**Теоретические материалы по теме**

**Патопсихология**

**Понятие продуктивной и негативной симптоматики**

Понятия продуктивных и негативных расстройств — одни из основополагающих в психиатрии.

***Продуктивной симптоматикой****(позитивная симптоматика, плюс-симптом) называют новый болезненный феномен, некую новую функцию, появившуюся в результате болезни, отсутствующую у всех здоровых людей.*

Примерами продуктивной симптоматики служат бред и галлюцинации, эпилептиформные пароксизмы, психомоторное возбуждение, навязчивые идеи, сильное чувство тоски при депрессии.

***Негативной симптоматикой****(дефект, минус-симптом), напротив, именуют ущерб, который наносит болезнь естественным здоровым функциям организма, исчезновение какой-либо способности. Примерами негативной симптоматики являются утрата памяти (амнезия), интеллекта (слабоумие), неспособность испытывать яркие эмоциональные чувства (апатия).*

Выделение этих понятий принадлежит английскому невропатологу Дж.Х.Джексону (1835—1911), считавшему, что негативная симптоматика обусловлена деструкцией или временным бездействием клеток мозга, а продуктивная симптоматика — это проявление патологической активности живых клеток и тканей, окружающих болезненный очаг и потому работающих в неестественном, расстроенном режиме. В этом смысле негативная симптоматика как бы указывает на то, какие структуры мозга были разрушены. Она тесно связана с этиологией болезни и более значима для нозологической диагностики, чем продуктивная. Продуктивная же симптоматика является неспецифической реакцией здоровых тканей на раздражающее действие очага и потому может быть общей для различных заболеваний.

Психиатры применяют понятие негативной и продуктивной симптоматики по отношению не только к очаговым, но и ко всем другим поражениям мозга.

Негативная симптоматика является, как правило, необратимой, невосполнимой утратой. Она свидетельствует о длительности заболевания и о глубине поражения психики. Характер негативной симптоматики довольно специфичен и играет существенную роль в диагностике таких заболеваний, как шизофрения, эпилепсия, атрофические процессы.

Продуктивная симптоматика весьма динамична. Она может резко нарастать при обострении заболевания, а затем исчезает сама по себе или под воздействием адекватного лечения. Большинство применяемых в психиатрии психотропных средств предназначено для лечения именно продуктивной симптоматики. Она, как правило, менее специфична и может быть сходной при нескольких различных заболеваниях.

В то же время четкое разделение симптомов на продуктивные и негативные возможно не всегда. Так, обильная, но бессмысленная речь некоторых больных на заключительных этапах шизофрении (разорванность) рассматривается отдельными врачами как признак продукции, а другими — как дефект (утрата способности мыслить целенаправленно).

При многих синдромах негативная и продуктивная симптоматика тесно взаимосвязаны. Так, при синдроме Корсакова выпадение из памяти значительных периодов жизни больного и снижение критики (негативная симптоматика) непосредственно ведут к заполнению образовавшихся пробелов вымыслом и фантазией (конфабуляции — пример продуктивной симптоматики).

Для врачей имеет важное значение положение о стойкости, необратимости негативной симптоматики. Однако в клинической практике наблюдаются и редкие случаи обратного развития некоторых негативных симптомов. Такую тенденцию имеет утрата способности к запоминанию, возникающая остро у больных с корсаковским психозом. В литературе многократно обсуждались случаи обратного развития негативных симптомов шизофрении. Видимо, следует считать, что утрата функции не означает обязательно гибель мозговых структур, выполняющих эту роль. В некоторых случаях дефект обусловлен лишь их временным бездействием. Так, при острых психозах больные теряют способность правильно считать, решать логические задачи, однако позже она восстанавливается. Поэтому глубину и тяжесть негативной симптоматики следует оценивать только по миновании острого приступа болезни.

*Источник: https://auno.kz/uchebnik-po-psixiatrii/114-obshhaya-psixopatologiya.html/4*

**ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ПАТОПСИХОЛОГИЯ, ХАРАКТЕРИСТИКА И РАЗЛИЧИЯ.**

**Патопсихология**- одна из самых старых и важнейших составляющих медицинской психологии, включает:

-          определение структуры нарушения познавательных процессов,

-          закономерности их распада в сравнении с нормой в понятиях современной психологии,

-           диагностика особенности личности, поведения, общения

-          адаптация к измененным условиям функционирования в связи с психическими расстройствами.

Основная цель - диагностирование изменений психики человека в сравнении с нормой.

**Психопатология**- сугубо медицинская наука, один из разделов психиатрии, изучающей признаки психических расстройств в динамике. В отличие от патопсихологии в основном оперирует клиническими понятиями этиология (причина возникновения), патогенез (механизм возникновения), симптом, синдром и диагноз (нозологической формы психического расстройства, ее тяжесть и течение, обоснование патогеничной терапии и т.д.) и использует общепатологические клинические критерии (возникновение и исход болезни).

Общее для них - выявление характерных признаков того или иного нарушения психической сферы (симптоматика), их закономерного сочетания, обусловленного единым патогенезом, т.е. синдромом.

Следовательно, патопсихология является основой диагностического процесса в психопатологии. С учетом этого медицинскому психологу необходимо иметь понятия и дефиниции (определения) методологии диагностики и клиники психических расстройств.

Патопсихология является одним из разделов психологии (клинической психологии), а психопатология является отраслью медицины (психиатрии). Таким образом, в силу принадлежности к различным научным дисциплинам психопатология и патопсихология имеют каждая свой специфический предмет исследования, методы исследования и различный категориальный аппарат.

Предметом любой медицинской отрасли, как известно, является болезнь во всех ее проявлениях и связях. Предметом же психологиии (а следовательно, и любой ее отрасли) является психика. В отношении психопатологии предметом изучения выступает особая категория заболеваний - психические заболевания, т. е. заболевания, при которых в первую очередь нарушаются именно психические функции (познание и регуляция поведения). Другими словами, можно сказать, что психопатология изучает причины возникновения, особенности проявления, течения, лечения и предотвращения различных психических расстройств /19/.

Существенные различия между психопатологией и патопсихологией отмечаются и в области методологии и методики проведения исследований. В практике психиатрии традиционно доминирует клинико-описательный метод исследования психопатологических явлений, что связано во многом с самой природой патологии психики. Как отмечает С. Я. Рубинштейн /18/, эта природа такова, что установить ее удается лучше всего при расспросе и наблюдении. Причем опытный врач-психиатр в большей степени, чем представители других медицинских специальностей, умеет контактировать с больным, обладает искусством выявлять признаки заболевания в ходе наблюдения и беседы с пациентом, расспросов родственников и персонала о его поведении. Надо отметить, что в оценке психического состояния беседа и наблюдение до сих пор занимают основное место, тогда как соматическое состояние больного исследуется многообразными современными лабораторными и экспериментальными методами. Между тем, при анализе патологии психики методы опроса и наблюдения обязательно должны быть дополнены экспериментом, так как именно экспериментальный метод позволяет перейти от описания явления к анализу причин и механизмов симптомообразования.

Патопсихология, являясь отраслью психологии, использует весь арсенал методов, накопленных психологической наукой, и среди них эксперимент занимает ведущее место. В силу специфики предмета и решаемых ею практических задач, можно сказать, что патопсихология является экспериментальной наукой. В патопсихологии накоплен большой опыт экспериментального исследования психики больных, и этот опыт является весьма полезным для психопатологии.

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

Однако различия в предметной области обеих наук остаются неизменными. Поэтому можно сказать, что психопатолог и патопсихолог подходят к одному и тому же явлению - психическому расстройству - с различных сторон. Для клинициста любые нарушения психики интересны, потому что они являются признаками (симптомами или синдромами) тех или иных психических заболеваний, т. е. в психопатологии акцент делается именно на проявлении нарушений. Патопсихолога же интересуют психические нарушения, так как они раскрывают специфику психики, проявляющейся в особых условиях (в условиях болезни), т. е. для патопсихологии актуальным остается изучение именно психологических феноменов.

*Источник: https://students-library.com/library/read/64918-psihopatologia-i-patopsihologia-harakteristika-i-razlicia*

**Патопсихологические симптомокомплексы**

**Патопсихологический симптомокомплекс (синдром)** – совокупность нарушений (особенностей) познавательных процессов, эмоциональных и поведенческих реакций, относительно специфичных для той или иной нозологии, имеющих в своей основе ряд системообразующих факторов и интегративных психологических механизмов.

***Типы патопсихологических симптомокомплексов (синдромов)***

Основными типами патопсихологическихсимптомокомплексов являются следующие: шизофренический (диссоциативный), органический, психопатический (личностно-аномальный), олигофренический и синдром психогенной дезорганизации психической деятельности.

Для **шизофренического (диссоциативного) симптомокомплекса** наиболее характерными являются нарушения мыслительной деятельности, детерминированные личностной уплощенностью, изменениями смыслообразующей функции мотивов. Эти основные расстройства проявляются при патопсихологическом исследовании в виде:

• нецеленаправленности мыслительного процесса;

• непоследовательности суждений;

• специфического эмоционально выхолощенного и бесплодного резонерства, символики;

• искажений процесса обобщения с разноплановым подходом к выделению ведущих признаков;

• актуализации слабых и латентных признаков предметов и понятий;

• феноменов патологического полисемантизма, причудливости, неадекватности и, выхолощенности ассоциаций, фрагментарности восприятия;

• своеобразных динамических нарушений внимания и умственной работоспособности;

• нарушений критичности мышления;

• неадекватной самооценки.

«Ядром» патопсихологических нарушений **органического симптомокомплекса** выступают изменения в операциональной сфере мышления и мнестических процессах по типу снижения интеллектуальных и мнестических возможностей испытуемых при относительной сохранности личностно-мотивационного компонента мышления, достаточной адекватности эмоциональных реакций. В эксперименте отмечается:

• выраженная тенденция к образованию конкретно-ситуационных связей;

• обстоятельность суждений в сочетании со снижением всех видов запоминания;

• замедленность, стереотипность ассоциаций;

• нарушением умственной работоспособности с лабильностью внимания;

• субъективная утомляемость;

• нарушения активности и колебания качества ответов по мере увеличения интеллектуальной нагрузки;

• снижение возможности критической оценки ситуации при относительно сохранной самооценке.

**Психопатический (личностно-аномальный) симптомокомплекс** патопсихологических расстройств складывается из:

• нарушений самооценки;

• неадекватного уровня притязаний (чаще завышенного);

• расстройств прогностической и регуляторной функции мышления со своеобразным эмоционально насыщенным рассуждательством (резонерством);

• неустойчивости мотивации в процессе обобщения;

• выраженной аффективной логики суждений при затрагивании наиболее личностно значимых тем;

• явлений парциальной некритичности при оценке своего противоправного поведения и ситуации.

В **олигофренический симптомокомплекс** входят такие проявления:

• неспособность к обучению и формированию понятий;

• дефицит интеллекта;

• дефицит общих сведений и знаний;

• примитивность и конкретность мышления;

• неспособность к абстрагированию;

• повышенная внушаемость;

• эмоциональные расстройства.

Основу **патопсихологического синдрома психогенной дезорганизации психической деятельности,** свойственного реактивным психозам, составляют:

• аффективной ситуационной обусловленности поведения;

• характерные признаки специфической хаотичности, ненаправленности деятельности;

• своеобразные «искажения» процесса обобщения с выделением аффективно значимых признаков предметов, с аффективно обусловленными задержками, затруднениями, нарушениями в операциях опосредования, абстрагирования;

• снижение уровня обобщения, чаще динамического характера (выделение конкретных признаков);

• затруднения при понимании логических связей событий;

• неспособность осмысления относительно несложных наглядно-образных ситуаций с искаженной переработкой сюжета, вытеснением эмоционально значимого (отрицательно окрашенного) компонента;

• нарушения праксиса привычных навыков (с явлениями апраксии);

• нарушения памяти (всех ее видов: оперативной, кратковременной, отсроченной; непосредственного и опосредованного запоминания), сочетающиеся с трудностями переключения внимания, замедленным и неравномерным темпом психической деятельности.

Не все компоненты, не все симптомы, описанные выше, могут быть определены в том или ином симптомокомплексе в обязательном порядке, и с равной степенью выраженности. Однако всегда обнаруживается его «ядро». Например, нарушение селективности познавательных процессов (при шизофреническом синдроме), снижение интеллектуальных процессов и умственной работоспособности (при органическом), аффективная обусловленность поведения с парциальной некритичностью и завышенным уровнем притязаний (при психопатическом), реактивная дезорганизация умственной деятельности (при психогенном).

*Источник: Беребин М.А. Практикум по патопсихологии: учебное пособие / А.Ю. Рязанова. – Челябинск: Издательский центр ЮУрГУ, 2017. – 131 с.*

**ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ**

Поэтому, говоря о различной степени обобщенности патопсихологических синдромов, следует выделять синдромы многозначные, опирающиеся на более сложные, полифакторные, нарушения психической деятельности. *Первую попытку выделения таких обобщенных патопсихологических синдромов* предпринял **И. А. Кудрявцев** (1982). В результате исследований, проводившихся в судебно-психиатрической практике с помощью комплекса патопсихологических методик, направленных на изучение различных сторон [познавательной деятельности](https://psyera.ru/4534/osnovy-poznavatelnyh-processov) и вместе с тем позволяющих получить ценные данные о личности испытуемых, автор выделил **следующие патопсихологические симптомокомплексы (синдромы):** шизофренический или диссоциативный, органический, олигофренический, психопатический и симптомокомплекс психогенной дезорганизации, характерный для реактивных психозов.

Каждый из этих синдромов включает ряд **симптомов**. Например, для шизофренического симптомокомплекса наиболее патогномоничными являются симптомы *распада* мыслительных процессов, *диссоциации* личностно-мотивационной и операционно-процессуальной сфер мышления, что проявляется в *нецеленаправленности* мыслительной деятельности, эмоционально-выхолощенном *резонерстве*, ригидном *схематизме*, символике, *искажении* процесса обобщения с *разноплановым* подходом к выделению ведущих признаков, в актуализации *латентных* признаков предметов и явлений, в феномене патологического *полисемантизма* и т. д. Однако, как указывает И. А. Кудрявцев, не все эти компоненты, симптомы определяются в том или ином симптомо-комплексе в обязательном порядке и с обязательной степенью выраженности, важно найти «ядро» патопсихологического синдрома. Для [шизофренического синдрома](https://psyera.ru/4355/sindromy-shizofrenii) — это нарушения *селективности* информации, для органического — снижение *интеллектуальных* процессов и умственной работоспособности, для психопатического — *аффективная* обусловленность поведения с парциальной *некритичностью* и *завышенным* уровнем притязаний, при психогенном — реактивная *дезорганизация* умственной деятельности.

Выделенные И. А. Кудрявцевым патопсихологические синдромы различаются в диагностическом и прогностическом отношениях. Так, наиболее диагностически и нозологически информативными оказываются шизофренический и органический симптомокомплексы, наименее — [психопатический](https://psyera.ru/psihopatii-klassifikaciya-klinicheskih-form-1125.htm). И, наоборот, наиболее выраженная *тенденция к транзиторности и обратимости* присуща симптомокомплексу психогенной дезорганизации умственной деятельности, наименьшая — шизофреническому. Это наблюдение автора становится понятным при соотнесении выделенных им патопсихологических симптомокомплексов с кругами психических заболеваний, схема которых была разработана А. В. Снежневским (1960) в рамках концепции о нозологической специфичности психопатологических расстройств.

Выделенные И. А. Кудрявцевым патопсихологические симптомокомплексы в известной мере обнаруживают сходство с таким используемым в клинической практике понятием, как органический психосиндром. Это как бы синдромы обобщающего значения, характеристика которых более близка к нозологической, их выделение знаменует стадию предварительной диагностики заболевания. Это обстоятельство, а также связь такого рода синдромов с определенными кругами психических заболеваний дают основания обозначить их как регистр-синдромы. Кроме того, И. А. Кудрявцев оперирует в своих исследованиях данными, полученными в судебно-психиатрической практике. Наш опыт [**Блейхер В.М., Крук И.В., Боков С.Н.**] позволяет нам *дополнить* перечень регистр-синдромов, выделив **в рамках органического** экзогенно-органический и эндогенно-органический регистр-синдромы, а **в рамках психогенного** — психотический и невротический. В круге эндогенных психозов можно говорить по крайней мере о двух регистр-синдромах — шизофреническом и аффективно-эндогенном.

Таким образом, патопсихолог может оперировать в своих диагностических заключениях следующим набором регистр-синдромов:
**I** — шизофренический;
**II** — аффективно-эндогенный (в клинике ему соответствуют [маниакально-депрессивный психоз](https://psyera.ru/2975/maniakalno-depressivnyy-psihoz) и функциональные аффективные психозы позднего возраста).
**III** — олигофренический;
**IV** — экзогенно-органический (в клинике ему соответствуют экзогенно-органические поражения головного мозга — церебральный атеросклероз, [последствия черепно-мозговой травмы](https://psyera.ru/4238/posledstviya-zakrytoy-cherepno-mozgovoy-travmy), последствия токсикомании и т. д.);
**V** — эндогенно-органический (в клинике — истинная [эпилепсия](https://psyera.ru/2676/epilepsiya), первичные атрофические процессы в головном мозге);
**VI** — личностно-аномальный (в клинике — акцентуированные и психопатические личности и обусловленные в значительной мере аномальной почвой [психогенные реакции](https://psyera.ru/psihogennye-rasstroystva_8833.htm));
**VII** — психогенно-психотический (в клинике — [реактивные психозы](https://psyera.ru/6019/reaktivnye-psihozy));
**VIII** — психогенно-невротический (в клинике — неврозы и невротические реакции).

Нозологическая специфичность патопсихологических регистр-синдромов существенно возрастает в связи с конкретной задачей, поставленной перед патопсихологом. Так, разграничение *экзогенно-* и *эндогенно-*органических регистр-синдромов очень важно в дифференциальной диагностике *истинной* и *травматической* эпилепсии. Разграничение *органического* и *олигофренического* регистр-синдромов помогает уточнить природу и диагностику состояний, протекающих с интеллектуально-мнестической недостаточностью.

Введение патопсихологических регистр-синдромов в практику патопсихологических исследований в сущности обозначает рубеж диагностически-информативных рекомендаций, заключающихся в данных проведенного патопсихологом исследования. В таком аспекте понятие патопсихологического регистр-синдрома значительно глубже, чем сформулированное В. В. Николаевой, Е. Т. Соколовой и А. С. Спиваковской (1979), понимающими под **патопсихологическим синдромом** *совокупность поведенческих, мотивационных и познавательных особенностей психической деятельности больных,* выраженных в психологических понятиях. [Патопсихологические регистр-синдромы](https://psyera.ru/patopsihologicheskie-registr-sindromy-297.htm) опосредованы клинически, и их использование для интерпретации результатов будет способствовать сближению позиций патопсихолога и психиатра.

**Источник:**

Блейхер В.М., Крук И.В., Боков С.Н. - Клиническая патопсихология

**Методики оценки психических функций:**

***Внимание***- таблицы Шульте, корректурная проба, счет по Крепелину, методика Мюнсберга, пробы на переключение, отсчитывание.

***Память****-*тест десяти слов, метод пиктограмм, тест "оперативная память".

***Восприятие****-*сенсорная возбудимость, пробы Ашафенбурга, Рейхарда, Литмана.

***Мышление****-*тесты на классификацию, исключения, силлогизмы, аналогии, обобщение, выделение существенных признаков; ассоциативный эксперимент; проблема Эверье; пиктограмма; тест дискриминации свойств понятий.

***Эмоции****-*тест Спилберга, шкалы тревоги Тейлора, Норакидзе, опросник САН, метод цветовых выборов Люшера.

***Интеллект***- тест Равена, тест Векслера, вербальный тест Айзенка.

*Источник: https://bookap.info/genpsy/samohvalov/gl9.shtm*