скомпенсировать, делает многократные попытки исправить результативность. В то же время многих собственных ошибок не замечает, частично способна их исправить только в условиях развернутой помощи. Сложные инструкции понимает после неоднократных пояснений и конкретных примеров.

Со стороны динамики психической деятельности отмечают признаки инертности (проявляющиеся замедленным темпом вработываемости в пробы (даже в рамках одного задания), сниженными показателями поиска чисел в пробе Шульце на внимание – 1 м 58 с, 1 м 36 с, 1 м 41 с) и неустойчивость функции внимания с феноменом «потери элемента», пропуском чисел, варьирующим характером «кривой» непосредственного запоминания, истощаемостью механической памяти, наличием конфабуляторных стереотипных включений при воспроизведении элементов ряда, случайном попадании карточек в классифицированные группы.

Объем непосредственной памяти в нижних границах нормы; опосредованной – достаточный. Кривая воспроизведения 10 слов носит стабильно возрастающий характер – 5, 6, 8, 8, 8. Отсроченное воспроизведение резко снижено и составляет 3 слова из 10-ти (феномен «фиксационной амнезии»), что может указывать, в том числе, на повышенную истощаемость памяти и подверженность влиянию гетерогенной интерференции. Включение процесса опосредования улучшает показатели воспроизведения. Верно припомнила и назвала 11 понятий из 14-ти, что указывает на достаточную сохранность и способность компенсации мнестических нарушений. Ассоциативные образы содержательны, эмоционально наполнены, стандартны с сочетанием атрибутивности и конкретности изображения понятий («печаль – женщина плачет»;

«болезнь – микстура» и т. д.). Рисунки с выраженным нажимом карандаша, варьирующим размером, что отражает, видимо, общий неустойчивый эмоциональный фон испытуемой; отмечаются также признаки органического изменения графики рисунков (несостыковка линий, изменение пропорций изображения и пр.).

Выполнение отдельных заданий свидетельствует о премоурбидно достаточном интеллектуальном уровне, однако, большинство решений низкого качественного уровня. Признаки наличия органического фона проявляются в некоторых трудностях объединения карточек между собой по категориальному признаку, что в случае корректирующей подсказки экспериментатора может нивелироваться и, скорее, свидетельствует о нарушении динамического фактора данной психической сферы (например, объединяет вначале кузнеца и группой инструменты при наличии отсортированной группы «профессии») в виде непоследовательности суждений. Со стороны операционального компонента мышления также отмечаются признаки тенденции к снижению уровня обобщений, что проявляется в объединении карточек по конкретно-ситуативному основанию, сложностях объединения обобщенных групп, то есть обобщения более высокого уровня, трудностях номинации объединенных групп (например, выделяет группы «домашние необходимые вещи», «средства домашней необходимости», «кухонная утварь»). Понимание переносного смысла пословиц и метафор обследуемой доступно.

В эмоционально-личностной сфере наблюдается эмоциональная лабильность с тенденцией к застреванию на эмоционально-значимых темах, тревожность, сензитивность, напряженность, повышенная внушаемость и подчиняемость.

Таким образом, в исследовании выявляется патопсихологический синдром, характерный для *сосудистой деменции*, – на первый план выступает нарушение динамического компонента внимания и умственной работоспособности (инертность, низкий эффект тренировки и вработываемости), памяти (истощаемость памяти), мышления (неустойчивость уровня обобщения, непоследовательность суждений, обстоятельность). Вторично нару-

шен операциональный компонент памяти (феномен «фиксационной амнезии»), мышления (тенденция к снижению уровня обобщений). Наблюдаются эмоционально-личностные изменения (эмоциональная лабильность, импульсивность, отвлекаемость, тревожность, сензитивность, напряженность).

3.5.4. ДЕМЕНЦИЯ ВСЛЕДСТВИЕ ЗАКРЫТОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ (ЧМТ)

Патопсихологический синдром *при деменции вследствие закрытой черепно-мозговой травмы* характеризуется преимущественными нарушениями динамики психической деятельности в виде повышенной истощаемости с выраженными характерологическими изменениями при незначительно или умеренно выраженном снижении интеллектуально-мнестической деятельности. При этом преимущественно функциональная патология головного мозга при ЧМТ легкой и средней степени тяжести без возможности зафиксировать структурные мозговые изменения (посредством неврологического исследования, компьютерной или магнитно-резонансной томографии) претерпевает ряд изменений, в том числе, в зависимости от удаленности стадии исследования от периода ЧМТ (Меликян З. А. и др., 2011). Так, в остром периоде ЧМТ при острой и средней степени тяжести отмечаются преимущественно функциональные нарушения с преобладанием дисперсной активации и ее сдвигом в правое полушарие. В течение первого года после травмы может отмечаться улучшение функций приема и переработки информации, в то время как нарушения произвольности могут отмечаться лишь в отдаленном периоде (спустя несколько лет) ЧМТ даже при отсутствии симптомов заболевания непосредственно после травмы (Меликян З. А. и др., 2011).

Повышенная истощаемость психической деятельности отражает проявления посттравматической астении и, как правило,

неоднородна в случае закрытой ЧМТ. Выделяют пять ее вариантов (Зейгарник Б. В., 1948; 1949):

1. Истощаемость по типу астении с диффузным ее характером, проявляющаяся в снижении работоспособности к завершению выполняемого задания.

2. Истощаемость по типу локализованного очерченного симптома, характеризующаяся нарушением какой-либо определенной функции, например, представленная в виде истощаемости мнестической деятельности.

3. Истощаемость в виде нарушений мыслительной деятельности по типу непоследовательности суждений.

4. Истощаемость по типу повышенной психической пресыщаемости при длительной монотонной деятельности.

5. Истощаемость в виде невозможности образования самого психического процесса, связанная с первичным снижением церебрального тонуса, например, проявляющаяся нарушениями узнавания, когда показываемый обследуемому предмет или его изображение определяются по родовому признаку. Нарисованный компьютер обозначает понятием «техника», грушу номинирует словом «фрукты» и т. п.

С истощаемостью также взаимосвязан феномен откликаемости или «вплетений», когда при работе над экспериментальным заданием испытуемый включает в решение элементы происходящего – слышанного или виденного, не относящиеся при этом к ситуации эксперимента.

Эмоционально-личностные нарушения в клинике посттравматической деменции полиморфны, однако, как правило, выделяют два основных варианта их проявлений (Пивоварова В. Л., 1965): связанный с упорядоченностью поведения при наличии аффективной неустойчивости и нестабильности самооценки по ситуативно-депрессивному типу и вариант, проявляющийся расторможенностью влечений, эйфорией, дурашливостью и общей некритичностью (эйфорически-анозогнозический вариант).

Единый патопсихологический синдром при посттравматической деменции выделить сложно, поскольку клиника данного

слабоумия отличается большим разнообразием и в ряде случаев зависит от интенсивности и локализации травматического воздействия.

Приведем пример патопсихологического заключения при деменции после закрытой ЧМТ.

Больной Т. Р., 46 лет, предварительный диагноз: деменция травматического генеза.

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования.

Обследуемый ориентирован правильно. Выглядит моложе собственного возраста, соответственно местопребыванию. В качестве особенностей самопрезентации испытуемого можно отметить общую брутальность, массивность внешнего вида, подчеркнутость характеристик мужского телосложения (обтягивающая майка, открывающая мускулистые плечи и руки с агрессивными татуировками – драконов). Голос громкий, напористый. Охотно вступает в контакт, развернуто отвечает на вопросы. Речь, в целом, последовательная; отмечается употребление жаргонных слов и выражений («типа», «ну а че» и т. п.); некоторые трудности формулирования развернутых речевых высказываний. Мимическая и интонационная экспрессия пациента динамичны, соответствуют контексту беседы. В контакте крайне фамильярен, не адекватен, не соблюдает дистанцию общения (переходит на «ты», просит написать справку для жены с указанием «его положительных качеств»), некритично рассказывает об интимных подробностях своей жизни. При выяснении автобиографических данных чрезмерно открыто и откровенно предъявляет спектр имеющихся жизненных трудностей и неурядиц. Пересказывая автобиографические данные, акцентирует внимание на травмирующих жизненных событиях («в 4 года остался без отца», «в 8 лет отдал в интернат – сбагрили с рук», «мама засунула в Иеговы» и т. п.), создавая у собеседника общий траурный флер вокруг собственной личности. Пациент подробно рассказывает о проблемах в семье: чувстве собственной ненужности, «непонятости», кон-

фликтах с матерью, гражданской женой; при этом стремится выставить себя в роли беспомощной жертвы. Стоит отметить при этом явное несоответствие содержания рассказа и общего брутального вида испытуемого, слегка напористого желания сидеть ближе к экспериментатору, массивных обвинений в адрес родных. В качестве причин направления на обследование в психиатрическую больницу называет частые головные боли, плохую переносимость духоты, появившиеся после «несчастливого случая на работе».

К выполнению методик приступает с повышенным интересом. Демонстрирует исполнительность, старательность, заинтересованность в заданиях, что, однако, оказывается неустойчивым. Так, по мере нарастания усталости, в заданиях начинает проявлять негативистичность, реакции раздражения. На похвалу и собственную успешность реагирует несколько ажитированно (громким смехом, демонстрацией удовольствия); при критике и неуспехе заметно расстраивается («ужас-ужас, фу-фу-фу»), демонстрирует чрезмерное усердие, стремится улучшить показатели выполнения пробы; самостоятельно указывает на возможные погрешности («слушайте, я сейчас в достаточно взволнованном состоянии или так и должно быть?»). Инструкции понимает правильно. Темп деятельности несколько снижен, что особенно проявляется в конце экспериментально-психологического исследования.

Со стороны динамики психических процессов выявляются признаки повышенной истощаемости, проявляющиеся в колебаниях умственной работоспособности, неустойчивом темпе деятельности. При достаточном объеме внимания выявлены трудности его длительной концентрации, что, к примеру, проявляется в ошибках при переходе через десяток при выполнении обратного отсчета 100–7, неравномерном поиске чисел в таблицах Шульте с периодическими «потерями» и заменами чисел (30 с, 34 с, 40 с, 45 с, 60 с). Встречаются ошибки внимания при выполнении мыслительных задач.

Объем механического запоминания достаточный, «кривая» запоминания 4-6-8-10-10, отсрочено правильно называет 4 слова из 10-ти, что свидетельствует о слабости функции слеодообразования (феномен «фиксационной амнезии»). Продуктивность опосредованного запоминания достаточная и составляет 12 правильно воспроизведенных понятий из 16-ти предъявленных, остальные обозначает близко по смыслу. Ассоциативные образы носят конкретный и атрибутивный характер, являются стандартными, адекватными по смыслу. Структура пиктограммы – без существенных особенностей.

В сфере мышления: обследуемый обнаруживает достаточный интеллектуальный и образовательный уровень, выполняет основные мыслительные операции преимущественно на понятийном уровне. Без существенных затруднений справляется с предлагаемыми заданиями, допуская единичные ошибки внимания и с легкостью их самостоятельно корригируя. Преобладают существенные суждения с опорой на практически значимые признаки. Переносный смысл пословиц и метафор понимает верно, поясняет лаконично. С мотивационной стороны мыслительной деятельности обнаруживаются феномены снижения критичности, носящие парциальный характер в отношении оценки собственной личности и последствий травмы.

В эмоционально-личностной сфере по данным опросника ММИЛ выявляется сомнительной достоверности «пологий» профиль (с высокими значениями по служебной шкале аггравации симптомов) с пиками по шкалам психопатии и аффективной ригидности, что свидетельствует о склонности к поведенческому отыгрыванию асоциальных мотивов и образованию сверхценных идей, что также подтверждается данными беседы и наблюдения: особенностями самопрезентации пациента (преуменьшение, вуалирование склонности к асоциальному поведению через категорию морально-нравственного оправдания: «изменял жене, но я человек честный, все ей рассказывал»). Здесь же стоит отметить ощущение некоторой нереалистичности с ореолом лжи вокруг анамнестических данных пациента. При этом подъем по шкале

истерии указывает на трудности целенаправленной реализации мотивов, демонстрируемый, фасадный уровень ценностей, эгоцентричность, эмоционально-личностную незрелость, зависимость от мнения окружающих, что в сочетании с конфликтностью, социальной враждебностью свидетельствует о дисгармоничности личности пациента. Анализ проективных данных выявляет инфантильную, незрелую структуру гендерной идентичности с представленностью бесформенного агрессивного доминантного образа женской фигуры и инфантильного, ювенильного образа мужской. Выявляется также феноменология, характерная для регрессивной синтонности, определяющаяся в актуализации сексуальной тематики в рассказах испытуемого («чем занимается? Да, по девочкам ходит»), подчеркивании наличия или отсутствия вторичных половых признаков в проективных рисунках, создании сексуально-ориентированных сюжетных рассказов по методике ТАТ («это мужчина, у него получилось удовлетворить женщину» и т. д.); отмечается также примат физиологической и телесной успешности персонажей с проективным перверсивным фантазированием («это голый мужчина, на него все смотрят; куда нудисты лезут? Никуда – им нужно показать свое голое тело»).

Таким образом, в исследовании выявляется синдром, характерный для **органического расстройства (преимущественно посттравматического генеза)**, с ведущими динамическими нарушениями по типу повышенной истощаемости: внимания и умственной работоспособности (сужение объема, феномен потери элемента); вторично – нарушением операционального компонента памяти (феномен «фиксационной амнезии») и мотивационного компонента мышления – эйфорично-анозогностическим вариантом изменения мышления (снижение критичности). Компенсаторные феномены представлены изменениями и компенсацией эмоционально-личностной сферы (потребность в привлечении внимания, демонстративность, расторможенность влечений и поведения в целом, эмоциональная возбудимость, неустойчивость, неадекватность, агрессивность, трудности произвольного контроля аффективных импульсов, демонстративность, дурашливость,

неадекватно завышенная самооценка, преобладание аффективной регуляции над волевой) у личности *с преморбидно нарциссическими чертами* (фасадный уровень ценностей с вуалированием асоциальных тенденций и агрессивных аффектов, полярность презентации собственного Я с конфликтом самооценки и его неустойчивым уровнем, сочетание защитных механизмов обесценивания и идеализации, ведущая проблематика соматического благополучия и сексуальной успешности, паттерн эмоциональной «пустотности» и холодности при значимости внешних атрибутов привлекательности, повышенная сензитивность к критике, эмоционально-личностная незрелость, склонность к соматизации аффекта, акцентирование сексуальной тематики с наличием перверсивных фантазий, инфантильная незрелая структура гендерной идентичности с представленностью бесформенного агрессивного доминантного образа женской фигуры, фасадный уровень ценностей с вуалированием асоциальных тенденций и агрессивных аффектов).

3.6. ОЛИГОФРЕНИЯ

Олигофрения (в переводе с греческого – «малоумие») является органическим психическим заболеванием с явлениями необратимого недоразвития мозга с преимущественной незрелостью его корковых отделов как наиболее сложного образования и наиболее поздно созревающего в онтогенезе. Данная патология обусловлена различной этиологией поражения головного мозга в раннем детстве (внутриутробные, родовые и ранние постнатальные воздействия). На основании тестов интеллекта различают три степени данного расстройства (в целом, при умственной отсталости коэффициент интеллекта (IQ) равен 70 и ниже): дебильность – IQ равен 50–70; имбецильность – 35–50; идиотия – 20 и ниже. Однако для определения специфики и структуры дефекта диагностики лишь уровня IQ оказывается недостаточным, так как сходные количественные показатели могут наблюдаться

при различных вариантах познавательной несостоятельности, в частности, при задержках психического развития в детском возрасте. Поэтому количественные данные необходимо дополнять качественным анализом дефекта. От умственной отсталости следует отличать задержки психического развития и искажения психического развития в раннем возрасте, которые в силу схожей феноменологии, а также раннего начала процесса могут иметь подобную картину расстройства¹. Подобная дифференциация данных расстройств более возможна в клинике детской психиатрии, поэтому подробно на их качественных различиях останавливаться в рамках данного пособия не представляется возможным.

В настоящее время по МКБ-10 выделяют следующую основную классификацию данного расстройства:

F70-F79 – Умственная отсталость

- F70 Умственная отсталость легкой степени
- F71 Умственная отсталость умеренная
- F72 Умственная отсталость тяжелая
- F73 Умственная отсталость глубокая
- F78 Другие формы умственной отсталости
- F79 Умственная отсталость неуточненная

В патопсихологическом синдроме при олигофрении в качестве основного звена «поломки» психической деятельности выделяют нарушение операционального компонента мышления в виде недоразвития интеллекта. Эта особенность мышления различно выражена у разных больных и прямо связана с глубиной выраженности интеллектуального недоразвития. Обычно в психиатрической клинике объектом патопсихологического исследования оказываются пациенты с легкой степенью умственной отсталости, больные с более выраженной степенью расстройств патопсихологическим исследованиям, как правило, не подвергаются. При

¹ Более подробную информацию о дифференциальной диагностике можно найти в книге Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте. – М., 2003; Исаев Д.Н. Дифференциальный диагноз психического недоразвития у детей // В кн. Психология аномального развития ребенка. – Т. 2., под ред. Лебединского В.В. – М., 2002.

обследовании таких больных важным бывает не только установление факта интеллектуального недоразвития, но и определение его глубины. Особенно часто этого требуют вопросы судебно-психиатрической и военной экспертизы. В случае недоразвития интеллекта обычно диагностируются: дефицит общих сведений и знаний, неспособность к обучению и формированию понятий, недостаточность абстрактно-логического мышления. Эти особенности мышления выделяются при исследовании рядом методик. *Дефицит общих сведений и знаний* может наблюдаться уже в процессе ведения клинико-психологической беседы: речь может изобиловать штампами, часто неверным употреблением слов («пустая словесная абстракция», Трошин Г. Я., 1914), такие пациенты могут демонстрировать недостаточную осведомленность о вещах или явлениях окружающего мира или высказывать суждения, очерчивая бедность имеющихся в запасе знаний и сведений. *Неспособность к обучению и формированию понятий* определяется, в том числе, при рассмотрении влияния подсказки в процессе исследования (Иванова А. Я., 1965, 1976) с использованием элементов обучающего эксперимента. В основе обучающего эксперимента лежит положение Л. С. Выготского (Выготский Л. С., 1935) о зоне ближайшего развития, определяющей возможности актуального и вероятностного интеллектуального развития ребенка. Экспериментальная часть заключается в определении возможности перехода от того, что ребенок умеет делать самостоятельно, к тому, что он способен выполнить при направляющей помощи психолога. Возможность осуществления деятельности по аналогии, т. е. правильного решения задачи при выполнении сходных с предъявляемыми ранее заданиями приобретает особую значимость при установлении степени выраженности умственной отсталости (Лебединский В. В., 2003). *Недостаточность абстрактно-логического мышления* определяется по неспособности к абстрагированию и символизации (в том числе, недостаточностью уровня воображения и фантазирования), снижению уровня обобщений, конкретно-ситуативному характеру ассоциативной деятельности с затруднением опосредования

абстрактных понятий. В то же время при выраженном отставании вербально-логического мышления практическое мышление у таких пациентов бывает более сохранным.

Вторичные нарушения при данном варианте патопсихологического синдрома определяются нарушением произвольных форм «предпосылок интеллекта» – восприятия, внимания и памяти. Чем более выражены явления недоразвития, тем интенсивнее симптомы изоляции отдельных функций; при этом нарушения данных форм психической деятельности обусловлены преимущественным снижением их произвольной регуляции. *Со стороны восприятия* может наблюдаться сужение его объема с недостаточной дифференцированностью, активностью и целенаправленностью. При рассматривании картинок может отмечаться лишь поверхностное узнавание отдельных объектов, изображенных на них, трудности восприятия целостного содержания картинок с простым перечислением отдельных деталей рисунка. *Внимание* характеризуется также, прежде всего, недостаточностью произвольности. Данным нарушением обусловлены сложности концентрации и сосредоточения на заданиях, требующих умственного напряжения, сужение объема внимания, трудности его распределения с нарушением переключаемости и истощаемостью. *Мнестическая деятельность* также страдает со стороны операционального и динамического компонента механического и опосредованного запоминания в силу общего нарушения процессов регуляции. При этом, как правило, механическая память более сохранный, чем опосредованная. Как правило, для усвоения требуется его неоднократное повторение, однако, оперирование имеющимися в запасе у больного знаниями в практической деятельности затруднено либо невозможно. Более доступны для запоминания поверхностные признаки предметов и явлений в их ситуативных, случайных сочетаниях; при этом смысловые связи и логические отношения запоминаются хуже, так как недостаточно понимаются. В некоторых случаях атипичных форм олигофрении, выделенных Сухаревой Г.Е., основные характеристики

строения патопсихологического синдрома могут частично не совпадать. Например, при олигофрении вследствие гидроцефалии в некоторой степени нарушается фактор тотальности поражения, и в этом случае отмечается достаточная механическая память (Сухарева Г. Е., 1961). При других формах олигофрении, например, лобной имеется грубое нарушение целенаправленности, а также при олигофрении, обусловленной недоразвитием щитовидной железы, отмечается выраженная слабость побуждений, по степени своей тяжести как бы перекрывающая проявления недоразвития абстрактно-логического мышления (Певзнер М. С., 1959). Атипичность структуры интеллектуального дефекта может быть связана и с грубым выпадением какой-либо из отдельных корковых функций (праксиса, памяти, речи, пространственного гнозиса и т. д.), связанным с компонентом локального повреждения. Так, при олигофрении вследствие раннего травматического поражения мозга нарушения памяти выражены интенсивнее, чем недостаточность других высших психических функций. При лобной же олигофрении на первый план выступает нарушение целенаправленности, превалирующей по своей массивности над недостаточностью процессов отвлечения и обобщения (Лебединский В. В., 2003).

Со стороны эмоционально-личностных особенностей и вариантов третичных нарушений могут наблюдаться феномены «пустого резонерства» и компенсаторно завышенной самооценки. Феномен «пустого резонерства» проявляется в претенциозно-оценочной позиции обследуемого, стремлении поучать при крайне бедном запасе знаний; целью подобного резонерства является утверждение престижа в глазах окружающих. Неадекватно завышенная самооценка проявляется как переоценка собственных возможностей, нарушение уровня притязаний (Викулова Л. В., 1965), что частотно взаимосвязано с недостаточной критичностью таких пациентов к собственным нарушениям, а также с переживанием чувства своей несостоятельности в связи с негативным отношением со стороны других людей и обиды за свою не-

полноценность. Подобная завышенная самооценка также может сочетаться с эмоционально-личностной незрелостью пациентов и быть прямо пропорциональна степени инфантильности больных с олигофренией, проявляющейся общей незрелостью и малой дифференцированностью эмоциональных реакций, доминированием элементарных аффектов и недоразвитостью высших чувств, несформированностью мотивационно-потребностной сферы со слабостью целеполагания, волевой активности и повышенной внушаемости.

Таким образом, можно выделить следующую иерархию патопсихологических феноменов при олигофрении:

Первичные нарушения, связанные с дисфункцией операционального компонента мышления в виде недоразвития интеллекта:

- 1) дефицит общих сведений и знаний;
- 2) неспособность к обучению и формированию понятий;
- 3) недостаточность абстрактно-логического мышления;
- 4) снижение уровня обобщений.

Вторичные нарушения, связанные с нарушением предпосылок интеллекта (динамического компонента) и недостаточностью произвольности и регуляции деятельности (мотивационного компонента):

- 1) инертность, повышенная истощаемость внимания;
- 2) недостаточная дифференцированность, активность и целенаправленность восприятия;

Третичные (компенсаторные) мотивационные нарушения:

- 1) феномен «пустого» резонерства (претенциозно-оценочной направленности);
- 2) неадекватно-завышенная самооценка;
- 3) феномен снижения критичности.

Приведем пример заключения с описанием иерархии патопсихологических феноменов при олигофрении.

Пациент А. Б., 27 лет, предварительный диагноз: умственная отсталость с психопатизацией.

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования

Обследуемый жалоб не предъявляет. Тяготясь пребыванием в стационаре, послушно подчиняется режиму. В контакте доброжелателен, спокоен, эмоционально адекватен. Занимает открытую позицию в общении, охотно рассказывает о себе, на вопросы отвечает подробно, конкретно, излишне детализировано. Запас знаний и представлений ограничен.

Инструкции понимает правильно, задания выполняет с интересом, эмоционально вовлекаясь в работу. Активно интересуется результатами исследования, стремится показать хороший результат. Общий темп деятельности замедлен.

В исследовании выявляются нарушения динамики психической деятельности в форме ее инертности, что выражается в замедленном темпе выполнения заданий, в частности, поиска чисел в таблицах Шульте на внимание с невыраженным эффектом его тренировки, включении элементов предыдущего задания в выполнение нового, медленном приросте продуктивности непосредственного запоминания, трудностях формирования и автоматизации двигательной программы, создании детализированных ассоциативных образов для опосредствованного запоминания, «вязкости», обстоятельности мыслительных процессов. Также следует отметить регуляторные трудности обследуемого, наличие импульсивных решений, сложности отторгивания произвольных реакций, что указывает на несформированность высших, произвольных форм психических функций. Нейропсихологическое обследование, помимо вовлеченности в структуру недоразвития премоторных и префронтальных зон, выявляет несформированность межполушарного взаимодействия (трудности осуществления реципрокной координации, переноса позы пальцев с закрытыми глазами с одной руки на другую).

В мнестической сфере наблюдается сужение объема механической памяти с трудностями формирования эффективной стратегии заучивания (форма «кривой» – 4, 6, 7, 9, 9; отсроченное воспроизведение – 8 слов из 10). Продуктивность опосредство-

ванного запоминания также несколько снижена (8,5 понятий из 12). Ассоциативные образы носят конкретный, содержательный, эмоционально насыщенный характер, отражая личный опыт обследуемого.

Мыслительные операции доступны больному на уровне конкретных представлений; отмечаются трудности осуществления сложных видов аналитико-синтетической деятельности, опосредования абстрактных понятий. С операциональной стороны мыслительной деятельности наблюдается снижение уровня обобщений, что проявляется в создании предельно конкретных ассоциативных образов для опосредствованного запоминания, актуализации конкретно-ситуативных признаков предметов и явлений, особенно при объединении классификационных групп, т. е. обобщении более высокого порядка. Так, обследуемый выделяет классификационные группы «работа портного», «медицина», «спорт», «пищевые предметы»; при объединении групп поясняет: «Люди могут летать на самолете, ездить на машине, собирать ягоды, спать на мебели, выращивать животных, варить...».

В эмоционально-личностной сфере выявляется эмоциональная незрелость, инфантильность, конформность убеждений и поведения в целом, повышенная тревожность, сензитивность. Психопатических проявлений в структуре личности и поведения обследуемого не обнаруживается.

Таким образом, в исследовании выявляется патопсихологический синдром, характерный для *олигофрении*, – на первый план выступают несформированность высших, произвольных форм психических функций и межполушарных взаимодействий и операциональные нарушения когнитивных процессов (мнестических – снижение продуктивности непосредственного и опосредствованного запоминания; мыслительных – снижение уровня обобщений). Вторично выявляются динамические нарушения психической деятельности (инертность); третичными феноменами компенсации выступают эмоционально-личностные особенности (эмоциональная незрелость, инфантильность, конформность убеждений и поведения в целом, повышенная тревожность, сензитивность).

3.7. РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ

Расстройства личности относятся к категории пограничных психических заболеваний и определяются как «клинически значимые, устойчивые поведенческие состояния, выражающие характеристики индивидуального стиля жизни и способа отношения к себе и другим» (Классификации болезней в психиатрии и наркологии, 2003, с. 88). Специфические расстройства личности обычно появляются в раннем возрасте в процессе индивидуального развития под влиянием конституциональных и/или социальных факторов. В более позднем возрасте могут формироваться стойкие изменения личности, обычно связанные с наличием психотравмирующей ситуации или затяжным течением соматической или психической болезни и выступающие как «заострение» преморбидных акцентуированных черт личности. Пограничные психические расстройства занимают промежуточное положение между нормой и патологией, что определяет широкий круг теоретических проблем как дифференциации данных расстройств, так и условий подвижности границ между их различными формами, определяемых уникальным взаимодействием личности и окружающей социальной среды, индивидуальными смыслами психотравмирующих обстоятельств (Блейхер В. М., Крук И. В., 1986).

В настоящее время по МКБ-10 выделяют следующую основную классификацию специфических расстройств личности:

F60 – Специфическое расстройство личности

- F60.0 Параноидное (параноическое)
- F60.1 Шизоидное
- F60.2 Диссоциальное¹
- F60.3 Эмоционально неустойчивое
 - F60.30 импульсивный тип
 - F60.31 пограничный тип

¹ Соответствует асоциальному расстройству личности в психоаналитической терминологии.

- F60.4 Истерическое
- F60.5 Ананкастное¹
- F60.6 Тревожное, уклоняющееся, избегающее
- F60.7 Расстройство типа зависимой личности

Основная дискуссия в отношении расстройств личности развернулась в связи с вопросом о границах данной патологии. Так в МКБ-10 шизотипическое расстройство личности входит в регистр заболеваний круга шизофрении, тогда как в DSM-V оно относится к расстройствам личности. Другой важной теоретической проблемой классификации личностных расстройств выступает смешение понятий «тип» и «уровень» личностной организации. Так в МКБ-10 и DSM-IV (и DSM-V) отдельно выделяется пограничный тип личностного расстройства, критерии которого, по сути, являются общими для любого расстройства личности пограничного уровня в психоаналитической терминологии (Кернберг О., 2005). Также в МКБ-10 отсутствует категория нарциссического расстройства личности, достаточно операционализированного в рамках DSM-V, что является существенным упущением с учетом отчетливой тенденции к возрастанию распространенности соответствующего расстройства в условиях современного дегуманизованного общества потребления. В обеих классификациях в рубрике расстройств личности не выделены депрессивная и маниакальная структуры, которые отнесены к рубрике аффективных расстройств, хотя П. Б. Ганнушкиным еще в первой половине XX века был выделен отдельный тип циклоидной психопатии² (Ганнушкин П. Б., 2007). Психоаналитические исследования показывают значимый вклад личностных факторов в поддержании аффективных расстройств как эндогенной, так и реактивной этиологии (Мак-Вильямс Н., 1999). Мазохистическое расстройство личности чаще всего рассматривается как

¹ Соответствует обсессивно-компульсивному расстройству личности в психоаналитической терминологии.

² Психопатия является более «старым» термином, являющимся синонимом расстройства личности и исключенным из современных классификаторов болезней в психиатрии и наркологии.

депрессивно-мазохистическое (Кернберг О., 2005), а в классификациях DSM различных пересмотров частично операционализировано в пассивно-агрессивном личностном расстройстве. Эмоционально неустойчивое расстройство личности импульсивного типа наиболее близко к параноидной структуре личности в психоаналитической терминологии. Тревожное, уклоняющееся, избегающее расстройство близко к наполнению депрессивной структуры в психоаналитической терминологии. Диагностические критерии расстройства типа зависимой личности являются малоспецифичными и характеризуют скорее пограничный уровень личностной организации. Таким образом, психиатрический и психоаналитический тезаурусы «перекрываются» не полностью, однако, разработанные в психоанализе диагностические критерии оценки типа личностной организации позволяют исследовать структуру личности, ее глубинные конфликты и синдромообразующие факторы.

Вопросы дифференциальной диагностики расстройства личности возникают, с одной стороны, в отграничении данного варианта патологии от малопрогрессирующих форм шизофрении, что было подробно обсуждено в главе 2.3.5 (Психодиагностика эмоционально-личностного дефекта), с другой стороны, в их отделении от более «легких» форм психической патологии невротического регистра. Дифференциация последнего необходима с учетом патоморфоза психических расстройств, тенденции к появлению их более «мягких» форм, при которых декомпенсация психопатий проявляется не в поведенческих расстройствах, а невротоподобных, в том числе, психосоматических симптомах. В данном случае также оказывается диагностически полезным использование структурных психоаналитических критериев для определения уровня функционирования личностной структуры: при декомпенсации расстройства личности будет регистрироваться пограничный уровень, при невротическом расстройстве – невротический, что еще раз указывает на значимость интеграции психоаналитической традиции структурной диагностики в арсенал психодиагностических инструментов патопсихологии.

Центральным психологическим звеном при различных психопатиях, или расстройствах личности является *нарушение организующей роли интеллекта над аффектом*, при котором утрачивается свойственное здоровой личности единство аффекта и интеллекта и отмечаются проблемы эмоциональной саморегуляции. В эмоционально-личностной сфере будут регистрироваться структурные неспецифические и специфические феномены нарушения личности, в сфере мышления – феномен «аффективной дезорганизации» («избыточной пристрастности» – Виноградова М. Г., Тхостов А. Ш., 2010) вследствие избыточной опосредованности когнитивных процессов (в том числе, ассоциативных) аффективно заряженными, личностными факторами (Кудрявцев И. А., Сафуанов Ф. С., 1984), актуализации субъективно значимых признаков предметов и явлений, в сфере памяти – снижение продуктивности как непосредственного, так и опосредованного запоминания, в сфере внимания – феномен пресыщаемости в связи с трудностями произвольной регуляции.

Таким образом, можно выделить следующую иерархию нарушений в структуре патопсихологического синдрома при расстройствах личности:

Первичные нарушения, связанные с дисфункцией мотивационного фактора в форме нарушения организующей роли интеллекта над аффектом:

1) комплекс структурных неспецифических (эмоционально-личностная незрелость, диффузия идентичности, феномен «слипания» Я-реального и Я-идеального) и специфических (выделение типа и уровня личностной структуры, определение «ядерных» личностных черт) феноменов нарушения личности;

2) нарушение мотивационного компонента мышления (феномен разноплановости как «аффективной дезорганизации» с включением субъективно значимых критериев классификации или классификацией по типу эмоционально заряженной «аффективной цепочки»);

3) нарушение мотивационного компонента памяти (пресыщаемость, избыточная опосредованность ассоциативных образов,

снижение продуктивности непосредственного и опосредованного запоминания);

4) нарушение мотивационного компонента внимания (пресыщаемость).

Вторичные нарушения операционального компонента познавательной деятельности:

1) актуализация субъективно значимых, эмоционально заряженных признаков предметов и явлений.

Третичные (компенсаторные) мотивационные нарушения:

1) комплекс структурных специфических феноменов нарушения личности, которые выполняют компенсаторную функцию и способствуют улучшению социальной адаптации (выделение личностных радикалов, «периферийных» личностных черт).

Приведем пример типичного заключения с описанием иерархии патопсихологических феноменов при расстройстве личности.

Пациентка В. Ж., 33 года, предварительный диагноз: истерическое расстройство личности.

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования

Обследуемая всесторонне ориентирована правильно. Выглядит моложе собственного возраста; во внешнем виде заметна претензия на особый небрежный стиль, что отражается в соответствующей прическе, сочетании элементов одежды модных брендов. Мимическая и интонационная экспрессия достаточно выразительная, однако, определяется ограниченным диапазоном реакций претенциозности, деланной утонченности, напускной загадочности. Невербальные проявления, включая характер поз, отличаются демонстративностью, направлены на подчеркивание собственной самобытности и исключительности. Речь пациентки грамотная, содержит сложные лингвистические конструкции, отражает богатый словарный запас («у меня был адюльтер, который закрывал все болезненные, нереализованные в браке моменты»). Мышление последовательное, аффективно заряженное тематикой межличностных отношений с мужчинами, гиперрефлексивное,

с претензией на метафоричность («я словно кошка или собака, которая спит зимой на люках в поисках тепла»).

Пациентка предъявляет жалобы на сниженное настроение, трудности выполнения привычных повседневных дел, суицидальные мысли; отмечает суицидальные попытки («я пыталась выйти в окошко»), которые совершались в присутствии мужа или свекрови, что указывает на их демонстративный, манипулятивный характер. Считает себя больной около полутора лет, в течение которых «истончились нервы, стали ломкими, словно бумажными», причиной чего считает сложные отношения с мужем. Актуальное состояние, по мнению пациентки, является результатом накопления напряжения вследствие сложной ситуации адюльтера обследуемой («это форменная Санта-Барбара, мой муж узнал об измене, сообщил любовнику и его жене, были страшные разборательства»). Стационар рассматривает как возможность сменить обстановку и поддержать себя фармакологически; образ излечения представлен как изменение социального окружения (в частности, развод с мужем) и обретение спокойствия. Таким образом, отмечается внешний локус контроля болезни, при котором пациентка делегирует ответственность за собственное состояние и его облегчение факторам социального окружения, недооценивая вклад собственных внутриличностных конфликтов. Обследуемая позиционирует высокую самооценку и степень самоудовлетворенности, в самоописании подчеркивает собственную исключительность и атрибуты достижений («я не среднестатистическая – хорошо, модно одеваюсь, финансово независима, имею хорошую работу, говорю на четырех языках, являюсь прекрасной матерью»). Фасадность, искусственность подобной Я-концепции отражена в отрицании самооценочного конфликта (любовник публично отверг пациентку, выбрал жену, что, по словам обследуемой, не вызвало в ней никаких переживаний, как и сам разрыв отношений; подобное решение любовника объяснено наличием общей с его женой ипотекой), прослеживаемых на протяжении всей беседы мотивах дефицита заботы и тепла («наш брак разрушил отдельный бюджет, это означало, что

нет между нами близости»; качество чувства близости и заботы отмечается как наиболее значимое в любовных отношениях, что пациентка и нашла в адюльтере), использования и условного принятия (родители требовали быть лучшей во всем; с матерью присутствует инверсия ролей, при которой обследуемая вынуждена обсуждать ее проблемы и выносить ее капризы; отмечает сексуальное злоупотребление со стороны отчима в подростковом возрасте; «в детстве меня все лупили без разбора, никто не пытался выяснить почему, поэтому я стала врать»). В контакте с психологом фасадно доброжелательна, однако, можно отметить скрытое, неявное проявление пренебрежения и превосходства, пассивного негативизма (демонстрировала эрудицию, отвечала вопросом на вопрос, опоздала на сорок минут на обследование, нарушала инструкции к заданиям). В психическом статусе также отмечаются черты демонстративности, тонкого манипулирования, эмоциональной холодности, пустотности с рационализацией переживаний.

Мотив экспертизы сформирован формально: обследуемая правильно понимает инструкции к заданиям, однако, нарушает их (например, делает подписи к пиктограммам), эмоционально индифферентно реагирует на успех и неуспех в работе, ошибки не исправляет. Пациентка не проявляет заинтересованности в результатах исследования, стремится как можно быстрее выполнить все задания, не беспокоясь о качестве своей работы. Общий темп деятельности очень высокий.

В сфере внимания регистрируется феномен пресыщаемости, что проявляется в замедлении темпа поиска чисел в таблицах Шульте на внимание в последних попытках, сопровождаемом отвлечениями внимания (32, 30, 28, 50, 47 секунд), декларируемом нежелании продолжать искать цифры «в таком количестве скучных таблиц».

В сфере механической памяти пресыщаемость выражается в снижении продуктивности непосредственного запоминания (форма «кривой» заучивания – 8, 10, 10, 7, 8; отсроченное воспроизведение – 7 слов из 10). Продуктивность опосредованного

запоминания также снижена (10 понятий из 16), что свидетельствует о влиянии личностного фактора на ассоциативный процесс (часто понятия воспроизводились не точно, но в близком семантическом поле, например, «преданность» вместо «верность», «сексуальность» вместо «женственность»). Ассоциативные образы имеют атрибутивный, субъективно значимый, персонифицированный (эгоцентрический) характер, отражая аффективную заряженность процесса мышления. Например, на понятие «тяжелая работа» пациентка изображает компьютер – «я работаю на компьютере»; «счастье» – «Знак доллара и посадочный талон. Как поможет вспомнить? Для меня путешествие – это что-то очень приятное»; «страх» – окно – «я с детства боюсь окон»; «обман» – «женщине дарят подарочную коробку, она думала, цветы, а оказалось, дрель»; «отчаяние» – «рука с порезанными венами»; в образах отражена значимость материальных ценностей (например, повторяется знак доллара). При попытке ограничивать рисунки рамками характер линий прерывистый, рисунки исполнены небрежно, что указывает на аффективную дезорганизованность пациентки.

В исследовании наблюдается комплекс нарушений мыслительной деятельности. С ее операциональной стороны выявляется тенденция к актуализации латентных, в т. ч. субъективно значимых признаков предметов и явлений, что регистрируется в создании аффективно заряженных, персонифицированных ассоциативных образов для опосредованного запоминания, при классификации и исключении предметов. Например, пациентка выделяет группы «пища» (сначала отдельно обозначает арбуз как «еду, готовую для подачи»), «одомашненные» и «неодомашненные» животные и птицы, «ядовитые» и «неядовитые» грибы; в задании «топор, штопор, пила, шуруп» исключает «штопор, т. к. он открывает бутылки, остальное режет, рубит, вбивается, можно назвать их группой «плотник»»; «ремень, пальто, брюки, ремень» – платье, т. к. остальные предметы являются «мужской одеждой». Один из примеров иллюстрирует феномен «алкогольной фиксации», который подтверждается как тематикой ассоциативных об-

разов (повторяется образ бокала с вином), так и материалом проективных рассказов по картинкам ТАТa («белые ночи в Санкт-Петербурге, человек смотрит из окна на крыши домов, курит и пьет вино»). С мотивационной стороны мышления отмечается его разноплановость, что проявляется в создании групп как по универсальным критериям («одежда», «мебель», «средства передвижения»), так и субъективным признакам («пища», «одомашненные» и «неодомашненные» животные и птицы, «ядовитые» и «неядовитые» грибы), неточных наименованиях групп (так измерительные приборы получают название «инструменты», посуда – «предметы быта»), произвольных переключиваниях карточек из одной группы в другую, легкой смене названий групп (так группа «предметы быта» при объединении с другими группами обозначается уже как «галантерея»), а также объединении групп на основе случайной, аффективно заряженной, ассоциативной цепочки («к семье добавим маме вторую метлу и платье, надо же ей одеваться, сюда же моряк, это их брат, доктор, тоже их какой-то родственник»). При исключении предметов разноплановость проявляется в разных критериях для исключенного предмета и основании для объединения оставшихся (так в задании «гитара, письмо, радио, телефон» исключается «гитара, она больше для праздника, концерта, остальное – средства связи, через которые мы узнаем информацию»). Данные феномены отражают влияние личностного, аффективно дезорганизирующего, фактора на процесс мышления.

В эмоционально-личностной сфере по данным опросника ММИЛ выявляется недостоверный личностный профиль со значительным пиком по служебной шкале откровенности (составляет 123 Т-бала при норме 50–70 Т-балов) и снижением показателей по шкалам лжи и коррекции, что указывает на грубую аггравацию, стремление подчеркнуть тяжесть своего состояния и жизненных трудностей, вызвать сочувствие окружающих, внутреннюю напряженность, неупорядоченную активность, протест против конвенциональных норм и претензию на божественность. Феномен фасадной фальшь-структуры грандиозного «Я» представ-

лен в материале проективных рассказов, которые презентуют описания фрагментов из известных художественных произведений; собственная фантазийная активность оказывается блокированной, что может выступать защитой истинного хрупкого «Я». В рассказах мир чувств и переживаний героев подменяется клише-историями, в которых прослеживаются мотивы превосходства и величия («допустим, это сцена из «Тихого Дона», надеюсь, все читали «Тихий Дон», могу напомнить сюжет, тут устойчивый равнобедренный любовный треугольник, Аксиния – альфа-самка, доминанта, любовница казака Григория, а Наталья принимает ситуацию»; «это Марина Цветаева, которая жила в притоне, за тряпками, ее внутренние крылья обломились из-за невозможности устроить свой быт и преодолеть убогое существование, она гениальна, все будут обожать ее», «это Набоков со своей женой Еленой, тут они уже живут в Швейцарии, она была его стенографисткой всю жизнь, он старше, попрекает ее, но он же гениальный писатель, они решат все вопросы», «белый квадрат Малевича»), использования, обесценивания и унижения женщины («распадающаяся пара, мужчина ловелас, ему уже не интересна эта женщина, она пытается его удержать, все закончится неминуемым разрывом»; «это маленькая Лолита, а женщина – сводня, которая отдаст ее Гумберту, он ищет реализации своих извращенных желаний, девочке уже не интересно, что ей читают, вышла из этого возраста»; «это «Жестокий романс» – фильм, снятый по пьесе Островского «Бесприданница» – «Вы скажите, Сергей Сергеевич, жена я Вам теперь или нет?»). Проективные рассказы с недифференцированными персонажами отражают диффузию идентичности. Также в рамках данного феномена выявляется расщепление мотивов идеального материнства и женской сексуальной роли при рассказе по пустой картинке («мой ребенок пошел в школу, он хорошо учится, ему все удается, он хорошо кушает, много со мной путешествует, а, может, это символ моего красивого белого платья, может, я снова выйду замуж, скорее всего, точно выйду»), что подтверждается, с одной стороны, сохранением фрустрирующего брака ради ребенка

(«я не развожусь с мужем, т. к. ребенку нужны оба родителя, я должна дать отца своему ребенку, мой муж идеальный отец»), с другой стороны, следованием роли «роковой женщины» (жила на содержании у мужчин, допускала адюльтеры). При исследовании самооценки обследуемой выявляется феномен «слипания» Я-реального и Я-идеального, что отражается в близости данных оценок и субъективно переживаемой легкости достижения Я-идеального. Рисунок мужчины и женщины регистрирует индифферентную установку в партнерских отношениях, что указывает на дезадаптацию в интимно-личностной сфере; рассказы отражают идеализированные, социально желательные образы с подчеркиванием внешних атрибутов мужественности и женственности (характер одежды, следование моде, сексуальная привлекательность женщины для мужчин), а также признаков статусности (оба персонажа имеют хорошую работу и финансово независимы). Отмечается феномен «нарциссизма одежды» (особенно тщательно одежда прорисована у мужского персонажа, который «носит старый дедушкин кардиган»), который выражается в символическом использовании одежды в качестве социальной и сексуальной приманки, что удовлетворяет потребности в социальном одобрении и превосходстве и свидетельствует об инфантильной и эгоцентрической эмоциональности и повышенной степени сексуальной дезадаптации. Женственность редуцирована до сексуальности, с одной стороны, и материнства, с другой, что указывает на ее ненадежность. Данный феномен подтверждается качественным анализом результатов полоролевого опросника, при котором обнаружен дефицит внутрисемейных представлений о женственности и высокий показатель внесемейных фемининных идентификаций (маскулинная мать не является «удачным» образцом для формирования надежной женской идентичности, в связи с чем формируется ее компенсаторная редуцированная структура с маркировкой формальных, социально регламентированных, атрибутов – одежды, сексуальной роли, материнства). В качестве компенсаторных механизмов личности выступает «усиление» женственности за счет внешних, социально-

стереотипных атрибутов принадлежности к полу (символическая функция одежды), расщепления ее материнской и сексуальной функций с их последующей идеализацией.

Таким образом, в исследовании выявляется патопсихологический синдром, характерный для **расстройства личности**, – на первый план выступает комплекс эмоционально-личностных черт преимущественно нарциссического типа с истерическим вариантом социальной адаптации (эмоционально-личностная незрелость, диффузия идентичности, феномен «слипания» Я-реального и Я-идеального, эгоцентричность с элементами пассивного негативизма, эмоциональная холодность, пустотность с рационализацией переживаний, склонность к тонкому манипулированию, позиционирование претенциозности и высокомерия при хрупкости самооценки (феномен фасадной фальшь-структуры грандиозного «Я» при зависимости самоуважения от одобрения и восхищения социального окружения), использование защитных механизмов идеализации и обесценивания, латентно-отвергающий, использующий паттерн объектных отношений с редукцией опыта любви до потребительских отношений, протест против конвенциональных норм и претензия на божественность, аггравация симптомов со стремлением подчеркнуть тяжесть своего состояния и жизненных трудностей, вызвать сочувствие окружающих, неупорядоченная активность, повышенная степень сексуально-партнерской дезадаптации, ненадежность женственности) и нарушение мотивационного компонента внимания (пресыщаемость), памяти (снижение продуктивности непосредственного и опосредованного запоминания), мышления (разноплановость, феномен аффективной дезорганизации); вторично нарушен операциональный компонент мышления (тенденция к актуализации латентных, в т. ч. субъективно значимых признаков предметов и явлений). В качестве компенсаторных механизмов личности выступает «усиление» женственности за счет внешних, социально-стереотипных атрибутов принадлежности к полу (символическая функция одежды), расщепления ее материнской и сексуальной функций с их последующей идеализацией.

3.8. НЕВРОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА (в т. ч. травматическая психогения)

Невротические расстройства (неврозы) – функциональные обратимые психогенные расстройства, предполагающие наличие внутриличностного конфликта и имеющие тенденцию к затяжному течению. Неврозы так же, как и расстройства личности, относятся к категории пограничных психических заболеваний и включают сочетание отрицательного эмоционального состояния с комплексом телесных ощущений.

В настоящее время по МКБ-10 выделяют следующую основную классификацию невротических расстройств:

F40–F49 Невротические связанные со стрессом и соматоформные расстройства

- F40 Фобические и тревожные расстройства
- F41 Другие тревожные расстройства
- F42 Обсессивно-компульсивные расстройства
- F43 Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации
- F44 Диссоциативное (конверсионное) расстройство
- F45 Соматоформное расстройство
- F48 Другие невротические расстройства

Таким образом, данная классификация показывает, насколько обширен круг психопатологических феноменов, относимых к категории невротических. Отдельное место занимают реактивные состояния вследствие тяжелых психотравм (катастроф, террористических актов, смертей близких родственников, участия в боевых действиях, преступных посягательств, потери имущества), а также психосоматические расстройства – как истероформные конверсионные, так и «органные неврозы» (Карвасарский Б. Д., 1980). Основная проблема дифференциальной диагностики невротических расстройств связана как с «размыванием» критериев их оценки, так и тем фактом, что астено-невротический синдром является наименее специфичным в психиатрии и может наблю-

даться при любой психической патологии. В условиях современного патоморфоза психических заболеваний «чистые» неврозы являются сравнительно редким явлением и чаще всего выступают формами декомпенсации различных расстройств личности и патохарактерологических личностных развитий. Дифференциальные критерии невротических и личностных расстройств были представлены в главе 3.7 (Расстройства личности).

В целом структура патопсихологического синдрома при невротическом расстройстве схожа с таковой при расстройстве личности. В случае невроза проще прослеживается связь с психотравмирующей ситуацией, в структуре личности регистрируется выраженная дисгармония с актуализацией внутриличностных конфликтов. В профиле ММИЛ часто отмечается повышение показателей по шкалам «невротической триады», при этом значения по шкале ипохондрии в соотношении со шкалой истерии определяют степень соматизации невротических симптомов (наличие «конверсионной пятерки»). Наиболее частый невротический конфликт образует одновременный подъем по шкалам депрессии и истерии, при котором направленность на удовлетворение только собственных потребностей, демонстративность, стремление быть в центре внимания и претензия на личностную исключительность входят в конфликт с тревожностью, неуверенностью в себе, зависимостью от мнения окружающих, определяющих отказ от собственных потребностей и стиль ограничительного поведения. Основные внутриличностные конфликты, имеющие типологическую личностную специфичность, были описаны в главе 2.3.5 (Структурные специфические феномены нарушения личности). На фоне астенического состояния могут наблюдаться динамические нарушения познавательных процессов в форме повышенной истошаемости и лабильности. Также могут регистрироваться менее выраженные, чем при расстройстве личности, нарушения личностного компонента мышления, связанные с аффективной заряженностью ассоциативного процесса и представленные тенденцией к разноплановости и актуализации субъективно значимых признаков предметов и явлений. Продуктив-

ность познавательной деятельности в целом обычно достаточно высока.

Таким образом, можно выделить следующую иерархию нарушений в структуре патопсихологического синдрома при невротических расстройствах (невротической декомпенсации):

Первичные нарушения, связанные с дисфункцией мотивационного фактора в форме актуализацией внутриличностных конфликтов и нарастанием личностной дисгармонии:

1) комплекс структурных специфических феноменов нарушения личности (выделение типа и уровня личностной структуры, определение «ядерных» личностных черт, регистрирование внутриличностных конфликтов и основного модуса дисгармонии);

2) феномен «перцептивной защиты»;

3) нарушение мотивационного компонента мышления (тенденция к разноплановости как «аффективной дезорганизации» с включением субъективно значимых критериев классификации).

Вторичные нарушения операционального компонента мышления:

1) тенденция к актуализации субъективно значимых, эмоционально заряженных признаков предметов и явлений.

Третичные (компенсаторные) мотивационные нарушения:

1) комплекс структурных специфических феноменов нарушения личности, которые выполняют компенсаторную функцию и способствуют улучшению социальной адаптации (выделение личностных радикалов, «периферийных» личностных черт).

На фоне астенического состояния – динамические нарушения познавательных процессов в форме повышенной истощаемости и лабильности.

Приведем пример типичного заключения с описанием иерархии патопсихологических феноменов при невротическом расстройстве.

Пациентка Х. А., 39 лет, предварительный диагноз: смешанное тревожное и депрессивное расстройство.

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования

Обследуемая всесторонне ориентирована правильно. Выглядит моложе своего возраста; выражение лица детское, испуганное. Внешний вид можно характеризовать как претендующий на экстравагантность, несколько небрежный, не вписывающийся в единый стиль и социальную конвенцию: волосы пациентки неухоженные, неравномерного цвета (на корнях заметен натуральный темный цвет волос при светлой краске на концах), собраны ярко розовой заколкой; мешковатый свитер и спортивные штаны дополняют синие балетные туфли и серый шарф. В позе больной заметна томная, неспешная грациозность, некоторая жеманность. Во время эксперимента часто меняет позы, приобретающие характер демонстративных (картинно закрывает лицо руками, кладет голову на руки, несколько манерно потягивается). В целом обследуемая сначала производит впечатление блеклости, безжизненности, однако, становится более эмоциональной, оживленной в ответ на аффективную включенность психолога, проявление внимания к ее переживаниям и автобиографическим данным. Интонационная и мимическая экспрессия скорее монотонная, маловыразительная, хотя в динамике контакта становится более яркой, разнообразной. Речь грамотная, включает широкий словарный запас, тихая. При декларировании интеллигентности и образованности в вербальной продукции отмечаются сленговые выражения («меня плющит от таблеток»). Мышление последовательное, аффективно заряженное значимыми для больной темами (напряженные отношения в семье, многочисленные страхи, комплекс вегетативных ощущений); присутствует избыточная рефлексивность и символичность («моя комната – это моя норка, в которой можно спрятаться от людей»).

Пациентка предъявляет жалобы на панические атаки, страх открытых пространств, метро и скоплений людей; при этом пугающим представляется «создаваемый людьми общий фон». За комплексом страхов прослеживаются два генеральных – страх сумасшествия и смерти. Отмечает склонность к паническим ата-

кам с соматовегетативным компонентом с детского возраста. Наиболее оформленные приступы во взрослом возрасте обследуемая связывает с пережитой психотравмой – гибелью любимого человека при неизвестных обстоятельствах, по поводу которых допрашивалась его родителями. Следует отметить, что больная сообщает данный факт как бы вскользь («не было особенных событий травматических в жизни, только у меня любимый умер»), изолируя эмоциональное переживание от когнитивной оценки событий. Данный защитный механизм также прослеживается при рассказе о том, как пациентка была свидетельницей теракта в метро, после чего участились панические атаки, нарушился сон, и стало нарастать чувство небезопасности. При этом обследуемая делает акцент на семейных проблемах, считает их основным фоном для разворачивания приступов, подробно описывает динамику собственных отношений с родителями, начиная с детского возраста. Стационар рассматривает как убежище от данных проблем, лечение ассоциирует с возможностью успокоиться, «спрятаться от людей» и вызвать желание близких заботиться о пациентке. Критика к заболеванию неполная: заблокировано осознание связи травматического опыта с психосоматическим реагированием; желание пройти психотерапию и разрешить свои проблемы в отношениях с матерью носит скорее декларативный характер. В контакте обследуемая занимает доброжелательную, пассивно-подчиняемую, детскую позицию с готовностью быть терпеливой и послушной (готова была ждать в коридоре начала обследования столько, сколько необходимо); при этом сверхоткровенность сочетается со «слепыми пятнами» диссоциированного травматического опыта. Образы себя и значимых других объемны, эмоционально наполнены: прослеживается мотив нехватки тепла, эмоционального отвержения со стороны отцовской фигуры, образ родителей представлен как доминантный, подавляющий и недостаточно дифференцированный. Основной способ защитного функционирования пациентки – уход во внутренний мир с изоляцией травматических переживаний, блокадой агрессивных чувств, отгороженностью от реальности («не люблю

большие компании, предпочитают одиночество или узкий круг близких друзей, я – созерцатель жизни»). Больная мало рассказывает о муже и сыне, делая акцент на собственных отношениях с родителями, что указывает на общую эмоционально-личностную незрелость. В психическом статусе также отмечается повышенная тревожность, сензитивность, эмоциональная дистанцированность.

Мотив экспертизы сформирован: пациентка правильно понимает инструкции, следует им, стремится выполнять задания как можно лучше, проявляет интерес к работе, прикладывает волевые усилия для устранения затруднений. Позиция в исследовании – скорее инфантильная, пассивно-подчиняемая, зависимая от одобрения психолога, основанная на страхе внешней оценки, не справиться, не оправдать ожидания. Эмоционально адекватно реагирует на успех и неуспех в работе. Общий темп деятельности неравномерный, избирательно замедленный, что, вероятно, связано с тщательностью пациентки, перфекционизмом в исполнительской части.

Исследование внимания и умственной работоспособности выявляет незначительную лабильность психической деятельности больной, что проявляется в неравномерном темпе выполнения заданий, в частности замедлении темпа поиска чисел в таблицах Шульте на внимание в последних пробах, неравномерной продуктивности непосредственного запоминания и может быть связано с неспецифическим астеническим состоянием больной.

Непосредственное запоминание в пределах нормы, но с незначительными колебаниями функции внимания (форма «кривой» заучивания – 9, 8, 9, 10, 9; отсроченное воспроизведение – 8 слов из 10). Продуктивность опосредованного запоминания достаточно высокая (14,5 понятий из 16). Ассоциативные образы адекватные, преимущественно атрибутивные, эмоционально насыщенные, субъективно значимые (прослеживается тематика смерти («отчаяние» – могила) и религиозности (повторяется образ православного креста)). Рисунки упорядочены на листе, одного размера; значимые образы выполнены с усиленным нажимом.

Выраженных нарушений мыслительной деятельности в исследовании не обнаруживается. С операциональной стороны мышления можно отметить незначительную тенденцию к актуализации латентных признаков предметов и явлений, что проявляется в создании субъективных, аффективно заряженных ассоциативных образов при опосредованном запоминании, классификации и исключении предметов. Так на понятие «отчаяние» пациентка изображает могилу – «то, чего я боюсь, после этого все заканчивается», «страх» – «человечек кричит»; объединяет инструменты и транспорт в группу «механизмы»; в задании «очки, часы, термометр, весы» исключает очки, т. к. остальные предметы являются «точными приборами»; «бочка, ключ, тарелка, чайник» – ключ, т. к. остальные предметы «сосуды»; «шуба, роза, яблоко, книга» – яблоко, т. к. остальные предметы «подарки». С мотивационной стороны мышления наблюдается незначительная разноплановость, что выражается в отсутствии единой линии классификации. Например, больная разделяет животных на домашних и диких, при этом отдельно создает группы «птицы», «насекомые», «рыбы»; не может определить группу для швабры – относит ее к группе «мебель», обозначая новую группу «все для дома». Впоследствии пациентка проявляет адекватный уровень обобщения – выделяет две группы («живое», «все для человека»). Данные феномены обусловлены влиянием личностного фактора на процесс мышления.

В эмоционально-личностной сфере по данным опросника ММИЛ выявляется сомнительной достоверности дисгармоничный личностный профиль с повышением по ряду разнонаправленных шкал. Высокие значения по шкалам аутизации и социальной интроверсии при пике по шкале депрессии характеризуют личность как шизоидную с ориентацией на внутренние критерии, с неудовлетворенной потребностью в контактах и трудностями социальной адаптации. Амбивалентное отношение к окружающим репрезентирует основной внутриличностный конфликт – «близость-дистанция», при котором сензитивность, потребность в симбиотической связанности с другими блокируются

эмоциональной отгороженностью, страхом поглощения со стороны значимых объектов привязанности. Еще один внутриличностный конфликт образует одновременный подъем по шкалам депрессии и аффективной ригидности, выражающийся в высокой симбиотичности и блокаде гетероагрессии, с одной стороны, и потребности в реализации агрессивных импульсов, с другой стороны. Потребность в симбиотической связанности подтверждается и материалом проективных методик: мужчина и женщина изображены в обнимку, у них спрятаны кисти рук, что указывает на проблемы с коммуникацией. Характер линий отражает диффузную тревогу, штриховка в области гениталий свидетельствует о тайной и сдерживаемой сексуальной озабоченности. При презентации нарисованной пары как партнерской мужская фигура выглядит гораздо моложе, женская обозначает фигуру матери, что отражает трудности сепарации от нее. Проективный рассказ о паре имеет характер «сказки», в котором воспроизводятся образы свободных, творческих людей, богатых и уважаемых, «прожигателей жизни», не обремененных детьми и какой-либо ответственностью. Гендерные роли сводятся только к тому, что мужчина делает женщине небанальные подарки – возит ее на выходные за границу на море; характеры персонажей никак не дифференцированы. В проективных рассказах по картинкам ТАТa ведущими мотивами являются: мотив отвержения и эмоционального пренебрежения («сбор урожая, женщина тут явно лишняя, она сельская учительница, пришла поговорить о ребенке, но родители не расположены говорить, нужно работать в поле, у них натянутые отношения»), «мужчина расстается с женщиной, она его не может удержать, он принял решение», «красивая девочка в бантиках и завитушках, ей читает гувернантка, у девочки в руках уже сто первая кукла, а гувернантка хочет ее разглядеть, а девочка тоскует по маме»), «хранителя тайны», что может репрезентировать диссоциативный опыт пациентки («этот мужчина спрашивает у девушки что-то неприятное, он узнал какую-то ее тайну, он хранитель секрета», «девушка читает под одеялом любовный роман в тайне от мамы»), смерти или потери, часто

выступающей в рассказах формой подавленной агрессии («у девушки что-то случилось, может, кто-то умер, она в отчаянии», «это врач, который не спас пациентку, он поздно приехал, сделал все, что мог, устал и лишился сил, он очень расстроен», «мама старенькая потеряла сознание, а дочка ее подхватила и пытается привести в чувства, она испугалась, может, уже и поздно ей помогать»). В качестве психологических механизмов панических атак можно предположить: 1) регресс к состоянию инфантильной зависимости от близких людей в связи с неудовлетворенной потребностью в любви; 2) проигрывание травматического опыта столкновения со смертью, при котором символически достигается контроль над ней.

Таким образом, в исследовании выявляется патопсихологический синдром, характерный для **невротической декомпенсации личностной дисгармонии**, – на первый план выступает комплекс эмоционально-личностных черт преимущественно шизоидного типа (экстравагантная внешняя репрезентация, снижение социальной регуляции невербальных форм коммуникации, эмоциональная дистанцированность, отгороженность, ориентация на внутренние критерии с неудовлетворенной потребностью в контактах и трудностями социальной адаптации, внутрличностные конфликты «близости-дистанции» и направленности агрессивных импульсов с тенденцией к их подавлению, аффективная ригидность, сензитивность, инфантильность со стремлением к симбиотической зависимости, слабая гендерная дифференцированность, использование механизмов психологической защиты по типу ухода во внутренний мир и изоляции, директивный, подавляющий, эмоционально отвергающий паттерн отношений с родительскими фигурами, наличие травматического диссоциированного опыта) и незначительные нарушения мотивационного компонента мышления (разноплановость); вторично нарушен операциональный компонент мышления (тенденция к актуализации латентных, в т. ч. субъективных, признаков предметов и явлений) на фоне невыраженного астенического состояния (лабильность психической деятельности). Невротический симптом выступает

как попытка личности компенсировать личностную дисгармонию, в качестве психологических механизмов которой можно предположить: 1) регресс к состоянию инфантильной зависимости от близких людей в связи с неудовлетворенной потребностью в любви; 2) проигрывание травматического опыта столкновения со смертью, при котором символически достигается контроль над ней.

Отдельное место в структуре невротических расстройств занимают реактивные состояния, связанные с травматической психогенией. При выполнении проективных методик пациенты с травматической психогенией могут обнаруживать «шоковые» реакции с длительным латентным периодом ответа или отказами выполнять задание (например, зарисовывать образы к субъективно значимым понятиям). Важное место в структуре патопсихологического синдрома занимают феномены диссоциации, которые могут указывать как на раннюю травматизацию в детском возрасте, так и более позднюю психотравму, и подробно были описаны в главе 2.3.5 (Диссоциативная структура личности).

Приведем пример типичного заключения с описанием иерархии патопсихологических феноменов при травматической психогении.

Пациентка Н. А., 27 лет, предварительный диагноз: эмоционально-неустойчивое расстройство личности, импульсивный тип; коморбидный диагноз: посттравматическое стрессовое расстройство.

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования

Обследуемая всесторонне ориентирована правильно. Выглядит младше своего возраста, небрежно; одежда соответствует тинейджеровскому, гендерно недифференцированному стилю (рваные джинсы, бесформенный свитер); имеет неаккуратную прическу (плохо окрашенные, невымытые пряди волос). Мимическая и интонационная экспрессия богатая, выразительная; выражение

лица сурово-шутливое, игриво-плутовское, заметны признаки одутловатости. Позы и жесты фасадно демонстративные, несколько развязные, однако, маскирующие скованность, скрытую враждебность (пациентка в основном сидит со скрещенными руками и ногами, втянув голову). Голос хриплый; в речи при ее общей литературности и богатстве ее словарного запаса встречаются сленговые, жаргонные выражения («только вчера заехала», «хреновина»); характерно пуэрильное интонирование. Мышление аффективно заряжено: детализовано, излишне подробно рассказывает о собственной работе и связанной с ней политической деятельностью, фиксирована на вопросах социальной несправедливости.

Пациентка предъявляет комплекс соматических жалоб на повышение артериального давления, трудности засыпания, приступы нехватки воздуха. Связывает данные симптомы с конфликтными ситуациями на работе, а также со смертью бабушки и попыткой изнасилования. При этом затрудняется четко сформулировать запрос к врачам, ожидает стабилизации соматического состояния; возможности собственной ответственности за выздоровление преуменьшает. В общении с экспериментатором занимает иронически-оппозиционную позицию, в начале настроена обесценивающее, по мере установления эмоционального контакта становится более открытой, доброжелательной, охотно рассказывает о своей жизни. Пациентка центрирована на себе, раскрывает особенности своего характера и ценностных ориентаций; однако, оказывается мало представленной система социальной поддержки обследуемой (указывает на череду разочарований в друзьях, травматичный сексуальный опыт), формально представлены отношения с родительскими фигурами. В психическом статусе также отмечаются черты напряженности, готовности к обороне, скрытой враждебности, эмоциональной неустойчивости, использование юмора и иронии в качестве защитных стратегий.

Инструкции понимает правильно. Мотив экспертизы в целом сформирован, однако, пациентка наигранно обесценивающее от-

носится к заданиям (театрально закатывает глаза и гримасничает, затем с улыбкой и фасадным одолжением соглашается выполнять задания). В проективных методиках проявляет юмористическое обыгрывание сюжетов, маскирующее закрытость при исследовании глубинных внутриличностных конфликтов. Ошибки замечает и исправляет, эмоционально адекватно реагирует на критику и похвалу экспериментатора. Экспериментальная деятельность в целом отличается высокой продуктивностью и быстрым темпом.

Динамические нарушения психической деятельности представлены локальной тенденцией к истощаемости функции внимания, что проявляется в неравномерном темпе поиска чисел в таблицах Шульце с увеличением времени в последних попытках и может быть рассмотрено в рамках общего астенического состояния обследуемой.

Продуктивность механического запоминания несколько снижена в рамках мотивационного компонента (пресыщаемость): обследуемая не была направлена на называние всех слов, стремилась указать те слова, которые не назвала в предыдущей попытке, комментировала «лень больше вспоминать» (форма «кривой» заучивания – 5, 7, 8, 8, 8; отсроченное воспроизведение – 6 слов из 10). Пресыщаемость выражается и в неточных припоминаниях стимульных понятий при опосредованном запоминании (11,5 из 15). Ассоциативные образы в целом адекватны стимульным понятиям; встречаются фрагментарные нестандартные образы («тяжелая работа» – капельки пота и гаечный ключ), субъективные ассоциации («смелый поступок» – человек прыгает через костер). Рисунки упорядочены на листе, изображаются не по порядку, включают элементы графических стереотипов, выполнены со стеничным, напряженным нажимом.

Обследуемой доступен высокий уровень обобщения. В целом нарушений в сфере мышления не выявляется: процессы анализа, синтеза, классификации, символизации соответствуют возрастной и образовательной норме. Можно отметить несколько вольное, ироничное название предметов внутри образованных стандартных групп («хрюшка», «кошечка», «собачечка»), что указы-

вает на опосредованную роль личностных факторов в мыслительных процессах.

В эмоционально-личностной сфере по данным опросника ММИЛ выявляется сомнительной достоверности профиль (с высокими значениями по служебным шкалам лжи и аггравации симптомов) с пиками по шкалам психопатии и аффективной ригидности, что свидетельствует об импульсивности, экстрапунитивных реакциях, враждебности, подозрительности, склонности к поведенческому отыгрыванию асоциальных мотивов и образованию сверхценных идей (у обследуемой – идеи социальной справедливости). При этом подъем по шкале истерии указывает на трудности целенаправленной реализации мотивов, демонстрируемом, фасадном уровне ценностей, эгоцентричность, эмоционально-личностную незрелость, зависимость от мнения окружающих, что в сочетании с конфликтностью, социальной враждебностью указывают на дисгармоничность личности пациентки. Анализ проективных методик выявляет общую закрытость обследуемой, юмористическую презентацию сюжетов с ироничным включением темы смерти и базовой небезопасности, что может указывать на травматический абьюз («в будущем эта девушка пойдет и повесится, да я шучу», «дама симпатичная, все у нее будет хорошо, товарищ с трубкой на убийцу не похож, останется жива», «он довел ее до оргазма, она от радости и умерла», «ну что в будущем – похороны будут, а потом все как обычно»). Травматическая тема также проявляется в трудностях обследуемой идентификации с персонажами, конфликтности мужской фигуры (характер изображения с агрессивными линиями и недорисованной, масочной головой) и сказочной асексуализации женской фигуры (изображается принцесса с куклообразной, гипертрофированной женственностью). Также выявляется недифференцированность гендерной идентичности, актуализация подростковой темы сепарационных конфликтов и реакций эмансипации, агрессивного протестного поведения. Вероятно, психопатизация обследуемой сглаживается в связи с травматической психогенией.

Таким образом, в исследовании выявляются два патопсихологических синдрома: 1) характерный для *расстройства личности* – на первый план выступает дисгармоничный комплекс нарушений эмоционально-личностной сферы эмоционально неустойчивого импульсивного типа (эмоциональная неустойчивость, напряженность, импульсивность, экстрапунитивный паттерн реагирования, враждебность, подозрительность, склонность к поведенческому отыгрыванию асоциальных мотивов и образованию сверхценных идей (у обследуемой – идеи социальной справедливости), трудности целенаправленной реализации мотивов, демонстрируемый, фасадный уровень ценностей, эгоцентричность, эмоционально-личностная незрелость, недифференцированность гендерной идентичности, актуализация подростковой темы сепарационных конфликтов и реакций эмансипации, агрессивного протестного поведения) и нарушение мотивационного компонента памяти (пресыщаемость); 2) характерный для *травматической психогении* (закрытость при проективном исследовании глубинных внутриличностных конфликтов, юмористическая презентация сюжетов с ироничным включением темы смерти и базовой небезопасности, трудности идентификации с персонажами, конфликтность мужской фигуры и сказочная асексуализация женской с куклообразной, гипертрофированной женственностью, использование юмора и иронии в качестве защитных стратегий) на фоне незначительной астении (тенденция к истощаемости).

3.9. ОСОБЕННОСТИ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СИНДРОМНОГО АНАЛИЗА ПРИ МИКСТОВЫХ ФОРМАХ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

В современных условиях патоморфоза психических заболеваний отмечается увеличение микстовых (смешанных) форм психической патологии. Наблюдается тенденция к «смягчению» течения основных расстройств, которые принято относить к «боль-

шой» психиатрии. Так появляется большое количество малопродигredientных форм течения шизофрении с преобладанием в клинической картине неврозоподобной симптоматики. Эндогенный процесс может присоединяться к существующей органической патологии. Например, появление симптомов шизофрении при хроническом алкоголизме получило название гретеровского дебюта шизофрении, возникновение эндогенного процесса при умственной отсталости – пропфшизофрении. Также возможна обратная клиническая картина, когда больные шизофренией получают травму головного мозга или приобретают энцефалопатию вследствие наркомании или алкоголизма. Еще одну проблему составляет появление признаков органического поражения головного мозга вследствие длительного приема типичных нейролептиков, что требует дифференциальной диагностики истинно органических нарушений от псевдоорганических в рамках редукции энергетического потенциала, также нарастающей в процессе заболевания. Во всех указанных случаях в структуре патопсихологического синдрома наблюдаются нечеткие, «стертые» феномены нарушений психической деятельности, характерные для соответствующих нозологий. Характерно «смягчение» проявлений как когнитивного, так и эмоционально-личностного дефекта, когда наряду с эндогенным процессом (шизофренией, биполярным расстройством) имеются признаки органического поражения головного мозга.

В клинике «малой», пограничной психиатрии микстовые формы психической патологии также обычно включают признаки органического поражения головного мозга. Речь идет либо о расстройствах личности, аффективной патологии, формирующихся на органическом фоне, либо о присоединении органических расстройств к имеющейся психопатии. Особенно актуальна оценка органического фактора в пожилом возрасте, осложняющего рецидивы пограничных расстройств. Проявления поведенческой дезадаптации в рамках расстройств личности могут «сглаживаться» при присоединении невротических расстройств по типу травматической психогении, как было показано в примере заключе-

ния к главе 3.8 (Невротические расстройства (в т. ч. травматическая психогения)).

При проведении экспериментально-психологического исследования при микстовых формах психической патологии необходимо отдельно выстраивать иерархию патопсихологических феноменов в структурах каждого из нозологически специфичных синдромов.

Приведем пример типичного заключения с описанием иерархии патопсихологических феноменов при сочетании эндогенного процесса с признаками органического поражения головного мозга.

Пациентка С. Н., 55 лет, предварительный диагноз: рекуррентное депрессивное расстройство; коморбидный диагноз: органическое поражение головного мозга неясной этиологии.

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования

Обследуемая всесторонне ориентирована правильно. Выглядит соответственно возрасту, одета адекватно ситуации; пациентка опрятна, имеет аккуратную прическу, ухоженные брови. Лицо отличает форма застывшей маски; мимическая и интонационная экспрессия однообразна, невыразительна, временами появляется неестественная улыбка. Отмечаются трудности активного, спонтанного рассказа; речь больной односложная, сухая, безэмоциональная. Мышление аморфное, расплывчатое, обследуемая не выдерживает линии повествования, легко высказывает противоречащие друг другу суждения.

Пациентка предъявляет жалобы на тревогу диффузного характера, которую затрудняется объяснить и связать с какими-либо факторами. Депрессивный комплекс жалоб обнаруживается только при специальном опросе. Концепция болезни представляется аморфной, непоследовательной, нецелостной: обследуемая полагает, что больна много лет «чем-то нервно-психическим», однако, затрудняется изложить обстоятельства предшествующих госпитализаций, описать переживаемые состояния. Склонна пас-

сивно соглашаться с комментариями психолога; сначала утверждает, что переживает беспредметный, беспричинный страх, затем связывает его с неустроенной жизнью сына и «стрессовыми ситуациями». Контакт с экспериментатором носит формальный характер: обследуемая закрыта, мало раскрывает собственные переживания, с трудом поддерживает содержательный диалог. Заметна рассогласованность между декларацией обеспокоенности в отношении сына и эмоциональной невключенностью (пациентка сообщает сведения равнодушно, не имеет представления о характере работы сына, не проявляет интереса к данной информации). В психическом статусе также наблюдаются черты эмоциональной монотонности, опустошенности, отгороженности, напряженности.

Мотив экспертизы сформирован скорее формально, пациентка правильно понимает инструкции, выполняет предложенные задания без заметного интереса. Дополнительное одобрение способствует повышению мотивации; при неудачах обследуемая старается их рационализировать, в частности, отсутствием очков. Общий темп деятельности замедлен, продуктивность в целом снижена.

Динамические нарушения психической деятельности представлены комплексом феноменов инертности и снижения психической активности. Инертность проявляется в замедленном темпе выполнения заданий, в частности, поиска чисел в таблицах Шульте на внимание с медленным вработыванием и незначительным эффектом тренировки, медленном приросте продуктивности непосредственного запоминания, включении элементов предыдущего задания при выполнении следующего, графических стереотипиях. Снижение психической активности проявляется в неравномерном характере продуктивности экспериментальной деятельности, трудностях самостоятельной работы без специального стимулирования и помощи экспериментатора.

В сфере механической памяти обнаруживается снижение продуктивности запоминания (форма «кривой» заучивания – 5, 5, 6, 7, 7). При отсроченном воспроизведении пациентка не

смогла припомнить ни одного слова, что при условии наличия стратегии заучивания указывает на нарушение операционального компонента памяти (феномен «фиксационной амнезии»). Внесение смыслового опосредования не улучшает мнестическую деятельность (4,5 понятия из 14); при этом пациентка затрудняется изобразить некоторые простые понятия (например, «теплый ветер») при доступности опосредования более сложных, отрицает факт исследования памяти, припоминает слова неточно, но в общем семантическом поле. Ассоциативные образы носят как атрибутивный («веселый праздник» – салют, «тяжелая работа» – лопата), так и конкретный («вкусный ужин» – «люди за столом вкусно кушают») и субъективный характер («богатство» – деньги сыплются на голову с неба, «заботливая мать» – «я и мой сын, я его глажу»). Графика рисунков имеет органический характер, часто не отображает существенных признаков стимульных понятий, присутствует феномен типической стереотипии. Стереотипии присутствуют и в пояснении ассоциаций к стимульным понятиям («любовь» – «двое людей улыбаются и держатся за руки», «вкусный ужин» – «люди за столом улыбаются, вкусно кушают»). Все указанные особенности позволяют квалифицировать снижение продуктивности опосредованного запоминания в рамках снижения психической активности и мотивационного компонента деятельности.

В исследовании выявляется комплекс нарушений мышления. С его динамической стороны отмечается снижение психической активности, что проявляется в неравномерном характере продуктивности мыслительной деятельности пациентки. Так при доступности в целом операций аналитико-синтетической деятельности больная не справляется с простыми заданиями (в задании исключении лишнего «чемодан, книга, кошелек, портфель») затрудняется выполнить исключение, т. к. все предметы «нужные»). Также отмечается инертность связей прошлого опыта, что выражается в избыточной детализации классификационных групп, акценте на функциональных свойствах предметов (в задании

«бочка, ключ, тарелка, чайник» исключает ключ, т. к. «в бочке соленья, их потом можно разложить на тарелке, поесть и чайку попить»). С операциональной стороны мышления наблюдаются феномены тенденции к снижению уровня обобщения и искажения процесса обобщения. Тенденция к снижению уровня обобщения проявляется в опоре на конкретно-ситуационные признаки при обобщении: моряк объединяется с парохомом («морская тема»), доктор с градусником и секундомером («доктор измеряет температуру и пульс»), выделяет группы «обитают в воде», «лесное»; предметы для кройки и шитья, которые впоследствии соединяет с группой «одежда» – «пошив одежды». Также снижение выражается в трудностях объединения классификационных групп, т. е. обобщения более высокого порядка, понимания переносного смысла пословиц. Искажение процесса обобщения выражается в актуализации латентных признаков предметов, что проявляется в создании субъективных ассоциативных образов для опосредованного запоминания, при классификации и исключении предметов (группа «спорт», «красные предметы» (платье, вишня), присоединение весов к группе «фрукты-ягоды» – «будем варенье варить»; в задании «платье, ремень, пальто, брюки» исключается платье, т. к. остальные предметы «мужские»; в задании «книга, роза, яблоко, шуба» исключает книгу, т. к. остальные предметы «тленные, уходящие, а книга – наш вечный друг»). С мотивационной стороны мышления выявляется его разноплановость, что выражается в создании разнонаправленных групп как по универсальным критериям («транспорт», «животные», «мебель»), т. к. и конкретно-ситуативным («доктор и градусник с секундомером», «моряк и парохом», «обитают в воде», «лесное») и латентным признакам («красные предметы», группа «спорт», к которой присоединяется доктор – «спортивный доктор, проверяет спортсменов перед соревнованиями»).

В эмоционально-личностной сфере по данным опросника ММИЛ регистрируется сомнительной достоверности профиль с высокими значениями по служебной шкале откровенности, что

указывает на выраженное декомпенсированное состояние обследуемой с аггравацией психических жалоб. Также повышенными оказываются значения по целому ряду шкал: ипохондрии, депрессии, тревоги, аутизации, гипомании, что характеризует дисгармоничную структуру личности пациентки, в которой тревожно-депрессивные тенденции с опорой на внутренние критерии оценивания и затруднением межличностной коммуникации частично соматизируются, частично представляются в форме непоследовательной, дезорганизованной активности. Проективные рассказы по картинкам ТАТa регистрируют чувства обиды, ненужности, покинутости персонажей, переживания вины («девушка хочет сделать рабочих более образованными, но им не до нее, она обижена», «эта женщина не нужна этому мужчине», «он чувствует вину, что не предотвратил преступления, ему очень горько»). В целом можно отметить нарастание эмоциональной монотонности и опустошенности с заострением тревожно-депрессивных черт с переживаниями вины и малоценности.

Таким образом, в исследовании выявляется два патопсихологических синдрома: 1) характерный для **эндогенной депрессии** – на первый план выступает тотальное снижение психической активности во всех когнитивных процессах, мотивационные нарушения мышления (разноплановость) и комплекс изменений эмоционально-личностной сферы с чертами парциального психического дефекта (эмоциональная монотонность, опустошенность, сухость, напряженность, социальная отгороженность, дисгармоничное сочетание заостренных тревожно-депрессивных черт с переживаниями вины и малоценности с дезорганизованной активностью, аутизацией, затруднением межличностной коммуникации и ипохондрической фиксацией); вторично нарушен операциональный компонент мышления (искажение процесса обобщения); 2) **органический патопсихологический синдром** – на первый план выступает нарушение динамики психической деятельности (инертность, в т. ч. связей прошлого опыта в мышлении); вторично нарушен операциональный компонент памяти (фено-

мен «фиксационной амнезии»), мышления (тенденция к снижению уровня обобщения).

Приведем пример типичного заключения с описанием иерархии патопсихологических феноменов при сочетании расстройства личности с признаками органического поражения головного мозга.

Пациентка Ц. О., 23 года, предварительный диагноз: истерическое расстройство личности; коморбидный диагноз: органическое поражение головного мозга неясной этиологии.

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования

Обследуемая всесторонне ориентирована правильно. Выглядит соответственно возрасту, следит за внешностью, ухожена, аккуратна, имеет стильную, молодежную прическу. В одежде отмечается предпочтение конвенциональных женских цветов более младшего возраста (розовая кофта, розовые пушистые тапки). Мимическая и интонационная экспрессия достаточно выразительная, несколько сдержанная. Речь обычная по темпу и громкости, грамматически правильная, по структуре простая; отмечаются сложности спонтанных речевых высказываний. Мышление логически последовательное, тривиальное, ограничивается бытовой тематикой.

Пациентка предъявляет жалобы на раздражительность, приступы сердцебиения и нехватки воздуха, в особенности перед сном. Отмечает, что приступы возникают вне зависимости от определенных внешних обстоятельств, затрудняется проследить взаимосвязи психологических факторов и соматических симптомов. Также указывает на длительный характер хронических болей желудка, относительно которых также не отслеживает психологической обусловленности. В целом концепция болезни представляется как соматогенная: пациентка постоянно обследуется у врачей-интернистов, направлена на «органоцентрические» объяснения собственных соматических симптомов (например, делает зарядку, «разгружающую» позвоночник, что ослабляет боли);

участие психологических факторов допускает как что-то «нервное», затрудняется наполнить содержательно. Выражает пассивную позицию в лечении, надеется на исцеляющую силу врачей. В контакте с психологом достаточно закрыта, сдержано доброжелательна, представляет социально желательную картину жизненного благополучия. Из рассказа обследуемой остаются непонятными, содержательно ненаполненными образы значимых для нее людей (в т. ч. представление о смерти тети, которая проживала в другом городе, как длительной психотравмирующей ситуации). Пациентка пытается позиционировать себя как более серьезного человека; при расспросе о заболевании заметны проявления сдерживаемого гнева, позиция исключительности и загадочности собственного соматического состояния. В психическом статусе обследуемой отмечаются черты напряженности, инфантильности, зависимой позиции, дефицита рефлексии, пассивно-агрессивного реагирования.

В целом мотив экспертизы сформирован. Пациентка правильно понимает инструкции, задания выполняет послушно, выражая подчиненную позицию к требованиям психолога. При этом не вовлекается в исследование эмоционально, спокойно реагирует на критику и похвалу экспериментатора, ошибки не всегда корректирует, настаивая на выбранном способе решения. Общий темп деятельности замедлен.

В сфере внимания наблюдается его общая инертность с медленным периодом вработывания и незначительным эффектом тренировки, а также его колебания, неустойчивость, вероятно, обусловленное астеническими проявлениями (время поиска чисел в таблицах Шульте превышает нормативные показатели – 55 с, 51 с, 53 с, 37 с, 54 с). Также инертность психической деятельности выражается в трудностях переключения с одного задания на другое, привнесении принципа выполнения из предыдущего задания в новое.

Исследование механического запоминания обнаруживает динамические колебания при, в целом, достаточной продуктивности, также, вероятно, обусловленные астенизацией обследуемой

(форма «кривой» заучивания – 7, 8, 10, 8, 9; отсроченное воспроизведение – 7 слов из 10). Продуктивность опосредованного запоминания в пределах нормативных значений (13,5 понятий из 16). Ассоциативные образы носят преимущественно атрибутивный и конкретный характер, адекватны стимульным понятиям. Пиктограммы эмоционально наполнены, отражают субъективно значимую для пациентки тематику детства, детско-родительских отношений, воспроизводящихся и в контексте взрослых партнерских отношений («смелый поступок» – мальчик забивает гвозди, «печальное событие» – ребенок потерял игрушку, «ревнивый муж» – виноватая жена и угрожающий палец мужа, ругающего ее). В рамках динамических нарушений выявляется феномен типической стереотипии – изображение однотипных фигурок людей, что отражает инертность психической деятельности обследуемой. Рисунки напоминают детскую продукцию, в целом упорядочены, включают черты органической графики (прерывистый характер линий).

В исследовании выявляется комплекс нарушений мыслительной деятельности. С ее динамической стороны наблюдается инертность связей прошлого опыта, что выражается в создании большого количества детализированных классификационных групп с акцентом на узко функциональной, привязанной к житейскому опыту принадлежности предметов («домашняя посуда», «домашняя мебель», при объединении – «домашние вещи», «рабочая группа», «школа», «больница», «морская группа»). С операциональной стороны мышления тенденция к снижению уровня обобщений проявляется в трудностях дальнейшего объединения мелких классификационных групп, т. е. обобщения более высокого порядка, опоре на конкретно-ситуативные признаки при обобщении (группы «рукоделие» (ножницы, сантиметр) и «одежда» объединяются в более общую группу «шитье»), номинативного обозначения обобщающего понятия при возможности правильной категоризации (в задании «глубокий, высокий, светлый, низкий, мелкий» правильно исключает слово «светлый» и объясняет, что другие понятия связаны с вещью). Тенденция к актуа-

лизации латентных субъективных признаков предметов наблюдается при опосредованном запоминании и классификации предметов (выделяются группы «рукоделие», «пища», «летающие» (в которую включаются птицы и самолет)). Мотивационный феномен разноплановости представлен как единичным примером полисемантизма (пациентка объединяет глобус как макет земного шара и самолет и объясняет «на самолете можно весь земной шар облететь»), так и наличием разнонаправленных классификационных групп разной степени общности («домашняя мебель», «живая природа»), с опорой на универсальные признаки («транспорт», «люди», «одежда»), конкретно-ситуативные критерии («школа», «больница», «морская группа») и латентные субъективные основания («летающие», «рукоделие», «вокруг мира»).

В эмоционально-личностной сфере по данным опросника ММИЛ выявляет достоверный дисгармоничный профиль с выраженными пиками по шкалам невротической триады (ипохондрия, депрессия, истерия) и шкале тревоги. При ведущем пике по шкале истерии (81 Т-бал) тревожно-депрессивный паттерн реагирования, интрапунитивность, пессимистическая оценка перспективы, заниженная самооценка, сензитивность и зависимость, тенденция к соматизации тревоги вписаны в демонстрацию своего состояния со стремлением вызвать покровительственное отношение окружающих и подчеркиванием беспомощности, что также подтверждается сочетанием актуальных потребностей в самоуверждении и эмоциональной зависимости и опеке по данным проективного теста Люшера. Проективный материал выявляет поляризацию гендерных ролей с приписыванием мужчине доминантной позиции (мужчина в проективном рисунке изображается в шляпе и описывается как более солидный по сравнению с женщиной, в рассказах по картинкам ТАТa мужчины презентуются как более пожилые) при общей недифференцированности гендерной идентичности (отсутствие прорисовки гендерных телесных различий). Также выявляется склонность обследуемой к использованию механизма отрицания (в частности, в картинках игнорируется потенциально заложенный конфликт между персо-

нажами), кроме сферы сексуальной агрессии («произошло насилие, этот пожилой мужчина убил ее, наверное, хотел взаимных чувств»). В структуре объектных отношений можно предположить конфликтность материнского образа, фрустрирующего оральные потребности в заботе (конфликтность женской телесной идентичности представлена прерывистым характером линии в женской фигуре), обращение к доминантной отцовской фигуре (первым изображен рисунок мужчины) и компенсацию в преждевременной сексуализации в раннем браке. Отмечается общая эмоционально-личностная незрелость обследуемой, акцент на детско-родительских отношениях, в которых пациентка идентифицируется с зависимой, подчиненной детской позицией, дефицит функции рефлексии и символизации, склонность к телесному отреагированию внутриличностных конфликтов.

Таким образом, в исследовании выявляется два патопсихологических синдрома: 1) характерный для **расстройства личности** – на первый план выступает комплекс нарушений эмоционально-личностной сферы преимущественно истерического типа (общая эмоционально-личностная незрелость, сложности вербализации чувств, склонность к соматизации аффекта, дефицит функции рефлексии и символизации, поляризация гендерных ролей при недифференцированности идентичности, тревожно-депрессивный паттерн реагирования, интрапунитивность, пессимистическая оценка перспективы, заниженная самооценка, сензитивность и зависимость, тенденция к соматизации тревоги, вписанные в демонстрацию своего состояния со стремлением вызвать покровительственное отношение окружающих и подчеркиванием беспомощности, доминирование потребностей в самоутверждении и эмоциональной опеке, фиксация на мужской доминантной фигуре, сексуализация потребности в заботе, использование механизма отрицания конфликтов, черты пассивно-агрессивного реагирования, социальная желательность) и нарушение мотивационного компонента мышления (разноплановость); вторично нарушен операциональный компонент мышления (тенденция к актуализации латентных субъективных признаков предме-

тов); 2) *органический патопсихологический синдром* – на первый план выступает нарушение динамического компонента памяти (инертность в форме феномена типической стереотипии), мышления (инертность связей прошлого опыта); вторично нарушен операциональный компонент мышления (тенденция к снижению уровня обобщений). Также выявлены общие признаки астенического состояния пациентки (колебания продуктивности внимания и памяти).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Материалы, изложенные в предлагаемой работе, могут быть использованы как при обучении студентов методам и способам патопсихологической диагностики – служить иллюстративным материалом, позволяющим на ранней стадии обучения патопсихологии дифференцировать феноменологию нарушений психической деятельности, так и в рамках практической деятельности клинических психологов в медицинских учреждениях различного профиля при необходимости патопсихологической диагностики.

Безусловно, описанный круг нарушений и способы их оценки при различной психической патологии не исчерпывает всего объема материала, необходимого для анализа нарушений психической деятельности. В особенности это касается специфики нарушений мышления и личностной сферы при той или иной патологии. Разнообразие выделенных и исследованных феноменов, а также методов их оценки, теоретические концепции невозможно уложить в рамки общего учебного пособия. Задача изложения феноменологии нарушений усложняется не только многообразием проявлений психической деятельности, полиморфизмом, а в ряде случаев и «смазанностью», «стертостью» нарушений (например, при микстовой патологии), но и теоретической разнообразностью, недостаточной изученностью механизмов возникновения некоторых симптомов.

Обозначим лишь некоторые из теоретических и практических сложностей описания различных феноменов нарушения психических функций.

В сфере внимания феноменология мало разработана ввиду отсутствия необходимо тезауруса и экспериментальных методов оценки внимания, позволяющих, например, выделять операциональный компонент данного познавательного процесса в патопсихологической диагностике. Стандартные нарушения динамического звена внимания также указывают на определенные ее

функции – трудности переключения, невозможность удержания материала и т. д. Особую сложность определение специфики патологии внимания приобретает при необходимости разграничения маниакальных и маниоформных состояний (при биполярном расстройстве и шизофрении соответственно), а также в случае выраженного дефекта при эндогенной патологии, маскируемой грубыми нарушениями умственной работоспособности и динамики. В последнем случае также стоят вопросы об облигатности нарушений внимания и возможности выделения нарушений, соответствующих рамкам эндогенного процесса и развивающихся в них, и симптомах, возникающих параллельно и независимо от основного заболевания – в рамках органической патологии (например, при различных вариантах лобного синдрома). Попыткой дифференцировать два разных механизма нарушения внимания, на наш взгляд, и может являться включение феномена снижения психической активности в патопсихологическую терминологию, однако, к сожалению, на данный момент его дифференциация может представлять определенные трудности.

При описании феноменов нарушения мнестической деятельности также встают вопросы о некоей терминологической «путанице». К примеру, понятие сужение объема памяти, с одной стороны, является неспецифическим феноменом (в широком понимании данного термина как снижения продуктивности), с другой, – явно указывает на недостаточность компонентов запоминания, удержания, воспроизведения, т. е. на операциональные нарушения памяти, например, в рамках дементных расстройств, даже, если в этом случае мнестическая недостаточность не доходит до степени амнестического синдрома. В настоящем учебном пособии снижение продуктивности запоминания было описано отдельно, т. к. данный неспецифический феномен имеет самостоятельную диагностическую ценность еще до квалификации его в рамках нарушения того или иного фактора мнестической деятельности.

Со стороны мышления сложность описания феноменов возникает уже на этапе определения «нормативности» и / или «стан-

дартности» обобщений, а также «нормативности» и/или «стандартности» типов признаков, лежащих в их основе. Накопленный исследовательский материал позволяет говорить не только о неоднородности латентных, но и стандартных типов признаков, а также определенной культурно-исторической их динамике (Кобзова М. П., Николаева Н. О., 2013). В совместно проведенных нами исследованиях также была обнаружена определенная варьируемость «нормативных обобщений», связанная с изменением роли контекстных стимулов (Паршуков А. Ю., Харисова Р. Р., Чебакова Ю. В., 2014; Харисова Р. Р., 2015; Чебакова Ю. В., Паршуков А. Ю., 2017).

Безусловно, обозначенные проблемы определения границ феноменов в рамках исследования познавательных процессов не ограничиваются выделенными нами примерами. Пласт незатронутых вопросов более широк; данные примеры представляют лишь попытку обозначить некоторые проблемы, встающие на пути исследования и изучения симптомов при психической патологии. Описанные нами проблемы и сложности специально не затрагивались в настоящем учебном пособии в полном объеме, поскольку его основная задача заключалась в описании ориентиров, позволяющих дифференцировать нозологическую принадлежность симптомов в рамках патопсихологической диагностики.

Отдельного внимания заслуживает указание на наличие более широкого арсенала методов, применимых в рамках патопсихологического эксперимента, нежели было нами описано. Выбор конкретных методов для каждого отдельного случая диагностики индивидуален, в особенности, он разнообразен при решении различного рода диагностических задач. К примеру, «утяжеление» спектра применяемых проб на выявление особенностей эмоционально-личностной сферы может быть связано с необходимостью определения как «психотерапевтических мишеней», так и решения вопросов о виде терапевтического вмешательства, такого как готовность пациента к участию в групповом процессе, где важным маркером становится выявление уровня и специфики эмпатии; так и с необходимостью описания механизмов синдромаоб-

разования (в рамках пограничных расстройств). В пособии не разбираются также широко применяемые методы оценки иных, в некоторых случаях важных в процессе решения патопсихологических задач, показателей – гендерной идентичности, социального, эмоционального интеллекта, инфантилизма, маккиавелизма и др. Специфика и многообразие феноменов эмоционально-личностной сферы, на наш взгляд, заслуживает рассмотрения в отдельной публикации.

В настоящем учебном пособии делается акцент не столько на многообразии феноменов, которые можно получить из экспериментального материала, сколько на их значимости при определении нозологической специфичности симптомов. Диагностика эмоционально-личностной сферы – один из самых сложных аспектов патопсихологической диагностики в принципе. Получение тех или иных данных и возможности их интерпретации зависят напрямую от широты и объема знаний, а также от непосредственного личностного опыта исследователя. В этой связи всегда встает вопрос не только о профессиональной квалификации экспериментатора как носителя теоретических знаний, но и его компетентности, базирующейся на способности исключать влияние собственных личностных установок и взглядов на анализируемый материал. Высокий уровень владения материалом при этом должен сочетаться с пониманием и соблюдением этических и деонтологических принципов работы, развитыми нравственными качествами специалиста. Особая роль личностных особенностей патопсихолога выявляется при первичном знакомстве с пациентом во время беседы. От степени и уровня комфорта пациента в процессе беседы в некоторых случаях зависит уровень и степень его мотивированности на выполнение экспериментальных заданий, а в ряде случаев и желание участвовать в обследовании; точно так же, как от верно заданной инструкции – возможности пациента ориентироваться в ней и соблюдать ее. Конечно, абсолютно принимающий характер взаимодействия с подэкспертным, исключение любой оценки экспериментатора также может навредить процессу верной квалификации феноменов (например,

отсутствие критических замечаний при ошибках испытуемого), однако, ее включение должно, по возможности, происходить в «теплой», уважительной атмосфере взаимодействия. На данный момент в литературе представлено достаточно большое разнообразие материалов, позволяющих формировать и подбирать вопросы для клинической беседы – от структурного интервью до классических способов ведения психологического опроса. Однако интеллектуальное знание и спектр подобранных вопросов не всегда может позволить студенту избавиться от тревоги при встрече с пациентом, не всегда спасет от неожиданных поворотов беседы; заученный характер вопросов не всегда даст увидеть «горячие», «значимые» темы для испытуемого, позволит сделать на них акцент. Поэтому, безусловно, огромная роль в формировании индивидуальной тактики и стратегии ведения беседы, и, в целом, профессиональных навыков будущего специалиста, овладении патопсихологическим искусством принадлежит верной, надежной, квалифицированной помощи преподавателя.

Получение целостной картины особенностей психической деятельности личности в патопсихологическом исследовании предполагает целенаправленное обучение, приобретение опыта, развитие профессиональных навыков, связанных как с умением «стимулировать» возникновение феномена, так и с возможностью его обнаружить и правильно квалифицировать.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Авербух Е.С. Расстройства психической деятельности в позднем возрасте: психиатрический аспект геронтологии и гериатрии. Л.: Медицина, 1969. – 284 с.

Алфимова М.В. Легкие когнитивные расстройства у родственников больных шизофренией // Психиатрия. – 2006. – № 4-6. – С. 75-84.

Базыма Б.А. Исследование отношения к цвету как метода в диагностике эмоциональных нарушений при шизофрении: Автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04; 14.00.18 / Б.А. Базыма ; НИПНИ им. В.М.Бехтерева. – Л., 1991. – 21 с.

Базыма Б.А. Цвет и психика. Харьков: ХГАК, 2001. – 172 с.

Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная терапия. СПб.: Питер, 2003. – 304 с.

Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Соколова Е.Д. Методика многостороннего исследования личности (структура, основы интерпретации, некоторые области применения). М.: Фолиум, 1994. – 175 с.

Березовский А.Э., Крайнова Н.Н., Бондарь Н.С. Самосознание психически больных: метод. пособие для студ. Самара: СамГУ, 2001. – 43 с.

Блейлер Э. Аутистическое мышление. М.: Медгиз, 1927. – 164 с.

Блейхер В.М. Расстройства мышления. Киев: Здоров'я, 1983. – 192 с.

Блейхер В.М., Крук И.В. Патопсихологическая диагностика. Киев: Здоров'я, 1986. – 280 с.

Клиническая патопсихология: руководство для врачей и клинических психологов. М.: МПСИ; Воронеж: НПО «МОДЭК», 2002 – 512 с.

Болдырев А.И. Эпилептические синдромы. М.: Гомеопатическая Медицина, 1976. – 262 с.

Болдырев А.И. Эпилепсия у взрослых. М.: Медицина, 1984. – 288 с.

Бондарева Л.В. Взаимоотношения непосредственной и опосредованной памяти у больных эпилепсией // Психологические исследования. М.: МГУ, 1971. – № 3. – С. 21-27.

Братусь Б.С., Психологический анализ изменений личности при алкоголизме. М.: Изд-во МГУ, 1974. – 96 с.

Будза В.Г. О клиничко-патопсихологическом стереотипе болезней Пика и Альцгеймера: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / В.Г. Будза; ОрГМУ. – Оренбург, 1973. – 151 с.

Ваксман А.В. Враждебность и агрессивность в структуре депрессии (закономерности формирования, прогностическая значимость, терапия и социально-психическая адаптация): дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18 / А.В. Ваксман; МНИИП. – М, 2005. – 204 с.

Василенко В.Х. Введение в клинику внутренних болезней. М.: Медицина, 1985. – 255 с.

Вачнадзе Э.А. Некоторые особенности рисунка душевнобольных. Тбилиси: Мецниереба, 1972. – 62 с.

Викулова Л.В. Исследование уровня притязаний у детей-олигофренов // Вопросы экспериментальной патопсихологии. М: НИИ Психиатрии, 1965. – С. 183-190.

Виноградова М.Г., Тхостов А.Ш. Смысловая регуляция познавательной деятельности при истерическом расстройстве личности [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2010. – № 2. – URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (дата обращения: 30.06.2010).

Воробьев В.Ю. Шизофренический дефект (на модели шизофрении, протекающей с преобладанием негативных расстройств): Дис.... д-ра мед. наук: 14.00.18 / Владимир Юрьевич Воробьев ; НИИ Психиатрии ВНЦПЗ. – М, 1988. – 140 с.

Воронков Г.Л. К проблеме дебютов и ранней диагностике эпилепсии: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.18 / Г.Л. Воронков; КМУ УАНМ. – Киев, 1972. – 32 с.

Выготский Л.С. Умственное развитие детей в процессе обучения. М.; Л.: Учпедгиз, 1935. – 136 с.

Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий, их статика, динамика и систематика. М.: Медицинская книга, 2007. – 124 с.

Гиляровский В.А. Психиатрия. М.: Медгиз, 1954. – 520 с.

Горчакова Л.Н. Вялотекущая шизофрения с преобладанием астенических расстройств // Журн. неврол. психиатр. – 1988. – № 5. – С. 76-82.

Грин А. Истерия // Энциклопедия глубинной психологии / Под ред. А.М. Боковикова – М.: ЗАО МГ Менеджмент; Interna, 1998. – Т. 1. – С. 628-656.

Жмуров В.А. Общая психопатология. Иркутск: Изд-во Иркут. ун-та, 1986. – 278 с.

Завилянский И.Я., Таращанская Р.Е. // Вопросы клинической психиатрии. Киев: Госмедиздат УССР, 1959. – С. 29-30.

Зейгарник Б. В. Экспериментально-психологическое исследование больных с травмами головного мозга // Нервные и психические заболевания военного времени. М.: Медгиз, 1948. – С. 125-136.

Зейгарник Б.В. Нарушение спонтанности при военных травмах лобных долей мозга // Неврология военного времени. М.: Медицина, 1949. – Т. 1. – С. 69-80.

Зейгарник Б.В. Патопсихология: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. М.: Юрайт, 2017. – 367 с.

Зейгарник Б.В., Биренбаум Г.В. К динамическому анализу расстройств мышления // Советская невропатология, психиатрия и психогигиена. – 1935. – Т. 4. – № 6. – С. 75-98.

Зейгарник Б.В., Биренбаум Г. В. К проблеме смыслового восприятия // Советская невропатология, психиатрия и психогигиена. – 1935. – Т. 4. – № 6. – С. 57-74.

Иванова А.Я. Обучающий эксперимент как метод психологического исследования детей с аномалиями психического развития // Вопросы экспериментальной патопсихологии. М: НИИ Психиатрии, 1965. – С. 11-31.

Иванова А.Я. Обучаемость как принцип оценки умственного развития детей. М.: Изд-во МГУ, 1976. – 79 с.

Карвасарский Б.Д. Неврозы. Руководство для врачей. – М.: Медицина, 1980. – 448 с.

Карпов П.И. Творчество душевнобольных и его влияние на развитие науки, искусства и техники. Л., Государственное издательство, 1926. – 140 с.

Кернберг О. Тяжелые личностные расстройства. Стратегии психотерапии. М.: Класс, 2005. – 464 с.

Классификации болезней в психиатрии и наркологии: пособие для врачей / Под ред. М.М. Милевского. – М.: Триада-Х, 2003. – 183 с.

Кожуховская И.И. О необходимости дифференцировать понятие «критичность» // Невропатология и психиатрия им. С.С. Корсакова. – 1972. – № 11. – С. 1666-1669.

Концевой В.А. Шизофрения в позднем возрасте // Руководство по психиатрии в 2-х томах; под ред. А.С. Тиганова. – 1999. – Т. 1. – С. 488-495.

Концевой В.А., Медведев А.В., Яковлева О.Б. Депрессии и старение // Депрессии и коморбидные расстройства. М., 1997. – С. 114-122.

Корсакова Н.К. Нейропсихология позднего возраста: обоснование концепции и прикладные аспекты // Вестн. Моск. ун-та. Сер. 14, Психология. – 1996. – № 2. – С. 32-37.

Корсакова Н.К. Нейрогеронтопсихология: развитие идей школы АР Лурия // I Международная конференция памяти А.Р. Лурии: Тезисы докладов / Под ред. Е.Д. Хомской. М., 1997. – С. 50-51.

Крепелин Э. Введение в психиатрическую клинику / Пер. с 3-го нем. издания / Под ред. П.Б. Ганнушкина. М.: Наркомздрав, 1923. – 496 с.

Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. М.: Изд-во МГУ, 1991. – 256 с.

Кудрявцев И.А. Судебная психолого-психиатрическая экспертиза. М.: Юридическая литература, 1988. – 224 с.

Кудрявцев И.А., Сафуанов Ф.С. Эмоциональная и смысловая регуляция восприятия у психопатических личностей возбудимого и истерического круга // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1984. – № 12. – С. 1815-1822.

Курек Н.С. Особенности целеобразования у больных шизофренией // Экспериментально-психологические исследования патологии психической деятельности при шизофрении / Под ред. Ю.Ф. Полякова. – М.: Труды института психиатрии АМН СССР, 1981. – с. 162-185.

Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте: Учеб. пособие для студ. психол. фак. высш. учеб. заведений. М.: Академия, 2003. – 144 с.

Лебединский М.С. К вопросу о речевых расстройствах у шизофреников // Современная психоневрология. – 1938. – № 3. – С. 56-64.

Лебединский М.С., Мясищев В.Н. Введение в медицинскую психологию. Л.: Медицина, 1966. – 432 с.

Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. М.: Политиздат, 1977. – 420 с.

Линг К., Торпдал П., Бендер Л., Фромхолт П. Использование речевой регуляции поведения в диагностике деменций // I Международная конференция памяти А.Р. Лурии: Тезисы докладов / Под ред. Е.Д. Хомской. М., 1997. – С. 52-56.

Лонгинова С.В. «Пиктограмма» как метод исследования расстройств мышления при шизофрении // Патопсихология: Хрестоматия / сост. Н.Л. Белопольская. – 2-е изд., испр. и доп. М.: Когито-Центр, 2000. – С. 83-94.

Лонгинова С.В., Рубинштейн С.Я. О применении метода «пиктограмм» для экспериментального исследования мышления психических больных. М.: изд. Ин-та психиатрии АМН СССР, 1972. – 56 с.

Люшер М. Цветовой тест Люшера / Пер. с англ. А. Никоновой. М.: Эксмо, 2005. – 192 с.

Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. Учеб. пособие для студ. высших учебных заведений. М.: Издательский центр «Академия», 2003. – 384 с.

Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе. М.: Класс, 2001. – 480 с.

Маньян В. Клинические лекции по душевным болезням. М.: Изд-во психиатров 67-й Московской больницы, 1995. – 428 с.

Маховер К. Проективный рисунок человека. 4-е изд. М.: Смысл, 2006. – 158 с.

Меликян З.А., Микадзе Ю.В., Потапов А.А., Зайцев О.С., Захарова Н.Е. Оценка нарушений когнитивных функций в разные периоды после черепно-мозговой травмы // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2011. – Т. 111. – № 7. – С. 88-94.

Морозов Г. В., Шуйский Н.Г. Введение в клиническую психиатрию (пропедевтика в психиатрии). – Н.Новгород: Изд-во НГМА, 1998. – 426 с.

Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. – Издательство Московского университета, 1987. – 168 с.

Нуллер Ю.Л., Михаленко И.Н. Аффективные психозы. Л.: Медицина, 1988. – 264 с.

Пападопулос Т.Ф., Шахматова-Павлова И.В. Маниакально-депрессивный психоз // Руководство по психиатрии / под ред. А.В. Снежневского. М.: Медицина, 1983. – Т. 1. – С. 417-456.

Певзнер М.С. Дети-олигофрены: Изучение детей-олигофренов в процессе их воспитания и обучения. – М.: АПН РСФСР, 1959. – 484 с.

Первомайский Б.Я. Методика определения типа высшей нервной деятельности человека // Вопросы клиники, патофизиологии и лечения психических заболеваний. – 1964. – № 6. – С. 48-54.

Петренко Л.В. Нарушение высших форм памяти: (при некоторых органических поражениях мозга). М.: Изд-во Московского ун-та, 1976. – 101 с.

Пивоварова В.Л. Некоторые особенности посттравматического слабоумия в судебнопсихиатрической практике // Вопр. судебной психиатрии. М.: Госюриздат, 1965, – С. 219-221.

Познанский А.С., Дезорцев В.В. К клинико-патопсихологическому анализу нарушения чувства юмора // Вопросы экспериментальной патопсихологии. М: НИИ Психиатрии, 1965. – С. 157-163.

Психокоррекционная и развивающая работа с детьми: Учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений / И.В. Дубровина, А.Д. Андреева, Е.Е. Данилова, Т.В. Вохмянина; под общ. ред. И.В. Дубровиной. – М.: Издательский центр «Академия», 1998. – 160 с.

Росин О.П., Кузнецов М.Т. К вопросу о корреляции нарушений мышления в психопатологическом и патопсихологическом аспектах // Журн. невропатол. и психиатр. – 1979. – № 12. – С. 1733-1738.

Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии (Практ. руководство). М.: Медицина, 1970. – 215 с.

Рыбальский М.И. Бред. М.: Медицина, 1993. – 368 с.

Самухин Н.В., Биренбаум Г.В., Выготский Л.С. К вопросу о структуре деменции при болезни Пика // Хрестоматия по патопсихологии / сост. Б.В. Зейгарник. М.: Издательство МГУ, 1981. – С. 114-149.

Середина М.И. Экспериментальное исследование нейродинамики судорожного припадка у детей-эпилептиков // Девятое совещание по физиологическим проблемам, посвященное пятилетию со дня кончины акад. И.П.Павлова: Экспериментальная часть, доклады, 2-4 марта 1941 г., Ленинград. – М.: Изд-во академии наук СССР, 1941. – С. 77-78

Смулевич А.Б. Дефектные состояния при шизофрении // Руководство по психиатрии / Под ред. А.С. Тиганова. М., Медицина, 1999. – Т. 1. – С. 265-471.

Смулевич А.Б. Малопрогрессирующая шизофрения и пограничные состояния. М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 256 с.

Смулевич А.Б., Воробьев В.Ю. Психопатология шизофренического дефекта (к построению интегративной модели негативных изменений) // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 1988. – №. 9. – С. 100-105.

Снежневский А.В. Клиническая психопатология // Руководство по психиатрии / Под ред. А.В. Снежневского. М.: Медицина, 1983. – Т. 1. – С. 16-97.

Соколова Е.Т. Проективные методы исследования личности. – М., 1980 // Общая характеристика и классификация проективных методик: 10-18. ТАТ (описание): 71-101. Тест Роршаха (описание): 102-151.

Соколова Е.Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности. – М.: Издательство Московского университета, 1990. – 215 с.

Соммерз-Фланаган Дж., Соммерз-Фланаган Р. Клиническое интервьюирование / Пер. с англ. В.В. Кулебы. М.: Диалектика, 2006. – 672 с.

Скоромец А.А., Скоромец А.П., Скоромец Т.А. Неврологический статус и его интерпретация: учебное руководство для врачей / Под ред. М.М. Дьяконова. М.: МЕДпрессинформ, 2009. – 240 с.

Сухарева Г.Е. К проблеме дифференциации олигофрении // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1961. – Т. 1. – № 7. – С. 1030-1035.

Тепеницына Т.И. Психологическая структура резонерства // Вопросы экспериментальной патопсихологии. М: НИИ Психиатрии, 1965. – С. 68-80.

Тиганов А.С. Эндогенные депрессии: вопросы классификации и систематики // Депрессии и коморбидные расстройства / Под ред. А.Б. Смулевича. – 1997. – С. 12-26.

Тиганов А.С., Снежневский А.В., Орловская Д.Д. и др. Руководство по психиатрии в 2-х томах / Под ред. А.С. Тиганова. М.: Медицина, 1999. – Т. 1. – 712 с.

Тиганов А.С., Снежневский А.В., Орловская Д.Д. и др. Руководство по психиатрии в 2-х томах / Под ред. А.С. Тиганова. М.: Медицина, 1999. – Т. 2. – 784 с.

Трошин Г.Я. Классификация детской ненормальности с выделением практических важных форм // Доклады, прения и постановления четвертой секции первого Всероссийского съезда по вопросам народного образования, Петроград, 1915. – М.: Типография Штаба Моск. военного округа. – 1915. – Т. 1. – С. 77-78.

Харисова Р.Р. Динамика нарушений когнитивной и эмоционально-личностных сфер у больных параноидной шизофренией // Научная дискуссия: вопросы педагогики и психологии: Материалы VI международной заочной научно-практической конференции. Ч. II. – М.: Изд.-во Международный центр науки и образования, 2012. – С. 115-122.

Харисова Р.Р. Типология патопсихологического синдрома при параноидной шизофрении // Материалы Всероссийской науч.-прак.конф. 14-15 февраля 2013г.: Теоретические и прикладные проблемы медицинской (клинической) психологии / Под. ред. Н.В. Зверевой и др. – М., 2013. – С. 112-113.

Херсонский Б.Г. Клиническая психодиагностика мышления. М.: Смысл, 2012 – 287 с.

Херсонский Б.Г. Метод пиктограмм в психодиагностике. СПб.: Сенсор, 2000. – 120 с.

Целищев О.С. Депрессивные идеи в структуре непсихотической депрессии у больных аффективными расстройствами и их терапевтическая динамика: дис. ... канд. мед. наук : 14.01.06 / Олег Вадимович Целищев; МНИИП. – М., 2011. – 131 с.

Циркин С.Ю. Концепция психопатологического диатеза // Независимый психиатрический журнал. – 1998. – № 4. – С. 5-8.

Чебакова Ю.В. К вопросу о типологии патопсихологического синдрома при шизофрении // Сборник тезисов Всероссийской школы молодых ученых в области психического здоровья: «Психиатрия 21 век: традиции и инновации», Суздаль, 5-8 сентября 2007 г. – Суздаль: Московский НИИ психиатрии, 2007. – С. 211-214.

Чебакова Ю.В., Паршуков А.Ю. Влияние условий обобщения на обработку социального контекста у больных параноидной шизофренией // Психология и Психотехника. – 2017. – № 4. – С.82-96. DOI: 10.7256/2454-0722.2017.4.24587

Чебакова Ю.В., Харисова Р.Р. Классификация латентных признаков в патопсихологическом обследовании при шизофрении // Материалы Юбилейной научно-практической конференции «Экспериментальные методики патопсихологии и опыт их применения», Москва, 23 сентября 2011 / Под ред. Н.В. Зверевой, С.Н. Ениколопова, И.Ф. Рошиной – М.: МГППУ; НЦПЗ РАМН; Московский НИИ психиатрии, 2011. – С. 177-180.

Чебакова Ю.В., Харисова Р.Р., Шишкова Д.И. Патопсихологический анализ типологий выхода в ремиссию больных параноидной шизофренией // Психологические исследования. – 2012. – № 2(22). – С. 9. URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 23.04.2018). DOI.0421200116/0021

Шафер Ж. Истерия: Кризис либидо в связи с дифференциацией полов // Уроки французского психоанализа: Десять лет франко-русских клинических коллоквиумов по психоанализу. М.: Когито-Центр, 2007. – С. 135-174.

Штернберг Э.Я. Геронтологическая психиатрия. М.: Медицина, 1977. – 216 с.

Эльконин Д.Б. К проблеме периодизации психического развития в детском возрасте // Вопросы психологии. – 1971. – № 4. – С. 6-20.

Юдеева Т.Ю. Перфекционизм как личностный фактор депрессивных и тревожных расстройств: дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04 / Татьяна Юрьевна Юдеева ; МНИИП. – М., 2007. – 275 с.

Beatty W.W., Goodkin D.E., Monson N., et al. Cognitive disturbances in patients with relapsing remitting multiple sclerosis // *Ibid.* – 1989. – Vol. 46. – № 10. – P. 1113-1119.

Cameron D.E. Early schizophrenia // *American Journal of Psychiatry.* – 1938. – Vol. 95. – № 3. – P. 567-582.

Harrow M., Quinlan D. Is disordered thinking unique to schizophrenia? // *Archives of General Psychiatry.* – 1977. – Vol. 34. – № 1. – P. 15.

Helmchen H., Linden M. The Differentiation Between Depression and Dementia in the Very Old // *Ageing and Society.* – 1993. – Vol. 13. – № 4. – P. 589-617.

Jahreiss W. Störungen des Denkens // *Handbuch der Geisteskrankheiten.* – 1928. – Vol. 1. – P. 530-599.

Seglas M.J. De l'obsession Hallucinatoire et de l'hallucination obsédante // *Annales Médico-psychologiques.* – 1892. – Vol. 50. – P. 119-130.

ПРИЛОЖЕНИЯ

1. ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ФЕНОМЕНОЛОГИЯ ОПИСАНИЯ ВНЕШНЕГО ВИДА

Выделяют следующие феномены описания внешнего вида:

- 1) телосложение – нормостеническое, астеническое, гиперстеническое¹;
- 2) лицо – отмечается наличие одуловатостей, кровоподтеков, порезов, пирсинга;
- 3) части лица:
 - 3.1) брови – корrugатор-феномен²;
 - 3.2) общее описание глаз (закрытые глаза, дрожание век, частое моргание, прищуренные глаза, наличие мешков под глазами);
 - 3.3) область век – складка Верагута³; симптом Эпштейна⁴

¹ Нормостенический тип характеризуется пропорциональными размерами туловища и гармоничным развитием костно-мышечной системы; Для астенического типа характерно слабое развитие мышечной системы с преобладанием (по сравнению с нормостеническим) продольных размеров тела и размеров грудной клетки над размерами живота; длины конечностей – над длиной туловища;

Гиперстенический тип, отличающийся от нормостенического хорошей упитанностью, длинным туловищем и короткими конечностями, относительным преобладанием поперечных размеров тела, размеров живота над размерами грудной клетки.

² Встречается у больных шизофренией и является одним из симптомов парамимии. Внешняя феноменология проявления данного симптома напоминает мимику, характерную для выражения повышенного интереса или внимания. Создается мышечными сокращениями в области лба, главным образом сокращением мышцы, сморщивающей брови. Отчетливо проявляется во время речи.

³ Как правило, отмечается у больных эндогенной депрессией. Внешне напоминает скорбное выражение Пьеро из фильма «Бурагино». Складка верхнего века и часто бровь на границе внутренней и средней трети оттягивается кверху и образует вместо дуги угол, придавая лицу скорбное выражение.

⁴ Наблюдается при неврозах – при волнении верхнее веко не опускается, это придает лицу больного выражение страха.

3.4) область зрачка - расширение зрачков (мидриаз)¹; сужение зрачков (миоз)²; исчезновение реакции на свет³; неравномерность величины зрачков (симптом Семенова)⁴; феномен «отсутствия игры зрачков»⁵; частая смена сужения и расширения зрачков (симптом беспокойства зрачков Вестфаля)⁶; неподвижность зрачков (симптом Вестфаля-Бумке)⁷;

¹ Мидриаз (греч. *mydros* – темный, неясный) – может быть обусловлено параличом сфинктера зрачка, глазодвигательного нерва, спазмом делятатора зрачка, введением лекарственных средств (атропин), интоксикацией (кокаин, хлороформ).

² Миоз (греч. *myosis* – уменьшение). Может быть медикаментозным (введение пахикарпина); наблюдается при сифилитических заболеваниях головного мозга (входя в состав синдрома Аргайла Робертсона); при поражении шейного отдела симпатического ствола (паралитический миоз); вследствие спазма сфинктера зрачка (спастический миоз); при менингите, рассеянном склерозе, интоксикации (хроническом морфинизме, отравлении опиум, бромом); кровоизлиянии в области варолиевого моста.

³ Мидриаз и исчезновение реакции зрачков на свет может встречаться при истерическом припадке и сопровождается сильным мышечным напряжением – симптом Редлиха.

⁴ После эпилептического припадка иногда наблюдается неравномерность величины зрачков, длящаяся в течение суток (симптом Семенова). Она не отмечается в межприступном периоде, чем отличается от стойкой анизокории при органических заболеваниях головного мозга и не встречается при истерических припадках.

⁵ М.О. Гуревич (1949) описал симптом «отсутствие игры зрачков», свидетельствующий о расстройстве аффектов: «Вначале обычно исчезает игра зрачков, затем пропадают так называемые психические рефлексы, то есть изменения зрачков под влиянием психических факторов, и, наконец, исчезает реакция зрачков на болевые раздражители». Кроме шизофрении, симптом встречается при органических поражениях мозга, ведущих к слабоумию (старческое слабоумие, эпилепсия, прогрессивный паралич). При функциональных заболеваниях и у здоровых лиц он не наблюдается.

⁶ Встречается при посттравматическом паркинсонизме; сифилитическом поражении головного мозга.

⁷ Наблюдается при кататоническом ступоре. Отмечается периодическое расширение зрачков в течении некоторого времени (секунд, часов, дней), при этом может отсутствовать реакция на свет, аккомодация и конвергенция. Симптом Бумке (отсутствие реакции зрачков на боль; на новый предмет) может отмечаться при негативных и дефектных состояниях.

3.5) углы глаз – угол глаз опущен (антимонголоидный разрез)¹; опущенные углы глаз в сочетании с улыбкой²;

3.6) блеск склер – свинцовый, маслянистый блеск склер (симптом Чижа)³; большое количество отблесков (Васнецовские глаза)⁴; двойной блик в области верхнего века (симптом Врубеля)⁵

3.7) элементы области рта – опущенные уголки рта⁶; вытянутые вперед в трубочку губы⁷; широко открытый рот с вытянутыми губами⁸; тремор губ⁹; постоянное движение губ и языка¹⁰; ритмические судороги мышц языка и губ, сопровождающиеся причмокиванием и жевательными движениями¹¹

4) общий внешний вид:

4.1) оценка опрятности – общее безразличие к внешнему виду; неяршливость/опрятность, ухоженность, состояние волосяного покрова у мужчин (выбрит, с щетиной), волосы грязные/чистые, (не) причесаны;

¹ Антимонголоидный разрез – угол глаза опущен – может наблюдаться у больных олигофренией.

² Опущенные углы глаз в сочетании с улыбкой отмечаются при депрессии – симптом Пьеро, «улыбающаяся депрессия».

³ Симптом Чижа – свинцовый, маслянистый блеск склер при эпилепсии.

⁴ Васнецовские глаза – много отблесков, обусловленных большим количеством глазной жидкости, отмечаются у маниакальных больных.

⁵ Симптом Врубеля – при расширенной глазной щели двойной блик ближе к верхнему веку, встречается при сумеречных расстройствах сознания, тиреотоксикозе.

⁶ Встречаются при депрессии.

⁷ Вытянутые вперед в трубочку губы – симптом «хоботка» демонстрируются от нескольких секунд до спастического удержания больным в течение длительного времени. Наблюдаются при кататонической шизофрении.

⁸ Раструб («рот рыбы») – рот широко раскрыт, губы вытянуты. Нередко проявляется как следствие депривации, сенсорной изоляции. Встречается у больных наркоманией.

⁹ Одним из вариантов хронического паркинсонического синдрома, возникающего при лечении нейролептиками, является rabbit-синдром Вилнева. Данный синдром характеризуется локальной экстрапирамидной симптоматикой: тремор губ с частотой около 5 движений в секунду, напоминающий движение губ кролика.

¹⁰ При интоксикации тетраэтилсвинцом, интоксикационных психозах описан симптом волоса – ощущение во рту волоса или нити, сопровождающееся постоянным движением губ и языка больного, стремящегося освободиться от этого инородного тела.

¹¹ Оперкулярные судороги – встречаются при поражении задней части нижней лобной извилины.

4.2) соответствие внешнего вида возрасту, полу, социальному статусу испытуемого;

5) своеобразие макияжа, прически, стиля одежды – отмечают наличие/отсутствие макияжа, его особенности, предпочтение той или иной цветовой гаммы (броской, яркой, выразительной, едва заметной); определяют соответствие прически моде, личному вкусу испытуемого (ирокез, необычная цвет волосяного покрова); выделяют соответствие определенному стилю: строгому, необычному, агрессивному, не приметному; отмечается также предпочтение определенного цвета в одежде; пристрастие к украшениям, парфюмерии;

б) походка:

6.1) общие характеристики – шаркающая, припрыгивающая, вычурная;

6.2) способ вхождения в кабинет – охотно/неохотно, молча/в речевом возбуждении, самостоятельно/с помощью медперсонала, внесен на носилках.

2. ТИПЫ РАССТРОЙСТВ МЫШЛЕНИЯ, РЕГИСТРИРУЕМЫХ В ПСИХИЧЕСКОМ СТАТУСЕ. КРАТКОЕ ОПИСАНИЕ

1. Разорванность мышления – это расстройство речи и мышления, при котором утрачены логические связи между мыслями и предложениями.

2. Словесная «окрошка» – речь в виде бессмысленного, не связанного между собой набора фраз, слов или обрывков слов, не имеющих ассоциативную или иную смысловую связь. При словесной «окрошке» типично употребление неологизмов. Встречается редко, обычно при шизофрении; подобная картина речевых нарушений наблюдается при сенсорной афазии по А.Р. Лурии (афазии Вернике).

3. Закупорка мышления (шперрунг) – внезапный обрыв речи, без всякой связи с ситуацией и ходом разговора.

4. Обстоятельность мышления – при данном расстройстве речь пациента изобилует несущественными деталями, скрывающими смысл высказывания.

5. Мимоговорение – иногда является способом уклонения от ответов; феноменологически проявляется как ответы невпопад, при этом ассоциативно понятные и даже имеющие смысловую связь с вопросом.

6. Скачка мыслей – ускоренная безостановочная речь с частыми и внезапными сменами мыслей, из-за чего в тяжелых случаях может возникнуть впечатление бессвязности речи. Создается впечатление, что больной легко отвлекается, но прервать его почти невозможно. Нередки ассоциации по созвучию (переход к следующей мысли по сходному звучанию слов), рифмы и каламбуры. Цепь ассоциаций обычно уводит больного от первоначальной мысли.

7. Мутизм – проявляется отсутствием вербальных реакций на тот или иной вариант коммуникации (словесный, игровой или тактильный и тд.). При этом, исходя из реакции больного можно обнаружить понимание обращенных к нему вопросов. Данный феномен иногда может быть произвольным (как в случае сильного страха), также может быть следствием активного или пассивного негативизма.

Учебное издание

Харисова Руфина Рейфатовна
Чебакова Юлия Владимировна

ПРАКТИКУМ ПО ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ

Учебное пособие

Редактор *Ю. В. Чебакова*
Выпускающий редактор *Ф. Ф. Степнов*
Верстка *Н. В. Булатова*

Подписано в печать 02.02.2018. Формат 60x88 ¹/₁₆.
Печать цифровая. Бумага офсетная № 1. Гарнитура Таймс. 20,5 п. л. Тираж 500 экз.
Первый завод 102 экз. Заказ 03

Издательство «Языки Народов Мира»
113319, г. Москва, Ленинский проспект, 95
Научно-исследовательское, информационно-издательское
предприятие «ТЕЗАУРУС»
121248, Москва, Украинский бульвар, 3/5, корп. 2

Отпечатано в типографии издательства «Языки Народов Мира»
E-mail: yaznarmir@mail.ru



**ХАРИСОВА
РУФИНА РЕЙФАТОВНА**

научный сотрудник Московского института психоанализа, преподаватель Института организационной психологии, клинический психолог, психотерапевт, ведущая психологических групп. Стаж работы в области психиатрии и преподавательской деятельности – 10 лет. Автор и соавтор более 30 научных публикаций и 2 учебных пособий.

E-mail: checkquality@mail.ru



**ЧЕБАКОВА
Юлия Владимировна**

кандидат психологических наук, научный сотрудник Московского института психоанализа, доцент Института организационной психологии, клинический психолог, специалист в области патопсихологии и психосоматики, психоаналитический психотерапевт, супервизор диагностической, консультативной и психотерапевтической работы. Стаж работы в области психиатрии и преподавательской деятельности – 13 лет. Автор и соавтор более 40 научных публикаций и 3 учебных пособий.

E-mail: chebakova.yu.v@mail.ru