

**ЗМІСТ**

**РОЗДІЛ І. ВСТУП ДО ПАТОПСИХОЛОГІЇ**

**Тема 1. Патопсихологія: предмет і завдання**

1. Загальне поняття про патопсихологію, її завдання та значення
2. Поняття про психічну патологію
3. Зв'язок патопсихології з іншими галузями наукового знання та практики
4. Принципи патопсихологічних досліджень
5. Кому потрібні знання патопсихології?

**Тема 2. Історія розвитку поглядів на психічну патологію та її лікування. Історія розвитку патопсихології**

**1. Світова історія розвитку поглядів на патологію та її лікування**

Погляд первісних людей на патологію та її лікування

Погляди на патологію та її лікування в античні часи

Європа в середні віки: демонологія повертається

Ренесанс і створення притулків

XVIII-XIX ст.: моральне лікування

**2. Історія розвитку поглядів на патологію та її лікування в Україні та Росії.**

Становлення вітчизняної патопсихології

**3. Важкі психічні порушення та їх лікування**

**4. Загальне уявлення про найбільш поширені психічні захворювання**

**РОЗДІЛ ІІ. ВИДИ РОЗЛАДІВ ПСИХІКИ**

**Тема 3. Патопсихологічна характеристика психічних процесів**

1. Розлади відчуття
  2. Розлади сприймання
  3. Розлади уваги
  4. Порушення пам'яті
  5. Розлади мислення
  6. Розлади інтелекту
- Порушення інтелекту
7. Порушення мовлення
  8. Порушення емоційної сфери
  9. Порушення волі

**Тема 4. Розлади свідомості**

1. Загальна характеристика свідомості, ознаки розладів свідомості та самосвідомості
2. Характеристика основних станів порушеної свідомості

**Тема 5. Розлади особистості**

1. Порушення опосередкованості та ієрархії мотивів
2. Порушення смислоутворення
3. Порушення підконтрольності поведінки

**Тема 6. Патопсихологічний розвиток як фактор девіантної поведінки**

1. Поняття про девіантну поведінку
- Способи взаємодії індивіда з реальністю
2. Типи девіантної поведінки
  3. Причини формування девіантної поведінки
  4. Форми вияву девіантної поведінки

**РОЗДІЛ ІІІ. ВІКОВА ПАТОПСИХОЛОГІЯ**

**Тема 7. Порушення психічного розвитку немовлят, дітей раннього, дошкільного та молодшого шкільного віку**

**1. Психічні особливості та порушення у період новонародженості, немовляти і раннього дитинства**

**Психічні особливості (в нормі) дітей цього віку.**

**2. Психічні особливості та психічні порушення у дітей дошкільного і молодшого шкільного віку**

**Типові психологічні порушення дітей дошкільного та молодшого шкільного віку**

**Тема 8. Порушення психічного розвитку в підлітковому віці, ранній юності. Психічні розлади в осіб зрілого та похилого віку**

**1. Психічні розлади у підлітків**

**2. Психологія ранньої юності**

**3. Психологічні особливості і психічні розлади осіб зрілого, похилого та старечого віку**

## **РОЗДІЛ IV. ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ПРИ РОЗЛАДАХ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ<sup>1</sup>**

**Тема 9. Принципи побудови патопсихологічного обстеження дітей та роль даних про порушення в розвитку дитини**

**1. Принципи побудови патопсихологічного обстеження дітей**

**2. Роль даних про порушення розвитку дитини в оптимізації навчально-виховного процесу**

**Тема 10. Методи дослідження порушень психічних процесів, станів та особистісного розвитку дітей**

**1. Особливості дослідження психічних процесів і станів у дітей**

**2. Патопсихологічне обстеження дітей дошкільного віку**

**3. Дослідження психічних процесів дітей шкільного віку**

**4. Загальна характеристика методів дослідження відхилень в особистісному розвитку дітей**

**Тема 11. Сучасні методи психологічної корекції та консультування**

**1. Мета та принципи консультативно-коригуючої роботи**

**2. Індивідуальна та групова психологічна корекція**

**3. Види психокоригувальної допомоги при порушеннях розвитку**

**4. Психотренінг**

**Тема 12. Зміна соціальної ситуації розвитку дитини як один із методів психологічної корекції**

**1. Поняття та значення зміни соціальної ситуації розвитку дитини**

**2. Система різнобічного оцінювання як засіб психолого-педагогічної корекції особистісного розвитку підлітка**

**3. Оптимізація соціальної ситуації розвитку дитини шляхом диференціювання навчання**

**4. Рання професійна орієнтація як пошук сфери самоствердження підлітка**

**Тема 13. Спеціальні школи для дітей з відхиленнями у психофізичному розвитку та поведінці**

**1. Мета і завдання спеціальних навчальних закладів для дітей із відхиленнями у психофізичному розвитку та поведінці**

**2. Відкриті спеціальні навчальні заклади для дітей із відхиленнями в розвитку**

**3. Закриті спеціальні навчальні заклади для неповнолітніх із відхиленнями у поведінці**

**4. Проблеми та перспективи організації спеціальних форм навчання й виховання дітей із відхиленнями у розвитку та поведінці**

**Список використаної та рекомендованої літератури**

## РОЗДІЛ I. ВСТУП ДО ПАТОПСИХОЛОГІЇ

Тема 1. Патопсихологія: предмет і завдання

1. Загальне поняття про патопсихологію, її завдання та значення

Психічні аномалії можуть вплинути на життя як відомої людини, так і звичайної, як багатой, так і бідної. Психологічні проблеми приносять тяжкі страждання і, навпаки, можуть бути джерелом натхнення та енергії. Сферу науки, яка вивчає психологічні проблеми, називають патологічною психологією. Дослідники патопсихології збирають інформацію, щоб мати можливість описати, передбачити і пояснити досліджувані явища. Ці знання використовуються для виявлення і лікування патологічної поведінки.

Патопсихологія (грец. pathos - страждання, psyche - душа, logos - вчення) - це розділ медичної психології, який вивчає закономірності розладу психічної діяльності і властивостей особистості у випадку психічних чи соматичних захворювань.

За Б. В. Зейгарник, патопсихологія вивчає структуру порушень психічної діяльності, закономірності розладу психіки у їх зіставленні з нормою.

Завдання патопсихології:

- аналіз закономірностей розладу психіки, зокрема змін особистості психічно хворих;
- психологічна діагностика порушень психіки хворого для уточнення діагнозу, проведення трудової, судової, військової експертизи.

Аналіз патологічних змін здійснюється на базі зіставлення з характером формування і протікання психічних процесів, станів і властивостей особистості в нормі.

Патопсихологія - галузь психологічної науки, дані якої мають теоретичне й практичне значення для психології та психіатрії. Вона виходить із закономірностей розвитку і структури психіки в нормі. Вивчає закономірності розладу психічної діяльності і властивостей особистості порівняно із закономірностями формування і протікання психічних процесів у нормі, вивчає закономірності аномальної відображувальної діяльності мозку.

Дослідження у сфері патопсихології мають теоретичне й прикладне значення для психології та медичної практики.

Теоретичне:

- патопсихологічний матеріал дає можливість прослідкувати будову різних форм психічної діяльності (за словами І. П. Павлова, патологічне дуже часто спрощує те, що закрите від нас у нормі);
- використання патологічного матеріалу може виявитися корисним у вирішенні питання про співвідношення біологічного і соціального у розвитку психіки.

Прикладне:

- у психологічних лабораторіях накопичені експериментальні дані, які характеризують порушення психічних процесів за різних форм захворювань, що можуть бути додатковим матеріалом у встановленні діагнозу;

- у психологічному експерименті може бути поставлене завдання аналізу структури, встановлення міри психічних порушень хворого, його інтелектуального зниження;

- застосування адекватних психологічних досліджень допомагає визначити характер дії нових лікувальних засобів, які впроваджуються у терапевтичну практику;

- отримані в ході патопсихологічного дослідження дані можуть використовуватись для аналізу можливостей особистості хворого з точки зору її збережених сторін і перспектив компенсації втрачених властивостей - з метою вибору психотерапевтичних заходів і проведення психічної реабілітації.

## 2. Поняття про психічну патологію

Що таке психічна патологія визначити дуже нелегко. Більшість відомих визначень сходяться на тому, що це відхилення від загальноприйнятих норм, які супроводжуються постійними душевними стражданнями, психічною дисфункцією і небезпекою, яку людина несе сама собі та оточуючим.

Ознаки психічної патології:

- відхилення від норми (тобто, людина сильно відрізняється від інших людей, схильна до крайнощів, незвичайна, навіть дивна; судження про те, що слід називати патологією, залежать від різних обставин, а також від того, що вважається нормою, - писані і неписані правила поведінки, прийняті в суспільстві);

- постійні душевні страждання (тобто неприємні переживання; буває, що люди, чию поведінку можна вважати патологічною, продовжують зберігати позитивний настрій);

- психічна дисфункція, що заважає людині належним чином виконувати свої повсякденні обов'язки (патологічна поведінка може призвести до психічної дисфункції, тобто до нервового розладу, що заважає людині в її повсякденному житті: щось так збиває її з толку, так хвилює, що вона не може достатньою мірою піклуватися про себе, підтримувати нормальні соціальні зв'язки чи ефективно працювати);

- небезпека, яку несе в собі людина (крайнім випадком психічної дисфункції є поведінка, яка стає небезпечною для самої людини і для інших; однак багато людей, які страждають від постійної тривоги, депресії і навіть дивно себе поведуть, не несуть безпосередньої небезпеки ні для себе, ні для інших).

Суспільству важко відрізнити патологію, що потребує лікування, від незвичайних особливостей індивідуальної поведінки - у цьому випадку ніхто не має права втручатись у життя людини.

Час від часу ми бачимо людей чи чуємо про людей, які, за звичайною точкою зору, поведуть себе дуже дивно, наприклад, дізнаємось про те, що дехто живе сам з дюжиною котів і практично ні з ким не розмовляє. Поведінка таких людей відхиляється від норми, вона може приносити людині неприємності, може сприяти психічній дисфункції, але багато спеціалістів вважають її швидше ексцентричною, ніж патологічною.

Дії, спрямовані на те, щоб змінити патологічну поведінку на більш нормальну, - терапія. Це спеціальний, систематичний процес.

### 3. Зв'язок патопсихології з іншими галузями наукового знання та практики

Патопсихологія тісно пов'язана з такими галузями наукового знання та практики:

- медична психологія (патопсихологія є однією із складових медичної психології, що інтенсивно і плідно розвивається);
- психологія (аналіз патологічних змін здійснюється на підставі зіставлення з характером формування і протікання психічних процесів, властивостей і станів у нормі; патопсихологічні дослідження дають можливість глибше пізнати закономірності функціонування і розвитку нормальної психіки, вивчити психічну норму, психічне здоров'я, фактори, які активізують чи гальмують розвиток особистості в ході її онтогенезу та соціогенезу);
- судова, трудова, військова експертиза (дані патопсихологічних обстежень використовуються для встановлення міри вираження психічного дефекту);
- психопатологія (психопатологічні дослідження виявляють, описують і систематизують прояви порушених психічних процесів, а патопсихологія розкриває характер протікання та особливості структури психічних процесів, що призводять до спостережуваних симптомів);
- вікова психологія (у певні періоди життя, особливо в час вікових криз, можливе виникнення, посилення чи загострення психопатологічних проявів; так, існують психічні захворювання, характерні для підліткового і юнацького віку, захворювання старечого віку та ін.);
- дитяча психологія (дитячої патопсихології спеціалізується на вивченні порушень психічного розвитку в дитячому віці);
- судова психологія (серед правопорушників наявний певний відсоток людей, які страждають на ті чи інші психічні захворювання чи відхилення);
- педагогіка, зокрема методика навчання (до сфери інтересів патопсихології входить також і психологічна корекція відхилень та аномалій психічного розвитку).

### 4. Принципи патопсихологічних досліджень

На підставі праць Б. В. Зейгарник, можна виділити такі принципи вітчизняних патопсихологічних досліджень.

- Психологічний експеримент повинен давати можливість досліджувати психічні порушення як порушення діяльності (оскільки психічні процеси розглядаються в психології не як природжені здібності, а як такі, що формуються за життя). Він повинен бути спрямований на якісний аналіз різних форм розладу психіки, на розкриття механізмів порушеної діяльності і на можливості її відновлення. Якщо йдеться про порушення пізнавальних процесів, то експериментальні прийоми повинні показати, як розпадаються ті чи інші мислительні операції хворого, які сформувались у процесі його життєдіяльності,

як видозмінюється процес набуття нових зв'язків, у якій формі викривляється можливість користування системою старих зв'язків, що сформувались у попередньому досвіді.

- Принцип якісного аналізу особливостей протікання психічних процесів хворого - важливо не тільки те, якої складності чи якого обсягу завдання хворий осмислив і виконав, а й те, як він осмислював, чим були зумовлені його помилки і труднощі. Саме аналіз помилок, що виникають у хворих у процесі виконання експериментальних завдань, є важливим матеріалом для оцінювання того чи іншого порушення психічної діяльності хворих.

- Один і той самий патопсихологічний симптом може зумовлюватися різними механізмами та бути індикатором різних станів. Так, порушення опосередкованої пам'яті чи нестійкість суджень можуть виникнути внаслідок порушень розумової працездатності хворого, порушень цілеспрямованості мотивів, або бути проявом дезадаптації дій. Характер порушень не є специфічним для того чи іншого захворювання. Він є лише типовим для них і може бути оцінений у комплексі з даними цілісного патопсихологічного дослідження.

- Патопсихологічне дослідження здійснюється за допомогою таких експериментальних завдань, які можуть актуалізувати розумові операції, якими користується людина у своїй життєдіяльності, мотиви, які спонукають цю діяльність. При цьому патопсихологічний експеримент повинен актуалізувати не лише розумові операції хворого, а й його особисте ставлення до роботи, самого себе, до результату роботи та ін.

- Будова патопсихологічного експерименту повинна надавати можливість виявляти не лише структуру змінених, а й збережених форм психічної діяльності хворого. Це важливо для вирішення питання відновлення порушених функцій. Питання про збережені можливості постає особливо гостро для з'ясування, наприклад, працездатності хворого, можливості продовжувати навчання і т.д.

- У патопсихологічному дослідженні слід враховувати ставлення хворого до досліду, яке залежить від його хворобливого стану. Так, здорові досліджувані намагаються виконати інструкцію, "приймають" завдання, а психічно хворі іноді не лише не намагаються виконати завдання, а неправильно тлумачать дослід чи чинять активний опір інструкції. Наприклад, якщо під час проведення асоціативного експерименту із здоровою людиною експериментатор попереджує, що будуть сказані слова, в які вона повинна вслухатись, то здоровий досліджуваний активно спрямовує свою увагу на сказані експериментатором слова. При проведенні цього самого експерименту з негативістським хворим часто виникає протилежний ефект: хворий активно не хоче слухати. За таких умов експериментатор вимушений проводити експеримент ніби "обхідним шляхом": вимовляє слова ніби ненавмисне і реєструє реакції хворого. Нерідко доводиться експериментувати з хворим, який інтерпретує ситуацію дослідження ідеями маячення, наприклад, вважає, що експериментатор діє на нього "гіпнозом", "променями". Зрозуміло, що таке ставлення хворого до експерименту позначається на способах виконання завдання, він часто виконує прохання експериментатора навмисне неправильно, відтягує відповіді і т.д. У таких випадках будова експерименту повинна бути змінена.

- У патопсихологічному дослідженні використовується велика кількість методик. Це пояснюється тим, що процес розладу психіки не відбувається однорівнево. Практично не буває так, щоб в одного хворого порушувались лише процеси синтезу і аналізу, а в іншого страждала б виключно цілеспрямованість особистості. При виконанні будь-якого

експериментального завдання можна робити висновок про різні форми психічних порушень. Однак, не дивлячись на це, не кожен методичний прийом дозволяє з однаковою очевидністю, чіткістю та достовірністю говорити про ту чи іншу форму чи міру порушення. Крім того, порушення психічної діяльності хворого буває часто нестійким. За поліпшення стану хворого деякі особливості його мислительної діяльності щезають, інші залишаються. При цьому характер ви-явлюваних порушень може змінюватися залежно від особливостей самого експериментального прийому; тому зіставлення результатів різних варіантів якого-небудь методу, багаторазово повторюваного, дає право робити висновок про характер, якість, динаміку порушень психіки хворого.

- Патопсихологічне обстеження дітей не повинно обмежуватися встановленням якісної характеристики психічних порушень, а має виявляти потенційні можливості дитини.

5. Кому потрібні знання патопсихології?

До 1950-х років психотерапією займалися лише психіатри, лікарі стажувались 3-4 роки. у лікуванні хворих з психічною патологією. Після Другої світової війни потреба в лікуванні психічних захворювань набагато зросла, і в її задоволенні почали брати участь інші професійні групи:

- клінічні психологи; психологи-консультанти;

- медсестри (які працюють з психічно хворими);

- сімейні терапевти;

- і найбільша група - соціальні педагоги, соціальні робітники, які мають справу з психічно хворими.

Запитання для самоперевірки

1. Дайте визначення патопсихології.

2. Що вивчає патопсихологія?

3. У чому полягає завдання патопсихології?

4. У чому полягає значення патопсихології для психології?

5. У чому полягає значення патопсихології для медичної практики?

6. Назвіть ознаки психічної патології.

7. З якими науками пов'язана патопсихологія?

8. Поясніть зв'язок патопсихології з педагогікою.

9. Назвіть основні принципи патопсихологічних досліджень.

10. Поясніть, чому патопсихологічне дослідження повинно давати можливість виявляти не лише структуру змінених, а й збережених форм психічної діяльності хворого?

11. Чому в патопсихологічному дослідженні використовують багато методик?

12. Для фахівців якого профілю важливі знання патопсихології?

Тема 2. Історія розвитку поглядів на психічну патологію та її лікування. Історія розвитку патопсихології

1. Світова історія розвитку поглядів на патологію та її лікування

Кожного року 30 % дорослого населення і 20 % дітей та підлітків США (за даними Р. Комера) страждають на серйозні психічні порушення і потребують лікування. Більшість людей мають труднощі в різних аспектах життя і час від часу відчувають сильний стрес, напруження, депресію та інші форми психологічного дискомфорту. У кожному суспільстві як у минулому, так і зараз були і мають місце прояви психічної патології. За Р. Коммером, погляди на її причини та методи лікування були неоднаковими. Погляд північних людей на патологію та її лікування

Археологи, вивчаючи залишки древніх людей, їх культуру, зробили висновок, що, можливо, в цих суспільствах патологічна поведінка розглядалась як результат впливу злих духів. Щобвилікувати людину, треба змусити злих духів залишити тіло.

Можливо, що цей погляд існував ще в кам'яному віці, пів-мільйону років тому. На деяких черепках, знайдених у Європі та Південній Африці, можна побачити сліди операції, що називається трепанацією - у черепі хворого кам'яним інструментом (трепаном) вирізався круглий отвір.

У більш пізніх суспільствах патологічна поведінка теж пояснювалась одержимістю демонами (єгипетські, китайські, єврейські джерела). Патологію лікували вигнанням "бісів" (екзорцизм). Шамаан чи жрець читали молитви, вмовляли духів зла, сварили їх, проводили магичні дії, давали людині, одержимій злими духами, пити гіркі рідини. Якщо це не допомагало - людину бичували чи не давали їй їсти.

Погляди на патологію та її лікування в античні часи

Найдавнішими джерелами медичних знань, що дійшли до нас (1700 років до н.е.), вважають єгипетські папіруси. Німецький вчений Д. Габерс серед папірусів знайшов декілька рецептів для лікування нервових порушень.

У час процвітання грецької і римської цивілізацій, приблизно з 500 р. до н.е., філософи і лікарі почали пропонувати різні пояснення патологічної поведінки.

Грецький лікар Алкмеон Кротонський (500 р. до н.е.) першим зрозумів, що мозок є органом психічної діяльності. Він відкрив зорові нерви і висловив припущення, що й інші відчуття відіграють важливу роль у психічній діяльності.

Знаменитий старогрецький лікар Гіппократ (460-377 рр. до н.е.) висловив припущення, що причиною психічних розладів є захворювання мозку, а це зумовлене дисгармонією чотирьох рідин: надлишок жовтої жовчі викликає безумну радість, надлишок чорної жовчі - джерело постійної печалі. Він залишив приблизні описи меланхолійних і маніакальних станів, недоумкуватості, імбецильності. На душевнохворих Гіппократ поширював усі відомі на той час принципи лікування.

У Стародавньому Римі також існував науковий підхід до лікування психічно хворих. У працях римських лікарів знаходимо навіть класифікації психічних хвороб. Цельс (I-II ст. н.е.) ділив усі психічні захворювання на три групи: гострі гарячкові, хронічні



безгарячкові, галюцинаторно-маячні. Він пропонував методи лікування, в тому числі й психотерапію.

У цей самий час римський лікар Аретей Каппадокійський описав маніакальну та депресивну фазу психозу. Римський лікар Клавдій Гален дав анатомічний опис центральної нервової системи. Римський лікар Целій Авреліан (V ст. н.е.) був першим, хто вважав, що причиною психічних хвороб можуть бути соматичні захворювання.

Античні лікарі лікували психічні відхилення, поєднуючи медичні і психологічні засоби. Перш ніж пустити хворому кров чи обмежити свободу його пересування, багато грецьких лікарів спочатку виписували хворому тепло і дружню підтримку, музику, масаж, фізичні вправи і ванни.

Європа в середні віки: демонологія повертається

У Європі часів 500-1350 рр. н.е. зросла влада духовенства. Церква заявила про незалежність душі від тілесної оболонки і знищувала усі наукові обґрунтування сутності психічних явищ. Поведінка, що відхилялась від загальноприйнятих норм, розглядалась як свідчення впливу сатани. В усіх країнах Європи почало панувати уявлення про психічно хворих як про одержимих злим духом, дияволом, біснуватих. Якщо в період раннього середньовіччя психічно хворих направляли в монастирі і монахи лікували їх заклинаннями, то вже у XV-XVI ст. суди святої інквізиції визнавали їх одержимими дияволом, і хворих спалювали на вогнищах. Такі вогнища палали в Європі понад 200 років.

У цей період траплялися спалахи масового безумства, коли в багатьох людей були однакові видіння і галюцинації. При одному такому психічному порушенні, тарантізмі, групи людей раптово починали стрибати, роблячи круги, танцювати і битись у конвульсіях. Усі були впевнені, що цих людей вкусив "вовчий павук" - тарантул. За іншої форми масового безумства, лікантропії, люди вважали, що їх душами оволоділи вовки чи інші звірі. Так звані перевертні поводити себе так, як звірі, і уявляли, що їх тіло покрилося шерстю. За В. М. Кузнецовим та В. М. Чернявським, Середньовіччя залишило немало цікавих свідчень щодо психічних недуг у самих служителів святої церкви, яких згодом зарахували до лику святих. Так, у своїх видіннях святий Антоній бачив тигрів, вовків, змії, биків, що кидались на нього, кусали його, били рогами. Видіння, схожі на галюцинації при білій гарячці, бачив святий Мартин: перед ним поставав сам Сатана в розкішному одязі, у короні з рогів. Звичайно, ці психічні розлади у відомих діячів церкви не розцінювались як хвороби.

Відродився екзорцизм, священники звертались до Бога з молитвами, давали хворим пити свячену воду, гіркі рідини. Якщо це не допомагало - принижували злих духів або ж не давали хворому їсти, сікли його, ошпарювали окропом чи розтягували.

У кінці середньовіччя світська влада почала будувати лікарні, взяла на себе турботу про хворих, у тому числі і з психічними порушеннями. Багато психічно хворих почали лікуватись у лікарнях, таких як лікарня Трініті в Англії.

Ренесанс і створення притулків

Урбанізація, розвиток промисловості поставили перед суспільством проблему ізоляції значної кількості психічнохворих. У великих містах для них почали створювати притулки.

Хворих перестали страчувати, однак ставлення до них залишилося жорстоким. Притулки мали жалюгідний вигляд, нагляд за хворими здійснювали люди, які були далекими від медицини. Збуджених, неспокійних хворих приковували ланцюгами.

Перший медик, який спеціалізувався на душевних захворюваннях, - німецький лікар Йоган Вейер (1515-1588). Він вважав, що розум теж піддається захворюванням, як і тіло.

В Англії психічно хворих доглядали вдома, а сім'ї отримували гроші від місцевого церковного приходу на їх утримання. У різних містах Європи були організовані церквою богодільні для лікування людей з психічними розладами. Найбільш відомі - у м. Гилі в Бельгії. З XV ст. сюди з усіх куточків Європи їхали люди із психічним порушеннями. Місцеві жителі дружелюбно приймали їх.

Однак до середини XV ст. в мірі того, як притулки переповнювались, вони перетворювалися на своєрідні в'язниці, де пацієнтів утримували у брудних приміщеннях і поводитися з ними жорстоко.

Наприклад, у 1547 р. лондонська Віфлеємська лікарня була віддана місту королем Генріхом VIII для утримання душевнохворих. У цьому притулку пацієнтів тримали в ланцюгах, і вони так кричали, що їх крики було чути в усіх околицях (згодом ця лікарня перетворилась на туристський атракціон).  
XVIII-XIX ст.: моральне лікування

До 1800 р. у лікуванні душевнохворих з'являється поліпшення. Велика Французька революція створила сприятливі умови для розвитку науки взагалі і психіатрії зокрема. Уряд прийняв низку декретів про поліпшення утримання хворих, створення спеціальної комісії і з реорганізації психіатричної допомоги.

У 1792 р. професор медичної школи Філіп Пінель з дозволу Конвенту зняв ланцюги з хворих психіатричної лікарні у Сальпетрієрі. У 1793 р. він став головним лікарем паризького притулку для душевнохворих чоловіків. Філіп Пінель доводив, що хворих слід лікувати з допомогою моральної підтримки, він надавав їм свободу пересування територією лікарні, замінив їх темниці сонячними кімнатами з хорошою вентиляцією, запропонував моральну підтримку і добрі поради як необхідну частину лікування. У самопочутті багатьох людей, які просиділи десятиліття під замком, дуже швидко з'явилися помітні поліпшення, їх випустили на волю. Пізніше Пінель провів подібні реформи в паризькій лікарні для жінок з психічними порушеннями.

З того часу почали впроваджувати якісно нові принципи в організацію психіатричної допомоги. Люди з психічними розладами офіційно визнавалися хворими, притулки отримали назву психіатричних лікарень, з'явилися передумови для організації лікування, наукового узагальнення і систематизації спостережень. Ці гуманістичні ідеї почали поширюватись і в інших країнах.

Так, англієць Вільям Тюк провів схожі реформи на півночі Англії. У 1796 р. він заснував Йоркський притулок, де майже 30 пацієнтів з психічними порушеннями жили як гості в тихих сільських будиночках, їх лікували поєднанням відпочинку, молитви та ручної праці.

Методи Пінеля і Тюка поширились Європою та США. У США Бенджамін Раш вимагав, щоб з пацієнтами працювали розумні і чуйні співробітники, які читали б їм, розмовляли з ними і виводили на прогулянки.

Шкільна вчителька Дороті Дікс досягла того, що людяність у турботі про душевнохворих стала предметом уваги суспільства.

Завдяки діяльності (їздила штатами і розповідала про жахи, які бачила в лікарнях, закликала до реформ) уряд почав витрачати більше грошей на лікування хворих з психічними порушеннями. Кожен штат ніс відповідальність за розвиток національної системи лікарень для душевнохворих.

У 1837 р. шотландський лікар О. Коннолі запропонував повністю ліквідувати усі форми утиску хворих, приниження їх людської гідності. Проте вони ще довго зберігались у Німеччині та США. Цьому сприяли різні пануючі філософські погляди. Так, Е. Кант вважав, що психіатрія - це не медична наука, що психічно хворі належать до компетенції не лікарів, а філософів. Тому їхнім лікуванням займалися філософи. Вони ж і викладали психіатрію. На думку німецьких психіатрів-філософів, психоз треба розглядати як хворобу душі, що є наслідком злої волі або ж гріха. Філософи не визнавали ролі соматичних порушень у виникненні психічних розладів.

У німецькій психіатрії існувала школа соматиків. Її представники причиною душевних розладів вважали соматичні захворювання.

Наукові погляди в німецькій психіатрії розвивав В. Грізінгер (1876). Він вважав, що основою психічних порушень є патологічні процеси в мозку. Погляди німецьких психіатрів-соматиків сприяли зближенню психіатрії із загальною медициною і мали позитивний вплив на розвиток психіатрії як у Німеччині, так і за її межами.

Після реформи Ф. Пінеля склалися хороші умови для спостереження і наукового аналізу психічних порушень у хворих психіатричних лікарень. Завдяки цьому вже в 30-ті роки ХІХ ст. були отримані важливі наукові результати. У 1882 р. А. Бейль описав прогресивний параліч божевільних. У цей самий період И. Ескіроль виділив клінічні критерії ілюзій, а И. Фальре дав клінічні характеристики алкогольного психозу, циркулярного психозу, психічних порушень при епілепсії. Цими працями французьких психіатрів було покладено початок створення класифікації психозів.

До 1850-х років у багатьох лікарнях Європи і США немало пацієнтів вилікувалось і були виписані.

Однак до кінця ХІХ ст. ситуація змінилася на гірше:

- труднощі з персоналом;
- не всі пацієнти могли вилікуватися лише внаслідок гуманного ставлення до них;
- у міру того, як усе більше пацієнтів зезало в далеких від цивілізацій лікарнях, люди доходили думки, що всі психічно хворі - дивні і небезпечні; відповідно знизилась благодійність.

На початку ХХ ст. тривала госпіталізація знову стала звичним явищем.

Початок ХХ ст. Виділяється дві точки зору на причини виникнення психічних порушень:

- соматогенна: патології поведінки зумовлені фізичними причинами. У 1883 р. німець Еміль Крепелін довів, що такий фізичний фактор, як втома, може бути причиною психічної дисфункції. Було запропоновано багато способів лікування психічно-ворих, але нічого не працювало (видалення зубів, мигдалин, хірургічне розсікання деяких нервових волокон у головному мозку). У 1950-ті роки було відкрито деякі ефективні засоби;

- психогенна: причини психічної хвороби слід шукати в психології. Цей погляд виявився перспективним, коли з'явився гіпноз - процедура, що вводить людей у транс, тобто в такий психічний стан, коли вони особливо добре піддаються впливу. Ще в 1778 р. австрійський лікар Месмер лікував гіпнозом пацієнтів з істеричними розладами і тілесними хворобами: паралічі, у яких не було явних фізичних причин. Двоє французьких лікарів - Бернхайд і Лебо показали, що під впливом гіпнозу істеричні випадки можна викликати у здорових людей. Віденський лікар Бретер вивчав вплив гіпнозу на істерію (під гіпнозом пацієнт розповідав про події, які змусили його страждати, а прокидався без симптомів істерії). Фройд розробив теорію психоаналізу, за якою багато форм психічної патології мають психогенний характер.

Загалом початок ХХ ст. (завдяки успіхам психіатрії, досягнути внаслідок клінічного вивчення психічних розладів, та розвитку експериментальної психології) ознаменувався виникненням нової галузі психологічної науки, що отримала назву патологічна психологія. Однією з перших узагальнювальних праць із патопсихології була "Психопатологія у застосуванні до психології" швейцарського психіатра Г. Штеррінга.

2. Історія розвитку поглядів на патологію та її лікування в Україні та Росії. Становлення вітчизняної патопсихології

У феодальній Російській імперії теж панували релігійно-містичні погляди на психічні хвороби, але ставлення до хворих було м'яким. Їх вважали жертвами Божої кари або ж порчі. З ХІ ст. юродиві, блаженні проживали при монастирях.

У 1554 р. Іван Грозний видав указ, у якому вимагав від монастирів турбуватися про "малоумних", забезпечувати їм харчування і догляд. Така форма піклування про хворих існувала до ХVІІІ ст. А наприкінці царювання Петра І з'явився царський указ про заборону посилати психічно хворих у монастирі і про влаштування для них спеціальних будинків. Закон від 07.09.1775 р. так регламентує діяльність таких будинків: "...чтобы дом был избран довольно просторный и крепкий, чтобы утечки из него учинить невозможно было. Такой дом нужно снабдить пристойным, добросердечным, твердым и исправным надзирателем и нужным числом людей смотрения, услужения и прокормления сумасшедших, к чему нанимать можно или из отставных солдат добрых и исправных, или же иных людей за добровольную плату, кои бы обходились с сумасшедшими человеколюбиво, но притом имели за ними крепкое и неослабное во всякое время смотрение, чтоб сумасшедший сам себе и никому вреда не учинил".

У 1776 р. у Москві було відкрито Катерининську лікарню з відділенням для душевнохворих. У 1782 р. у Петербурзі було збудовано Обухівську лікарню з психіатричним відділенням, а в 1832 р. у Петербурзі закінчили будівництво психіатричної лікарні "Всех скорбящих" (згодом - лікарня ім. Фореля). В організації роботи цієї лікарні діяльну участь брав І. Ф. Рюль. Він створив статут лікарні, яким передбачалося ввічливе і м'яке звертання до хворих, заборонялось говорити хворому "ти".

Після 1864 р. на земські управи було покладено будівництво психіатричних лікарень (було збудовано Харківську, Одеську, Казанську, Новгородську, Тверську психіатричні лікарні, психіатричні відділення в Московському і Петербурзькому військових госпіталях).

Розуміння душевних розладів як хвороби визначало й характер будівництва лікарень - для лікування, а не для притулку. Очолили психіатричні лікарні лікарі, які мали підготовку з психіатрії. А це, у свою чергу, створювало умови для встановлення медичного режиму, догляду, методів лікування і аналізу спостережень.

Професор хірургії та психіатрії Харківського університету П. А. Бутківський у підручнику з психіатрії (1834 р., це був перший підручник з психіатрії російською мовою) закликав гуманно ставитись до хворих: ".ми повинні показувати усю ніжність і співчуття до тих, хто втратив розум, не заковуючи цих нещасних, як злочинців, у кайдани, темниці чи смердючі мокрі прірви смиренних будинків, куди співчутливий погляд людства ніколи не проникає і де ї'х... демонструють, ніби диких звірів тим, хто від ситості і дурної цікавості знаходять задоволення бачити сих нещасних страждальців".

Розвиток психіатрії завдячує діяльності В. Х. Кандинського (висунув вчення про псевдогалюцинації), В. П. Осипову, І. П. Павлову, П. Б. Ганнушкіну (вивчали психічні процеси, а також психози як діяльність всього мозку, усіх ланцюгів центральної нервової системи), П. К. Анохіна, Г. Н. Крижанівського. Патолофізіологічні напрями розробляв у своїх працях В. П. Протопопов, який створив на Україні своєрідну школу вчених-психіатрів. Серед них - И. А. Поліщук - його біохімічні дослідження доводять матеріалістичну природу психічних хвороб, дозволяють виділити досить специфічні біохімічні синдроми при психічних розладах. В Україні працювали і такі відомі вчені-клініцисти, як Т. І. Юдін, Є.А. Попов, К. І. Платонов, Я. П. Фрумкін, П. В. Бі-рюкович, І. Я. Завілянський та ін.

З розвитком експериментальної психології все більше зростав інтерес психіатрів, психоневрологів до психології, що надалі стало основою становлення патопсихології.

Розвиток вітчизняної патопсихології відзначався наявністю міцних природничо-наукових традицій, закладених працями І. М. Сеченова, О. О. Ухтомського, В. М. Бехтерева, І. П. Павлова та ін. Основоположником патопсихологічного напрямку в Росії є В. М. Бехтерев, організатор широких експериментально-психологічних досліджень порушень психічної діяльності. Свої патопсихологічні дослідження проводив у лабораторії і клініці душевних і нервових хвороб Військово-медичної академії у Петербурзі. Заснував Психоневрологічний інститут, організував власну психологічну школу. У працях В. М. Бехтерева та його учнів було отримано багатий конкретний матеріал про особливості асоціативної діяльності, мислення, мовлення, уваги, розумової працездатності в різних категорій хворих порівняно із здоровими відповідного віку, статі та освіти.

В. М. Бехтерев, С. Д. Владичко, В. Я. Анфімов та інші вчені було розробили багато методик експериментально-психологічного дослідження душевнохворих, деякі з яких (методика порівняння понять, визначення понять) увійшли до найбільш уживаних у радянській патопсихології.

Вагомими для сучасної патопсихології є сформульовані В. М. Бехтеревим та С. Д. Владичко вимоги до методик: простота (для вирішення експериментальних завдань досліджувани повинні володіти особливими знаннями, навичками), портативність

(можливість дослідження безпосередньо біля ліжка хворого, поза лабораторною обстановкою), попереднє випробування методики на великій кількості здорових людей відповідного віку, статі, освіти.

А. Ф. Лазурський (учень В. М. Бехтерева), завідувач психологічної лабораторії у заснованому В. М. Бехтеревим Психоневрологічному інституті, організатор власної психологічної школи, розробив природний експеримент для педагогічної практики, який був впроваджений і в клінічну практику. У клініці природний експеримент застосовувався в ході організації дозвілля хворих, їх занять і розваг - із спеціальною метою давались арифметичні задачі, ребуси, загадки, завдання відтворити пропущені літери та склади в тексті та ін.

Іншим центром, у якому розвивалася клінічна психологія, була психіатрична клініка С. С. Корсакова в Москві. (С. С. Корсаков багато зробив для організації психіатричної допомоги, реформування принципів догляду за психічно хворими; описав поліневритичний психоз, довівши, що психопатологія може бути зумовлена ураженням мозку і взагалі нервової тканини; на міжнародному з'їзді в 1897 р. цей поліневритичний психоз назвали хворобою Корсакова, що визнали психіатри всього світу.) У цій клініці в 1886 р. була організована друга в Росії психологічна лабораторія, якою завідував А. А. Токарський. С. С. Корсаков, як і всі представники прогресивних напрямів у психіатрії, дотримувався тієї думки, що знання основ психологічної науки дає можливість правильно розуміти розлад психічної діяльності психічно хворої людини. А. А. Токарський в одній із своїх статей доводив, що відхилення інтелектуальної діяльності хворих не зводяться до розладу окремих здібностей, а що йдеться про складні форми порушень усієї цілеспрямованої мислительної діяльності.

Усе більше зростав інтерес психіатрів, невропатологів до експериментальної психології. Це проявлялося зокрема і в тому, що низка засідань Московського товариства психіатрів була присвячена ознайомленню з методами психологічного дослідження.

Напередодні Великої Жовтневої соціалістичної революції у Росії почала формуватись експериментальна патопсихологія: у 1911 р. вийшла книга О. М. Бернштейна, присвячена опису методик експериментально-психологічного дослідження. У тому самому році Ф. Г. Рибаків видав свій "Атлас психологічного дослідження особистості".

Б. В. Зейгарник відзначає велику співдружність провідних психіатрів і невропатологів того часу з психологами. Багато з них, наприклад, С. С. Корсаков, В. М. Бехтерев, А. і. Сербський, Г. і. Россолімо, О. М. Бернштейн, В. А. Гіляровський були самі провідниками передових ідей психології свого часу і сприяли розвитку психології в науково-організаційному напрямі. Вони починали свої лекції з основ психологічної науки, були членами психологічних наукових товариств, редакторами психологічних журналів і т.д.

Велику роль у становленні патопсихології як певної галузі знань відіграли ідеї про предметну діяльність відомого радянського психолога Л. С. Виготського, які дали розвинути в загальній психології його учні й співробітники О. М. Леонт'єв, О. Р. Лурія, П. Я. Гальперін, Л. і. Божович, А. В. Запорожець та ін.

Л. С. Виготський висунув положення про те, що:

1) мозок людини має інші принципи організації функцій, ніж мозок тварини;

2) розвиток вищих психічних функцій не визначається лише однією морфологічною структурою мозку; психічні процеси не виникають в результаті одного лише дозрівання мозкових структур, вони формуються в процесі життя в результаті навчання, виховання, спілкування і засвоєння досвіду людства;

3) ураження одних і тих самих ділянок кори має різне значення на різних етапах психічного розвитку.

Ці положення багато в чому визначили шлях патопсихологічних та нейропсихологічних досліджень.

Сам Л. С. Виготський своїми експериментальними дослідженнями поклав початок вивчення розпаду мислення. Для побудови своєї теорії про вищі психічні функції він використовував дані патопсихологічних досліджень.

інтенсивні експериментально-психологічні дослідження проводились у Ленінградському інституті мозку ім. В. М. Бехтерева протягом декількох десятиліть під керівництвом В. М. М'ясищева. Він прагнув поєднувати психіатрію та психологію та впроваджувати об'єктивні методи дослідження хворих у психіатричні клініки. Були розроблені методики об'єктивної реєстрації емоційних компонентів психічної діяльності людини (як об'єктивний показник використовували електрошкірна характеристика людини, що реєструвалася за допомогою гальванометра).

Низка праць, виконаних у відділі Ленінградського інституту мозку, були присвячені аналізу будови трудової діяльності хворих, вивченню впливу ставлення хворих до праці на їхню працездатність. На основі цих досліджень В. М. М'ясищев висунув положення про те, що порушення працездатності слід розглядати як основний прояв душевної хвороби людини і що показник працездатності є одним з критеріїв психічного стану хворого. Роботи ленінградської школи патопсихологів цього періоду не втратили до цих пір свого актуального значення як за змістом, так і за експериментальними методиками.

У ці самі роки було проведено низку досліджень у психологічній лабораторії Центрального науково-дослідного інституту експертизи працездатності, створеного вперше у світі в СРСР.

З цієї лабораторії вийшли праці, присвячені особливостям інтелектуальної діяльності хворих, які перенесли травми головного мозку, характеристиці психічної діяльності і працездатності хворих епілепсією та шизофренією.

У роки Великої Вітчизняної війни патопсихологи включились у відновлювальну роботу в нейрохірургічних госпіталях. Предметом патопсихологічних досліджень стають порушення психічної діяльності, спричинені травмами головного мозку, та їх відновлення.

Однією з провідних у галузі патопсихології є проблема розладу пізнавальної діяльності. Робота в цій галузі велась у різних напрямках: досліджувались зміни особистісного компоненту у структурі розладів пізнавальних процесів (лабораторія Московського інституту психіатрії і лабораторія патопсихології факультету психології МГУ), розроблялося питання про зв'язок порушень пізнавальних процесів з процесом актуалізації знань (лабораторія Інституту психіатрії Академії медичних наук). Інша лінія досліджень спрямована на психологічний аналіз спостережуваних у психіатричній клініці порушень особистості.

Проводились дослідження змін ієрархічної побудови мотивів, їх смислотвірної функції; досліджується внутрішня картина хвороби при різних психічних захворюваннях (лабораторія патопсихології факультету психології МГУ, патопсихологічна лабораторія Московського інституту психіатрії). Використовуючи теорію установки Д. М. Узнадзе, низка психологів і психіатрів Грузії вивчають порушення установок при різних формах психічних захворювань.

З розвитком патопсихології розширювались патопсихологічні дослідження в експертній практиці: судово-психіатричній та трудовій. Проблема трудової і соціальної реабілітації приваблювала увагу представників різних спеціальностей; розширювалась мережа лабораторій з відновлення як окремих порушених функцій, так і працездатності хворих людей.

Особливого розвитку набули патопсихологічні дослідження у дитячих психоневрологічних закладах. Розроблялись методики, що сприяли ранній діагностиці розумової відсталості; проводився аналіз складних картин слабоумства та недорозвитку в дитячому віці з метою пошуків додаткових диференціально-діагностичних ознак та симптомів; на основі положення Л. С. Виготського про зону найближчого розвитку розроблялась низка методик навчального експерименту, спрямованих на виявлення прогностично важливих ознак наочності дітей.

На всесоюзних з'їздах психологів (1959, 1963 і 1971 рр.) були широко представлені доповіді патопсихологів, які зосереджувались навколо наступних проблем: значення патопсихології для теорії загальної психології, проблема компенсації, проблема патології мислення та особистості.

Відомим представником вітчизняної патопсихології є психолог із світовим ім'ям - Блюма Вольфівна Зейгарник (1900-1988). Вона розробила теоретичні основи патопсихології, описала характер патологічного протікання окремих психічних процесів, сформулювала важливі принципи роботи патопсихолога.

Була ученицею Курта Левіна, їй належить відоме дослідження з проблеми запам'ятання завершених і незавершених дій, що отримали надалі назву "ефект, чи феномен Зейгарник". Його суть полягає в тому, що незавершені дії запам'ятовуються людиною набагато краще, ніж завершені.

Багато років Б. В. Зейгарник завідувала лабораторією експериментальної патопсихології у лікарні ім. П. Б. Ганнушкіна. Нею накопичений величезний експериментальний матеріал, який ліг в основу її книг з патопсихології. Блюма Вольфівна завжди поєднувала наукову та практичну роботу, розробляла проблеми патопсихології на основі ідей Л. С. Виготського і діяльнісного підходу у психології.

Блюма Вольфівна Зейгарник разом з Олександром Романовичем Лурія багато років очолювала кафедру нейро- і патопсихології Московського державного університету ім. М. В. Ломоносова. Серед її учнів такі відомі психологи, як Ю. Ф. Поляков, О. Т. Соколова, А. С. Співаковська, Б. С. Братусь, А. Д. Кошелева та ін.

### 3. Важкі психічні порушення та їх лікування

У 1950-ті роки дослідники відкрили деякі нові психотропні засоби - ліки, які в основному діють на головний мозок і зменшують багато симптомів психічної дисфункції:



- антипсихотичні ліки, що допомагають виправити затьмарення свідомості і викривлення мислення;
- антидепресанти, що піднімають настрій людей, які перебувають у депресії;
- заспокійливі засоби, що допомагають зняти напруженість і тривожність.

Після відкриття цих засобів хворих почали виписувати на амбулаторний режим (деінституціоналізований).

З 1950-х років в амбулаторному лікуванні почали розвиватися спеціальні програми, які фокусують увагу винятково на якомусь одному типі психологічних проблем.

У США, наприклад, є центри, які займаються роботою із запобігання самовбивств, профілактикою зловживань психоактивними речовинами, програми, пов'язані з порушенням харчування, лікування різних фобій, програми, що займаються проблемами сексуальної дисфункції.

У системі Міністерства охорони здоров'я України існують:

- психіатричні лікарні для гострих хворих з диференціацією відділів;
- психоневрологічні лікарні для людей з пограничними станами;
- психосоматичні відділення при соматичних лікарнях;
- психоневрологічний диспансер (амбулаторна допомога);
- психотерапевтичні кабінети та психотерапевтичні відділення;
- кризові центри та телефон довіри.

При психіатричних лікарнях, психоневрологічних лікарнях для людей з пограничними станами, психосоматичних відділеннях при соматичних лікарнях та психоневрологічних диспансерах існують дитячі відділи.

#### 4. Загальне уявлення про найбільш поширені психічні захворювання

1. Психози - це такий вид психічного розладу, за якого хворий не може правильно оцінювати себе, навколишню обстановку, ставлення інших людей до себе, вчинки його грубо неправильні.

Найчастіше психози проявляються так:

- Маячення - ідеї, судження, які не відповідають дійсності, помилково обґрунтовані. Вони повністю оволодівають свідомістю хворого, не піддаються корекції шляхом переконання і пояснення. Хворий оцінює свої дії як правильні, активно бореться з противниками своїх ідей. Зміст маячення може бути найрізноманітнішим, але частіше за все трапляється маячення переслідування (хворі впевнені, що за ними слідкують з космосу, приватні детективи, агенти КГБ чи ЦРУ, сусіди), маячення збитків (хворі впевнені, що крадуть їх

речі, хочуть вигнати їх з квартири), маячення впливів (зі сторони інопланетян, чарівників і т.д.). Трапляється маячення ревнощів, сутяжництва, винахідництва, реформаторства, іпохондричне маячення (хворий переконаний, що він страждає якоюсь страшною, невиліковною хворобою). Маячення завжди є ознакою психозу. При неврозах маячення не буває.

- Галюцинації - вперше описав Ж. Ескіроль. Він визначав галюціанта як людину, у якої існує переконання, що вона бачить, чує чи якимось інакше сприймає нібито існуючий предмет. Видіння можуть бути страшними чи приємними, голоси можуть доноситися ззовні чи звучати всередині голови. Голоси можуть віддавати накази, сварити хворого чи коментувати його дії і т.д. У момент напливу голосів хворі не можуть протистояти їх наказам і здійснюють найрізноманітніші, нерідко кримінальні вчинки. Ставлення хворого до голосів може бути критичним, але періодично критика втрачається, що свідчить про загострення хвороби. Про наявність галюцинацій можна дізнатись у хворого. Варто запам'ятовувати його розповідь, а краще - записувати. Це допоможе лікарю правильно поставити діагноз і призначити необхідне лікування. Про наявність галюцинацій можна судити і за поведінкою хворих, і за виразом їх обличчя. Часто, бесідуючи з голосами, вони жестикулюють. Якщо голоси доброзичливі, то на обличчі хворого можна помітити посмішку, якщо голоси страшні, - на його обличчі відобразиться страх.

- Рухові розлади - проявляються у вигляді ступора чи збудження. При кататонічному ступорі хворий стає загальмованим, дивиться в одну точку, перестає відповідати на запитання, відмовляється від їжі, надовго застигає в одній позі і впадає у стан нерухомості. Деколи спостерігається симптом "повітряної подушки" - голова хворого тривалий час залишається трохи піднятою над подушкою. Збудження проявляється дивною, недоречною поведінкою з гримасами, манірністю, несподіваними витівками (імпульсивність). Хворий може несподівано вдарити, плюнути, перекинути тарілку із супом на голову сусіду і т.д. Характерними є незрозумілі витівки, кривляння, передражнювання. Хворі можуть обмазуватись нечистотами, поїдати сміття, кал і т.д.

- Афективні порушення (тобто порушення настрою) проявляються у вигляді депресії чи маніакального стану.

Депресія - це такий стан, коли афект туги виступає на перший план. У хворих відзначається пригнічений настрій, інтелектуальна і рухова загальмованість. Вони відчувають пригнічуючу, безвихідну тугу, яка нерідко супроводжується важкими фізичними відчуттями (вігальна туга). Оточуюче сприймається у похмурому світлі. Теперішнє і майбутнє видається похмурим і безвихідним. Виникають ідеї самозвинувачення. Деколи туга буває до того нестерпною, що хворі здійснюють суїцид (самовбивство).

Маніакальні стани - свідчать про більш глибоке ураження психіки, проявляються безпричинно підвищеним настроєм, руховим збудженням. Настрій у хворих пречудовий, вони відчувають незвичайну бадьорість, прилив сил. Беруться за масу справ і не доводять жодну з них до кінця. Говорять без упину, співають, читають вірші. Хворі переоцінюють власну особистість, будують грандіозні плани на майбутнє.

При маяченні, галюцинаціях, рухових розладах і афективних порушеннях необхідне негайне втручання лікаря!

Маніакально-депресивний психоз - захворювання, основним проявом якого є чергування маніакальних і депресивних станів. Протікає у вигляді приступів з вираженими афективними розладами, по завершенні яких повністю відновлюється психічний стан хворого, властивий йому до приступу. Зміни особистості не відбувається.

2. Невроз - відноситься до пограничних станів у психіатрії. Це таке захворювання, яке виникає при життєвій ситуації, що різко змінилася, як тяжка реакція особистості на цю ситуацію. Причому критика хворого до свого стану не порушена. Невротичні розлади, як правило, співіснують з вегетативними порушеннями. Невроз проявляється астеничними, нав'язливими порушеннями.

Вперше поняття "невроз" ввів шотландський лікар У. Кулен. Він визначав його як "нервовий розлад, який не супроводжується лихоманкою, не пов'язаний із захворюванням якогось органу, а обумовлений загальним стражданням, від якого залежать рухи і думки".

Неврози зворотні: коли усувається психотравмуючий фактор, зникають і невротичні розлади.

Найбільш поширений істеричний невроз. Істеричне реагування виникає у відповідь на психотравму і проявляється по-різному: від рухового збудження до випадків зривань, вигинами дугою без втрати свідомості чи загальмованістю. Дуже важливо відрізнити істеричний випадок від епілептичного.

Ось як визначає випадок при істерії академік А. В. Сніжневський: раптовий напад, який характеризується різноманітними складними, виразними рухами: хворі стукають ногами, простягають руки вгору, рвуть на собі волосся, одяг, стискають зуби, тремтять, качаються по підлозі, вигинаються усім тілом, спираючись на потилицю і п'ятки ("істерична дуга"), плачуть, ридають, кричать, повторюють одну і ту саму фразу.

На відміну від епілептичного, при істеричному випадку хворий не падає, а повільно опускається на підлогу. Для істеричного випадку необхідно "багато місця" в буквальному значенні. Істеричний випадок супроводжується затьмаренням свідомості. Спогади про випадок і оточуючу обстановку в цей момент зазвичай уривчасті. Істеричний випадок, як правило, психогенно зумовлений, він може посилюватись і затягуватись за скупчення людей навколо хворого. Істеричний випадок може раптово припинитись під впливом сильного зовнішнього подразника (укол, бризки холодної води, різкий звук і т. д.), а епілептичний зупинити неможливо. Тривалість істеричного випадку - від декількох хвилин до декількох годин. На відміну від епілептичного, істеричний випадок не має клонічної і тонічної фаз, не супроводжується прикусуванням язика і мимовільним сечовиділенням. Реакція зіниць на світло і сухожилльні рефлексії зберігаються.

У хворих на епілепсію в картині випадків спостерігається (з усіма індивідуальними особливостями) стереотипна повторюваність (кліше), а істеричні випадки в одного й того самого хворого можуть протікати неоднаково.

Астенія - стан підвищеної втомлюваності, виснаженості, втрата здатності тривалий час займатися фізичною і розумовою працею. Астенічна симптоматика нерідко проявляється на початковому етапі психічних захворювань.

Більший прояв психічних розладів, що розвиваються, - нав'язливі стани, при яких почуття, думки, страхи, рухи виникають у хворого попри його волю. Хворий усвідомлює їхню

хворобливості, недоречності, але безсилий у боротьбі з ними. Якщо він і долає нав'язливості, то ціною страждань, що виснажують.

Характерними особливостями цих станів є їх упертість і невідступність, які заважають нормально жити і працювати, а часом перетворюють на муку і життя родичів. Якщо людина відчуває нав'язливий страх раптово померти, заразитись якоюсь хворобою чи невиліковно захворіти і т.д., то їй необхідна допомога психіатра. Як правило, ці люди самі хочуть позбутися своїх страхів, шукають допомоги і підтримки.

Стани нав'язливості можуть з'являтися і в здорових людей як реакція на якусь психотравму. Але коли труднощі долаються, після лікування і відпочинку у них усе проходить.

3. Епілепсія - хронічне психічне захворювання, яке часто протікає з ускладненням симптомів і розвитком грубих змін особистості. Основна характеристика хвороби - судомні або безсудомні напади, наявність пароксизмальних станів (судомних і безсудомних), визначені інтелектуально-мнестичні розлади та розлади особистості.

За даними ВОЗ, від 30 до 40 мільйонів людей у світі страждають тими чи іншими формами епілепсії. Однак актуальність проблеми визначається не тільки і не стільки поширеністю епілепсії, скільки тяжкістю захворювання і його наслідків.

Тому якщо в людини був судомний напад, її необхідно показати психоневрологу. Це не обов'язково виявиться епілепсією, але лікар сам має поставити діагноз і призначити відповідне лікування.

4. Шизофренія (від грец. schizo - розщеплюю і phren - думка) - психічне захворювання, основними проявами якого є: зміни особистості (зниження активності, аутизм і т. д.), різноманітні патологічні продуктивні симптоми (маячення, галюцинації, афективні розлади, кататонія і т. д.). Протікання переважно хронічне (у вигляді нападів чи неперервне).

5. Психопатія - це стан стійкої психічної дисгармонії особистості, який виникає на основі неповноцінності, недостатності характеру і формується, як правило, з юного віку. Цей стан відрізняється постійністю; має тенденцію до посилення або послаблення, але не піддається повній редукції. У складності пристосування до життєвих ситуацій такий хворий схильний переоцінювати значення обставин життя або властиві йому власні якості.

До психічних захворювань, з якими в повсякденному житті стикається значна частина населення, належать алкоголізм і наркоманія.

6. Алкоголізм - хвороба, для якої характерне наростаюче протікання, причому не завжди можна точно визначити її початок. Спочатку виникає тільки психічна, а потім і фізична залежність від спиртного. На фоні алкоголізму можуть розвиватись різні психічні порушення: депресії, нав'язливі стани, істеричні прояви, алкогольні психози, деградація особистості. Серед алкоголіків частими є випадки самовбивств. (Алкоголізм слід відрізнити від п'янства - зловживання алкоголем.)

7. Наркоманія - патологічна пристрасть до психоактивних речовин. У наркоманів дуже швидко розвивається фізична і психічна залежність від наркотику, виражена тенденція до

деградації особистості. Наркоманія негативно впливає на суспільство, оскільки дуже швидко поширюється і згубно відображається на здоров'ї нації.

Запитання для самоперевірки

1. Що вважали причиною психічної патології у первісному суспільстві? Що про це свідчить?
2. Доведіть, що в античні часи погляди на психічну патологію мала науковий характер.
3. Опишіть ставлення до психічно хворих в епоху Середньовіччя. Чим воно зумовлювалось?
4. Що стало причиною створення притулків для душевнохворих в епоху Відродження?
5. Чи можна стверджувати, що створення притулків для психічно-хворих в епоху Ренесансу сприяло їх видужанню?
6. У чому полягає заслуга Філіпа Пінеля у психіатрії?
7. У чому відмінність поглядів філософів та психіатрів XIX ст. на психічну патологію?
8. Опишіть суть соматогенної та психогенної точок зору на причини виникнення психічних порушень.
9. Коли виникла патопсихологія?
10. Що вважали причиною психічної патології в Росії, Україні в епоху Середньовіччя?
11. Яким було ставлення до душевнохворих в Україні, Росії впродовж віків?
12. Назвіть представників вітчизняної патопсихології та опишіть їхній внесок у розвиток цієї науки.
13. Які зміни у лікуванні психічно хворих відбулись у середині XX ст.?
14. Назвіть найбільш поширені психічні захворювання.
15. Поясніть, що таке психози.
16. Як би ви пояснили відмінність психозу від неврозу?
17. Чим відрізняється випадок епілепсії від істеричного?
18. Куди за допомогою може звернутися в Україні людина з психічними розладами?

## РОЗДІЛ II. ВИДИ РОЗЛАДІВ ПСИХІКИ

Тема 3. Патопсихологічна характеристика психічних процесів

### 1. Розлади відчуття

До порушень відчуттів відносяться:

1. Анестезія - втрата здатності відчувати різні види подразнень, поширюється, як правило, на тактильну, больову та температурну чутливість.
  2. Гіпоестезія - зниження здатності відчувати різні види подразнень.
  3. Гіперестезія - підвищення здатності відчувати різні види подразнень.
  4. Парестезії - проявляються неприємними відчуттями оніміння, поколювання, печіння, повзання мурашок та ін. Можуть виникати в різних частинах тіла, мати тенденцію до переміщення. При цьому людина стає метушливою, тривожною.
2. Розлади сприймання

Із специфічних і патологічних змін сприймання виділяють такі.

1. Ілюзії - викривлене сприймання реального об'єкта; це відхилення сприймання конкретного об'єкта за формою, кольором, величиною, консистенцією, віддаленістю від сприйнятого.

Зорові ілюзії проявляються у вигляді викривлення зорового образу (сприймання пальто, що висить у шафі, за реальну людину на основі схожості контурів).

Слухові ілюзії характеризуються порушенням сприймання реальних шумів, звуків, які можуть сприйматись як мовлення чи інші звуки (крик на вулиці може сприйматись як оклик на ім'я; різкий шум за дверима - як дзвінок у двері).

Смакові ілюзії проявляються видозміною звичного для об'єкта смаку (поява "присмаку"), нюхові ілюзії - запаху.

Часто трапляються дотикові ілюзії, що формуються на підставі реальних відчуттів (тактильних, больових, температурних).

Появі ілюзій сприяють якісь фізіологічні або психологічні (афективні) особливості.

2. Галюцинації - сприймання, що виникає без наявності реального об'єкта і супроводжується переконаністю в тому, що даний об'єкт і в даному місці дійсно існує; це найбільш яскраві порушення процесу сприймання, які істотно змінюють поведінку людини і можуть бути хворобливими спонуканнями до дій.

Галюцинації виникають без залежності від існування об'єкта і в переважній більшості випадків супроводжуються переконаністю хворого в реальності галюцинаторних образів.

За реальністю проєкції галюцинаторного образу галюцинації бувають:

- істинні - людина вказує місце розташування образу, як правило, ззовні і на реальній для сприймання відстані (наприклад, образ людини, який вона бачить, бачить на вулиці, а не на місяці; звук чує за стіною, а не з відстані тисячі кілометрів чи з голови);

- псевдогалюцинації - помилкові образи без проєкції зовні.

3. Ейдетизм - слід збудження, яке тільки що закінчилось, у якомусь аналізаторі у вигляді яскравого і чіткого образу.

4. Сенестопатії - різноманітні неприємні відчуття в різних частинах тіла, які важко піддаються опису хворим, і які сприймаються як мігруючі образи.

5. Агнозії - розлади впізнавання. Це невпізнання знайомих образів (слухових, зорових, просторових), є результатом відносно локальних органічних уражень тім'яно-потиличних зон: правої півкулі - розлади впізнавання зорових образів (невпізнання людей), лівої півкулі - розлади впізнавання знайомих слухових образів, мовлення, музики при збереженні впізнання слів (О. Р. Лурія).

6. Соматоагнозія - розлад впізнавання частин власного тіла.

7. Дерезалізаційні розлади - особливий вид розладів сприймання (психосенсорних розладів), при яких істотно змінюється сприймання об'єктів. Серед них:

- мікропсія - розлад сприймання у вигляді зменшення розмірів навколишніх предметів;

- макропсія - розлад сприймання у вигляді збільшення розмірів навколишніх предметів;

- дисмегалопсія - розлад сприймання у вигляді видовження, розширення, скошеності, перекрученості навколо осі оточуючих предметів;

- поропсія - розлад сприймання у вигляді зміни відстані, що відділяє предмет від людини за незмінних розмірів самого об'єкта.

8. Деперсоналізація - викривлене сприймання власної особистості в цілому, окремих якостей, а також частин тіла.

її різновид - синдром Аліси в країні чудес - характеризується поєднанням деперсоналізаційних розладів з явищами дерезалізації у вигляді викривлення уявлень про простір і час, зоровими ілюзіями, почуттями роздвоєння особистості. Можливе виникнення порушень сприймання (при цьому синдромі) у вигляді видовження, скорочення, відриву кінцівок.

9. Прушення сприймання часу:

- "зупинка часу" - відчуття того, що час ніби "зупинився", кольори у сприйманні хворого стають тьманими, об'ємні предмети - плоскими; людина відчуває ніби втратила зв'язки із зовнішнім світом, оточуючими людьми;

- "розтягування часу" - у відчуттях людини час переживається як більш довгий, ніж вона звикла; плоске здається тривимірним, живим, рухливим, а чорно-біле - кольоровим; людина стає розслабленою чи ейфоричною;

- "втрата відчуття часу" - людина говорить: "часу ніби немає", "звільнився від тягара часу". Це завжди супроводжується зміненням сприйманням світу. Предмети і люди здаються більш контрастними і більш приємними;

- "сповільнення часу" - рухи людей сприймаються уповільненими, а їх обличчя - похмурими;

- "прискорення часу" - людині час здається швидкоплинним, зміненим видається весь оточуючий світ і власне "Я". Люди здаються метушливими. Гірше, ніж зазвичай, відчують своє тіло. З помилками визначають час доби і тривалість подій;

- "зворотне протікання часу" - говорять: "час тече вниз", "час іде у зворотному напрямі", "я іду назад у часі". Груба помилковість відтворення давності уже пережитих подій (події, що відбулися хвилину-секунду тому, сприймаються як такі, що були давним-давно).

Такі розлади сприймання часу трапляються при ураженні правої півкулі головного мозку.  
3. Розлади уваги

З патологічних проявів уваги слід вказати на такі: нестійкість, недостатня концентрація, порушення розподілу, уповільнення переключення, розсіяність.

Патологічні прояви уваги вивчені недостатньо, оскільки виділення в самостійний пізнавальний процес багато які дослідники ставлять під сумнів.

Трапляються такі види патології уваги.

1. Слабкість активної уваги (спрямованої зосередженості на вибраному об'єкті) - характерний симптом грубих органічних уражень головного мозку, астеничних станів. Досить помітно це при виконанні хворим тесту - віднімання від 100 по 7 чи 13. Вже після перших 2-3 правильних відповідей хворий починає помилятися, а після короткого відпочинку може знову давати правильні відповіді.

2. Підвищена зосередженість уваги - спостерігається при депресіях, коли увага хворих зосереджена на невеликій кількості уявлень, як правило, неприємного змісту; при соматичних захворюваннях; при іпохондричних неврозах, епілепсії, що пояснюється малою рухливістю (інертністю) нервових процесів при цих недугах.

3. Відвертання уваги - це характерний симптом маніакальних станів. При цьому порушується процес зосередження, що лежить в основі активної уваги. Переважає пасивна увага (мимовільна), об'єктом якої бувають другорядні предмети і явища.

У дитячій практиці виділяють синдром дефіциту уваги. Його ознаки:

- неспокійні рухи в кистях і стопах (сидячи на стільці, корчаться, "звиваються");
- неможливість спокійно сидіти на місці, коли це потрібно;
- легке відволікання на сторонні стимули;
- нетерплячість (ледве дочікується своєї черги під час ігор і різних ситуацій у колективі);
- схильність відповідати, не задумуючись, не вислухавши до кінця запитання;
- труднощі при виконанні запропонованих завдань (непов'язані з недостатнім розумінням чи негативною поведінкою);
- труднощі підтримання уваги при виконанні завдань чи під час ігор;



- частий перехід від однієї незавершеної дії до іншої;
  - неможливість гратись тихо і спокійно;
  - балакучість;
  - схильність заважати іншим, "докучати" оточуючим (наприклад, втручатись в ігри інших дітей);
  - зовнішні прояви незосередженості на звернене до людини мовлення;
  - схильність губити речі, необхідні в школі і вдома (наприклад, олівці, іграшки, книги і т.д.);
  - часте здійснення небезпечних дій (недоврахування наслідків). При цьому не шукає пригод чи гострих відчуттів (наприклад, перебігає вулицю, не оглядаючись по сторонах).
4. Порушення пам'яті

Патопсихологічні мнестичні порушення лежать в основі багатьох психічних захворювань.

Виділяють такі розлади пам'яті:

1. Амнезії - розлад пам'яті у вигляді порушення здатності запам'ятовувати, зберігати і відтворювати інформацію. Види амнезій:

- ретроградна амнезія - порушення пам'яті, при якому неможливо відтворити інформацію, набуту до епізоду порушення свідомості, що виник з людиною;
- антероградна амнезія - труднощі відтворення стосуються часу після епізоду порушеної свідомості;
- антероретроградна амнезія - порушення пам'яті, при якому неможливо відтворити інформацію, набуту до та після епізоду порушення свідомості.

2. Часткові порушення пам'яті (порушення пам'яті часткового характеру):

- гіпомнезія - зниження пам'яті,
- гіпермнезія - підвищення пам'яті,

виникають на базі емоційних порушень, формуючи відповідно депресивний та маніакальний спектр симптомів.

3. Парамнезії:

- конфабуляції - обмани пам'яті, при яких нездатність закарбовувати події і відтворювати їх призводить до відтворення видуманих подій;
- псевдоремінісценції - порушення хронології в пам'яті, при якому окремі події минулого переносяться в теперішнє;

- криптомнезії - розлади пам'яті, при яких людина присвоює чужі думки, дії собі.

Закон формування мнестичних розладів Рібо: порушення (втрата) пам'яті (як і її відновлення) відбувається у хронологічному порядку - спочатку втрачається пам'ять на найбільш складні і недавні враження, потім - на старі. Відновлення відбувається у зворотному порядку.

За Р. Коннером, порушення пам'яті за причинами їх виникнення поділяються на:

1. Не викликані явними фізіологічними причинами - дисоціативні:

- диссоціативна амнезія (нездатність пригадати важливі події чи інформацію, пов'язані з особистим життям, зазвичай неприємного характеру, тобто люди страждають ретроградною амнезією, антероградна амнезія у них буває рідко);

- диссоціативна фуга (людина не лише забуває минуле, а й може відправитись у незнайоме місце і уявити себе новою особистістю), слідує зазвичай за сильним стресом, наприклад, воєнними діями чи стихійним лихом, хоча її може викликати і особистісний стрес - фінансові чи юридичні труднощі або депресивний епізод. Фуґи впливають лише на спогади про власне минуле, а не на універсальні чи абстрактні знання. Пам'ять у більшості людей з диссоціативною фуґою відновлюється повністю чи майже повністю, і в них не буває рецидивів;

- органічний диссоціативний розлад особистості (у людини присутні дві чи більше різних особистостей, які не завжди можуть пригадати думки, почуття і вчинки один одного).

2. Фізіологічні причини їх виникнення очевидні - органічні. Органічними причинами порушення пам'яті можуть бути: черепно-мозкові травми, органічні захворювання, неправильне застосування лікарських препаратів. Порушення пам'яті, спричинені фізіологічними причинами - амнестичні розлади (зачіпають головним чином пам'ять). Люди з амнестичними розладами іноді страждають ретроградною амнезією, але в них майже завжди відзначається антероградна амнезія.

Антероградна амнезія часто є наслідком ушкодження скроневих часток головного мозку або проміжного мозку - ділянок, які несуть основну відповідальність за перетворення короткочасної пам'яті у довготривалу.

За тяжких форм антероградної амнезії нові знайомі забуваються майже миттєво, а за проблеми, вирішені сьогодні, доводиться братися вже на наступний день.

Корсаківський амнестичний синдром - люди постійно забувають тільки що почерпнуту інформацію (антероградна амнезія), хоча їх загальні знання та інтелектуальні здібності залишаються незмінними. Характерні симптоми: затьмарення свідомості, дезорієнтація, схильність до конфабуляцій. Спричинюється хронічним алкоголізмом у поєднанні з поганим харчуванням і, як наслідок - нестачею вітаміну В1 (тіаміну).

Примітка. У телешоу та кінофільмах удари по голові зображаються як швидкий спосіб втратити пам'ять. У дійсності після легких черепно-мозкових травм - струсу мозку, наприклад, який не призводить до втрати свідомості, - у людей рідко бувають великі провали в пам'яті, а ті, які все-таки з'являються, звичайно щезають через декілька днів чи місяців. І навпаки, майже половина усіх тяжких черепно-мозкових травм стає причиною

хронічних проблем з наuczінням і пам'яттю як антероградною, так і ретроградною. Коли спогади нарешті повертаються, більш ранні, як правило, повертаються першими.

-Деменції (впливають і на пам'ять, і на інші когнітивні функції, наприклад, абстрактне мислення чи мовлення).

Найпоширенішою формою деменції є хвороба Альцгеймера - зазвичай вражає людей, віком старших за 65 років. Може вперше про себе заявити у середньому віці, але частіше на неї хворіють після 65 років, її поширеність різко зростає серед людей у віці 80 років. Може тривати 20 років і більше. Починається з незначних порушень пам'яті, послаблення уваги, мовленнєвих і комунікативних проблем. З посиленням симптомів людина починає відчувати труднощі виконання складних завдань чи забувати про важливі зустрічі.

Врешті-решт у хворих виникають труднощі і з виконанням простих завдань, вони забувають про події, більш віддалені в часі, у них часто стають дуже помітними зміни особистості. Наприклад, чоловік може стати незвичайно агресивним.

Люди з хворобою Альцгеймера можуть спочатку заперечувати, що вони відчувають якісь труднощі, але скоро стають тривожними і пригніченими у зв'язку зі своїм психічним станом. З розвитком деменції вони все менше усвідомлюють свої недоліки. На пізніх стадіях хвороби вони можуть відмовитись від спілкування з оточуючими, погано орієнтуватись у часі і просторі, часто безцільно блукати і втрачати розсудливість. Поступово хворі стають повністю залежними від оточуючих людей. Можуть втратити майже всі свої попередні знання і здатність впізнавати обличчя навіть близьких родичів. Все гірше сплять ночами і дрімають впродовж дня. Остання фаза розладу може тривати від двох до п'яти років, причому хворі потребують постійного догляду.

Жертви хвороби Альцгеймера звичайно залишаються у досить хорошому стані до пізніх стадій хвороби. Але з ослабленням їх психічних функцій вони стають менш активними і проводять більшу частину часу в сидячому положенні чи лежачи у ліжку. В результаті у них виникає схильність до різних захворювань, наприклад, до пневмонії, які можуть закінчитися смертю.

Більшість органічних розладів пам'яті зачіпають в основному декларативну пам'ять (пам'ять на імена, дати, якісь факти), ніж процедурну (засвоєні прийоми, які людина виконує, не відчуваючи необхідності їх обдумувати: ходьба, різання ножицями чи письмо).

## 5. Розлади мислення

Б. В. Зейгарник поділяє усі порушення мислення на чотири групи.

1. Порушення операційної сторони мислення: це зниження рівня узагальнення та викривлення процесу узагальнення. Оперування загальними ознаками замінюється встановленням суто конкретних зв'язків між предметами, тобто втрачається здатність до абстрагування.

При викривленні процесу узагальнення відбувається відрив суджень людини від конкретних, одиничних зв'язків. Проявляється резонерством.

2. Порушення особистішого компоненту мислення:

- різноплановість мислення,
- зниження критичності,
- зниження саморегуляції - означає втрату цілеспрямованості мислительного процесу.

### 3. Порушення динаміки мислительної діяльності:

- лабільність мислення - нестійкість способу виконання мислительних операцій, легкий перехід від одного до іншого;
- інертність мислення - тугість мислення, ригідність, труд-ноші переключення.

### 4. Порушення процесу саморегуляції пізнавальної діяльності - виражається у неможливості цілеспрямованої організації мислительних дій.

Мислення може порушуватись по-різному. За В. М. Кузнецовим та В. М. Чернявським, розлади мислення бувають формальними і продуктивними.

Формальні розлади мислення можна диференціювати за темпом, логічною стрункністю та цілеспрямованістю.

До розладів мислення за темпом відносять:

- Прискорення мислення - збільшення кількості асоціацій за одиницю часу. Люди з підвищеним темпом мислення і відповідно - мови в певній ситуації (наприклад, лектори) можуть його контролювати. А за психічних захворювань свідомо корекція прискореного мислення неможлива. При цьому асоціації виникають легко, частіше за зовнішньою подібністю, співзвучністю, вони різні і численні. Мова, попри багатослів'я, відстає від стрімкого потоку різних ідей. Хворі, не закінчуючи однієї думки, переходять до іншої, часто не помічаючи неповноти мовного виразу думки. Найвищий ступінь прискорення темпу мислення у поєднанні з відверненням уваги проявляється у стрибанні ідей (fuga idearum), коли вловити логіку думок хворого стає неможливим. Прискорення процесу мислення спостерігається при психічних порушеннях, що перебігають з підвищеним настроєм і сильним руховим збудженням.

- "Стрибки ідей" - максимальне збільшення кількості асоціацій за одиницю часу.

- Уповільнення темпу мислення - зменшення кількості асоціацій за одиницю часу. Можна помітити, розмовляючи з хворим: він дає відповіді після довгих пауз зі зниженням гучності голосу до шепоту. Можна відзначити також бідність асоціацій, загальну загальмованість, сповільнення рухів, пригнічення афективних реакцій.

- Ментизм - "наплив думок", "вихор ідей", збільшення кількості асоціацій за одиницю часу, що не супроводжується зміною мовлення хворого, виникає приступоподібно і мимовільно.

- Шпреррунг - "закупорка думок", "обрив думок", раптова зупинка, перерив асоціативного процесу.

До розладів мислення за будовою відносять:

- Розірваність - порушення логічного зв'язку в реченні при збереженні граматичного зв'язку; хворий проказує фразу граматично правильну, але змістовний зв'язок між окремими частинами фрази відсутній, наприклад, "машина поїхала, тому що кіно загорілося з труби".

- Зісковзування - втрата логічного ходу мислення, коли при розповіді про одні події хворий переключається на інші, не помічаючи, що першу думку він не довів до логічного кінця.

- Безладність - порушується логічний і граматичний зв'язок у реченнях; це проявляється невпорядкованим поєднанням окремих слів "земля... чоботи... пішов дощ... вперед"; безладність мислення частіше поєднується з розладами свідомості.

- Інкогеренція - порушується зв'язок між складами у словах.

- Вербіґерація - стереотипне повторення окремих слів чи складів.

Порушення цілеспрямованості мислення:

- Амбівалентність - формування суджень, виходячи з різних принципів, співіснування думок і асоціацій, які взаємно виключаються.

- Резонерство - міркування заради міркування, безпредметність мислення, коли відсутні конкретність думок, їх пізнавальний зміст. Наприклад, на запитання про здоров'я хворий відповідає: "Залежно від того, що означає це слово. Якщо від слова "здорово", то я не вельми здоровий, маю лише 60 кг маси, але це залежить від ваги і того, де вони стоять: якщо в нашому парку, то там гравітація висока, багато людей і неможливо довго там перебувати."

- Розважність мислення - проявляється у викладенні хворим непотрібних деталей своєї сповіді, зайвих дрібниць, невмінні лаконічно висловити головну думку, яка часто губиться у великій кількості деталей. Розважність мислення часто називають інертністю, вона спостерігається при епілепсії.

Розлади мислення за продуктивністю: характеризуються зміною мислення, виникненням у ньому тієї чи іншої "продукції".

Серед продуктивних розладів мислення виділяють невідчепні (нав'язливі) ідеї, надцінні ідеї та маячні ідеї.

- Невідчепні (нав'язливі) ідеї - думки, уявлення, спогади, що виникають попри волю людини і утримуються всупереч її бажанню. Хворий ставиться до них критично і бореться з ними. Найчастіше нав'язливі ідеї проявляються такими станами: невідчепне мудрування, невідчепне рахування, невідчепні спогади, невідчепний страх, невідчепні сумніви, невідчепні потяги та ін.

- Надцінні ідеї (домінуючі) - ідеї, що виникають у зв'язку з реальною ситуацією, але надалі стають домінуючими у свідомості людини, супроводжуються значним емоційним напруженням і відсутністю критичного ставлення до них; це помилкові міркування, що виникають на реальній основі, але переоцінені щодо їх значущості. Вони посідають у свідомості і діяльності людини незаслужено велике місце. Надцінні ідеї супроводжуються

високим емоційним напруженням і визначають напрям інших психічних процесів і поведінки. Саме інтенсивність емоційного тону процесу мислення є основною причиною переоцінки значення цих ідей. Зміст надцінної ідеї становить впевненість хворого, наприклад, у несправедливому ставленні до нього, утисканні його інтересів, подружній невірності, у наявності соматичних захворювань, у своїх особливих заслугах, високих здібностях, винахідливості та ін. Надцінні ідеї можна скоригувати за допомогою зовнішнього впливу, з часом вони самі згасають.

- Маячні ідеї - це помилкові, неправдиві твердження, що не відповідають реальній дійсності, виникають на хворобливій основі і не піддаються корекції (переконанню). При цьому у хворого відсутнє критичне ставлення до них. За своїм змістом маячні ідеї бувають найрізноманітнішими. Виділяють маячення значення, відношення, переслідування, збитків, самопониження, ревнощів, величі, впливу та ін.

о Маячення значення: хворі стверджують, що багато з того, що діється довкола, має для них особливий зміст і особливе значення. Наприклад, зустрічний чоловік зняв бриля і оглянув його верх, а хворий це сприймає як те, що його власний головний убір заражений радіоактивними речовинами. Або вранці повз вікна пройшла машина з написом "Хліб", а для хворого це означає, що в цьому році буде неврожай і голод.

о Маячення відношення: хворий уявляє, що розмови пасажирів у транспорті мають відношення до нього, випадкові жести зустрічного міліціонера вказують напрямок, куди хворому треба тікати, та ін.

о Маячення переслідування: хворі стверджують, що їх переслідують з наміром покарати, вбити, що вони є об'єктом спостереження органів міліції, рекетирів тощо.

о Маячення фізичного впливу: найчастіше стверджують, що існує група осіб, які діють секретними і часто магічними способами. Хворий впевнений, що перебуває під впливом апаратів, гіпнозу, космічних променів, радіаційно-променевого приладів. Ці прилади нібито вмонтовані в стіни, стелю, телевізор, радіоприймач або у внутрішні органи хворого, в зуби тощо.

о Маячення гіпнотичного впливу: хворі впевнені, що на них навіюють гіпноз, який керує їхніми діями, думками, викликає різні почуття, бажання, потяги.

о Маячні ідеї самозвинувачення: хворі звинувачують себе в нездійснених правопорушеннях, зараженні інших людей невиліковними хворобами, створенні страшних соціальних і природних катаклізмів. Принижують свої фізичні, моральні, інтелектуальні та інші якості.

о Іпохондричне маячення: стосується стану внутрішніх органів хворого - хвороби внутрішніх органів, ідеї неповноцінності всього органу чи окремих його частин, смерті організму чи органів. Хворі стверджують, що не мають шлунка, їжа кудись "провалюється", і тому в них немає випорожнень, їхні внутрішні органи давно згнили, немає дихання, пульсу, залишилась мертва шкіра; висловлюють ідеї ураження сифілісом, СНІДом та іншими тяжкими недугами, призначають дату своєї смерті. До цього виду маячення відносять також ідеї дисморфобії - зміни форми і величини тіла, частіше - обличчя. При цьому хворі не допускають навіть можливості помилкового твердження. Вони впевнені в тому, що в них змінюється обличчя, зменшуються розміри статевих органів, мимовільно виходять гази. Описаний випадок, коли хворий був упевнений у

тому, що в нього росте ніс; він його вимірював щодня, а потім відрізав. Фоном для формування ідей іпохондричного маячення є знижений або тривожний настрій.

о Маячення ревностів: головна тема - подружня невірність. Хворий переконаний у тому, що дружина зраджує його, він слідкує за нею, звинувачує в таємних зустрічах з коханцями, шукає доказів цього: сліди поцілунків, плями на білизні, записки, трамвайні квитки. Не маючи "доказів", такий хворий вимагає від дружини зізнання у зраді, жорстоко знущаючись над нею. Цей вид маячення є одним з найбільш суспільно небезпечних.

Інші маячні ідеї, а саме: величі, могутності, багатства, винахідництва, відкриття, високого походження - виникають на фоні підвищеного настрою, самовдоволення.

о Маячення величі: найчастіше буває при органічних ураженнях головного мозку з порушенням пам'яті та інтелекту, через що маячні ідеї мають безглуздий характер. Є правило: що нижчий інтелект, то безглуздіше маячення. Один із хворих з прогресивним паралічем запевняв, що він флотоводець світу, командує усіма збройними силами земної кулі, володар Всесвіту, піднімає сонце вранці й опускає його ввечері і може залишати людство без світла.

о Маячення багатства: хворий вважає, що у нього зібране усе золото світу, він має тисячі вагонів коштовностей, дарує мільйони випадковим знайомим та ін.

о Марення винахідництва і відкриття: хворі "винаходять" різні машини, апарати, прилади, роблять "відкриття" в науці, техніці, різні "проекти" надсилають у науково-дослідні інститути, в Академію наук.

о Маячення високого походження: хворі впевнені, що їх батьки - відомі в країні політичні діячі, вчені, актори, які приховують свої родинні зв'язки з хворим в ім'я якихось державних інтересів, військової таємниці.

За В. М. Кузнєцовим та В. М. Чернявським, маячення має такі властивості:

- 1) воно завжди є ознакою хвороби;
  - 2) не коригується, спроби коригувати тільки посилюють маячення;
  - 3) у ньому присутня паралогічність - "крива логіка";
  - 4) виникає при ясній свідомості;
  - 5) маячні ідеї міцно пов'язані з особистістю;
  - 6) виникають за достатнього інтелекту.
6. Розлади інтелекту

Інтелект - система усіх пізнавальних здібностей індивіда, і здатність до пізнання і вирішення проблем, що визначають успішність будь-якої діяльності.

Виділяють три форми інтелектуальної поведінки: - вербальний інтелект - включає запас слів, ерудицію, вміння розуміти прочитане;

- здатність вирішувати проблеми;

- практичний інтелект, включає вміння адаптуватись до оточуючої обстановки; він найбільше може змінювати поведінку людини, порушувати адаптацію.

Виділяють три форми організації інтелекту:

- здоровий глузд (процес адекватного відображення реальної дійсності, що ґрунтується на аналізі мотивів поведінки оточуючих людей і використовує раціональний спосіб мислення; дозволяє уникати логічних помилок в інтерпретації зовнішніх ситуацій, обирати адекватний спосіб взаємодії з оточуючими);

- розсудок (спосіб діяльності, що базується на використанні формалізованих знань, трактуванні мотивів діяльності учасників комунікації);

- розум (найвищий ступінь логічності; сприяє формуванню теоретичних знань).

Для зручності практичного вивчення рівня розвитку інтелекту та його порушень у клінічній психології виділяють:

1) інвентар інтелекту - знання, надбані навички, уміння тощо;

2) передумови інтелекту - пам'ять, увага, мислення, мовлення, вольові процеси, мотивація тощо;

3) власне інтелект - здатність до узагальнення, абстрагування, міркування, думки, судження, здатність робити висновки тощо.

Розвиток інтелекту в цілому залежить від усіх його мозкових структур, біологічно закладених і набутих знань, умінь.

Порушення інтелекту

1. Недорозвиток інтелекту (загальний) - порушується розвиток усіх ланок структури інтелекту, і насамперед, інтелекту та його передумов, від чого інвентар інтелекту не може бути достатньо повноцінним і не може бути використаним. Приклад - олігофренія.

Олігофренія в перекладі з грецького (о%о - мало; рктеп - розум) означає недоумкуватість - стан психічного недорозвинення. Причиною олігофренії можуть бути несприятлива спадковість чи пренатальні ураження плода внаслідок гострих і хронічних інфекцій, інтоксикацій, травм материнського організму. Мозок плода уражується при краснусі вагітних, при наявності у плода і відсутності у матері резус-фактора.

Для олігофренії характерні низький інтелект, погана пам'ять, порушення уваги, емоційні і вольові порушення. Інколи на фоні загального психічного недорозвинення особи, яка страждає на олігофренію, виявляють окремі гарні здібності, наприклад, робить складні арифметичні обчислення, запам'ятовує довгі вірші тощо.

За ступенем психічного недорозвинення виділяють три клінічні варіанти олігофренії:

- ідіотія - це найглибший ступінь психічного недорозвитку. Мова не розвивається, хворі видають лише нерозбірливі звуки, відсутня спрямована увага, спостерігаються тільки



реакції на сильні звуки, біль. Хворі не відрізняють істинне від неістинного, нерідко пожадливі, неохайні. При великій схожості загальних ознак ідіотії виділяють два її різновиди:

о характеризується розгальмованістю моторних функцій - хворі постійно перебувають у русі, хапають речі, пхають їх до рота, зустрічаючи протидію, виявляють невдоволення, верещать, плюються, кусаються;

о характеризується протилежними ознаками: хворі малорухливі, більше лежать, довго сплять.

При менш глибокій ідіотії хворі впізнають родичів, виявляють ознаки прихильності, вимовляють окремі слова. Патофізіологічні дослідження показали можливість умовнорефлекторної діяльності лише при легких ступенях ідіотії;

- імбецильність - середній ступінь психічного недорозвитку. При імбецильності хворі володіють невеликим запасом слів, їх мова хоч і дуже бідна, але послідовна. їх вдається навчити читанню, письму, елементарній лічбі, прищепити трудові навички (мести підлогу, приготувати собі просту їжу, погодувати домашніх тварин). Такі люди не здатні працювати самостійно, але під наглядом і контролем інших вони можуть виконувати нескладну роботу.

Емоції при імбецильності одноманітні, часто примітивні - неадекватні;

- дебільність - це легкий ступінь олігофренії. Основа дебільності - нездатність до понятійного мислення, переважання конкретно-образного мислення над абстрактним. Ці хворі з ранніх років виявляють відставання у фізичному розвитку: пізніше починають ходити, говорити. До 4-6 років це відставання згладжується, діти своєчасно йдуть до школи, але вчаться погано. У навчанні багато залежить від особливостей характеру. Старанні спокійні діти завдяки своїй посидючості під контролем батьків задовільно вчаться у нормальній школі, закінчують перші класи. Частіше, однак, вони неспроможні осмислити елементарний навчальний матеріал і продовжують вчитися в допоміжній школі.

Психічне недорозвинення при дебільності може мати різні ступені вираженості.

о Виражена дебільність - навчання грамоти дається з великими труднощами навіть у допоміжній школі. Трудові навички засвоюються краще. Навчені певного ремесла, хворі можуть бути працевлаштованими і забезпечені певним життєвим мінімумом. Вони легко піддаються чужим впливам, тому часто стають співучасниками кримінальних злочинів. В осіб з вираженим ступенем добра механічна пам'ять, але більш ретельне дослідження дозволяє виявити цілковиту нездатність до абстрактного мислення, переважання конкретних асоціацій. Перехід від простих, конкретних понять до складніших, абстрактних узагальнень у них неможливий. У процесі навчання виявляється відсутність ініціативи, самостійності, уповільненість, інертність.

о Помірно виражена дебільність - якщо хворі мають добру механічну пам'ять, вони інколи закінчують 7-8 класів, навчаються у професійно-технічних училищах, засвоюють яку-небудь професію, мають сім'ї, досить добре пристосовуються до колективу. У той самий час вони мають невеликий об'єм знань, нездатні користуватися складними поняттями, зрозуміти складне запитання. Вони мислять схемами-шаблонами, які засвоїли або в школі, або в процесі життя. Зміна звичного способу мислення для них неможлива. Переважає

конкретний тип мислення, хоча дещо і менше, ніж при вираженій дебільності. Емоційно-вольова сфера при цьому розвинута більше, а характерологічні особливості значно різноманітніші. Проте для них характерна слабкість самовладання і нездатність подолати свої потяги, недостатність обдумування своїх дій, деяка імпульсивність поведінки, піддатливість сторонньому впливові.

о Легка дебільність - виявляється спеціальними психологічними дослідженнями, ґрунтується на оцінці дій хворих у ситуаціях, які вимагають застосування прогностичних функцій інтелекту, високого ступеня абстрагування. Такі люди можуть мати середню освіту, кваліфіковану професію, але в них переважає конкретний тип мислення, його шаблонність, трафаретність, відсутність оригінальності в оцінках зовнішніх подій, несамостійність.

2. Частковий недорозвиток інтелекту - недорозвинуті окремі ланки структури інтелекту. Наприклад: передумови (пам'ять, увага); порушена здібність до конструктивного мислення - через нестачу просторових уявлень - дискалькулія; мовні порушення - недорозвиток мовленнєвої функціональної системи (страждає вербалізація розуміння, тобто так званий вербальний інтелект).

3. Деменція - синдром недоумкуватості - стійке збіднення психічної діяльності, її спрощення і занепад. Вона проявляється у послабленні пізнавальних процесів за рахунок зниження пам'яті, здатності до узагальнення, абстракції тощо. При цьому відбувається розлад особистості, втрата критичного сприйняття свого стану. Хворі не набувають нових знань і не можуть користуватись уже набутими.

4. Органічний психосиндром (психоорганічний синдром) -

належить до зниження психічних процесів і властивостей особистості. Частково його можна розглядати також як розлад пам'яті та інтелекту. Трапляється при органічних захворюваннях (прогресуючого типу, або як наслідок органічного ураження головного мозку різного походження). Основні симптоми: зниження уваги, зниження інтелекту (неспроможність до творчої діяльності), лабільність емоцій. У хворих утруднюється концентрація уваги на зовнішніх об'єктах, часто відволікаються. Дуже страждає пам'ять - як короткочасна, так і довготривала, особливо запам'ятовування і репродукція. Темп мислення дуже уповільнений. Страждає критичність розуму, поняття дистанції, етичність поведінки, її мотивація. Дії та діяльність часто імпульсивні, мають місце розлади потягів тощо.

5. Затримка психічного розвитку (у дітей) - переважно мало знань, умінь, малий світогляд тощо (Мауглі). Основні ознаки ЗПР: збереженість власне інтелекту, розвиток психічних функцій на вік менше, тимчасовий стан.

6. Функціонально-динамічне страждання інтелекту - наявні усі структурні компоненти інтелекту, але вони не працюють.

7. Тимчасова втрата інтелекту - синдром скороминучої недоумкуватості (набряк мозку).

7. Порушення мовлення

Мовлення - це складна функціональна система, для формування якої потрібен своєчасний розвиток мозкових структур та їх узгоджена робота в поєднанні з умовами соціально-психологічного впливу на розвиток дитини.

Мова - це система мислення та спілкування з оточуючим середовищем. Виділяють специфічні психологічні операції, які забезпечують засвоєння мови і навички її використання. Так, формування звукових образів слів пов'язане з розвитком здібностей розрізняти за звучанням складовий і фонематичний склад слова, запам'ятовувати певну послідовність фонем у словах та звукові образи слів. Неабияку роль у цьому відіграє і здатність мозкових механізмів аналізувати м'язові відчуття, які виникають при імітації дитиною окремих звуків і слів, а також зберігати їх (рухова пам'ять).

У формуванні мовленнєвої функціональної системи беруть участь мозкові анатомічні структури:

- акустичний аналізатор - зумовлює гнозис мовлення - впізнавання різних звуків та звукових рядків. Він розміщується у задньому відділі верхньої скроневої закрутки (зона Верніке) провідної півкулі;

- кінестетичний аналізатор - відповідає за праксис мовлення, розміщується в задньому відділі нижньої лобної закрутки (зона Брока), провідної півкулі.

Для організації мовленнєвого акту існують первинні, вторинні та третинні поля перекриття, які розміщені на межі аналізаторів, в основному це скронева та тім'яна частки.

В організації функції мовлення одночасно беруть участь ліва та права півкулі, незалежно від їх домінування. У дитячому віці, приблизно до 5 років, провідною в організації мовленнєвого процесу є права півкуля (Симерницька Е. Г.).

Вимовна частина мовлення також залежить від стану центральної та периферійної інервації органів мовлення (язика, піднебіння, губ, голосових зв'язок).

Функції мовлення:

- номінативна, змістова, позначальна - проявляється у віці до 7 місяців, у період немовляти; вона визначає розуміння дитиною значення вживання нею чи іншими людьми звукосполучення або цілого слова, яке відображає конкретний предмет чи істоту, дію або явище навколишнього середовища;

- комунікативна, регулююча - з'являється ще в перші місяці життя дитини - це реакція на голос матері - "комплекс пожвавлення"; пов'язує дитину з оточуючим світом, живими істотами; її розвиток залежить від потреб дитини у спілкуванні, а мовлення стає одним із засобів реалізації цих потреб; у випадку відсутності потреби спілкування, дана функція мовлення не розвивається, чи формується із запізненням; оскільки комунікативна сфера тісно пов'язана із емоційно-вольовим розвитком дитини; тому мовлення як засіб спілкування має функції регулювання поведінки;

- ідеаторна (розумова) - розвивається пізніше, поряд з формуванням функції мислення.

Структура мовлення:

- фонетика - акустичні та артикуляційні особливості звуків мовлення;
- фонематика - фонетичний, фонологічний, фізіологічний та психологічний аспекти мовлення;
- граматики - устрій мови (форми словозмін, словосполучень, типи речень);
- лексика - уся сукупність слів мови чи діалекту.

Виділяють такі порушення мовлення.

#### 1. Порушення розвитку мовлення:

- затримка мовленнєвого розвитку (ЗМР) - характеризується загальмуванням темпу формування в основному експресивного мовлення відносно етапів його розвитку; виникає при депривації;
- загальний недорозвиток мовлення - зумовлюється порушеннями дозрівання мозкових систем (гностичного і кінетичного аналізатора); має три рівні: 1 - зародки загальнозастосовуваного мовлення (слова односкладної структури, міміка, рухи); 2 - більше слів, з'являються речення з неправильною граматичною структурою і спотвореною вимовою деяких звуків; 3 - страждає лексиграматична структура мовлення;
- алалія - характеризується відсутністю і вродженою нерозвиненістю аспектів мовлення, в якому є локальне ураження мовленнєвих аналізаторів: 1 - алалія моторна - хворий розуміє мову, але не в змозі висловитись, недорозвиток мовленнєвого праксису (зона Брока); 2 - алалія сенсорна - не розуміє мовних сигналів і мовлення не розвивається (зона Верніке), 3 - сенсомоторна алалія - і те, і друге;
- затримка мовленнєвого розвитку, в основі якої лежить вторинне недорозвинення мовлення, спричинене первинним ураженням аналізаторів (слух, зір) або тотальним недорозвитком психіки (розумова відсталість).

#### 2. Розпад мовлення:

- афазія - локальний розпад через ураження мовленнєвих та інших зон, причетних до формування та регуляції мовленнєвої функції. Характерна повна або часткова втрата мовлення. Залежно від місця локального ураження розрізняють:
  - о моторна афазія - характерна неспроможність до висловлення, побудови слів і речень (виражена апраксія), труднощі у відтворенні рухової програми мовлення;
  - о акустико-гностична афазія - порушення розуміння мови, її фонетики, предметності слова, "Мовленнєва окрошка" - хворий шукає слова для висловлення думки;
  - о акустико-мнестична афазія - порушення розуміння мови, дисоціація між відносно збереженою здатністю повторення окремих слів і порушення можливості повторення 3-4 слів - втрачається можливість сприйняття складних фраз; порушення експресивного мовлення, підбору речень, порушення читання і письма;

о семантична афазія - виникають специфічні мнестичні розлади - не може підібрати необхідне слово; важко скласти складні за змістом та граматичною побудовою речення, паралельно - порушення операцій лічби.

### 3. Порушення вимовної функції мовлення:

- дизартрія - це порушення вимовної сторони мовлення (звуковідтворюючої та просодичної) через порушення артикуляційного праксису внаслідок органічного ураження центральної та периферійної інервації органів мовлення (губ, піднебіння, язика, голосових зв'язок тощо) - судинного, травматичного, інфекційного, вродженого характеру;

- дислалія - порушення звуковимови, при цьому слух нормальний, збережена інервація мовленнєвого апарату.

4. Порушення ритму мовлення - заїкання - це порушення процесу мовлення: його темпу, ритму та комунікативної функції; переважно через судоми, які виникають в артикуляційному та дихальному апараті (тонічні заїкування - тягне звук, клонічні заїкування - "стрибає" звук).

5. Порушення комунікативної функції мовлення: недорозвинення комунікативної функції мовлення як засобу спілкування та організації поведінки дитини; розлад комунікативної функції мовлення - мутизм (повна німота).

### 8. Порушення емоційної сфери

Емоції (від лат. етосеге - збуджувати, хвилювати) - переживання нашого ставлення до зовнішнього середовища і до самого себе. Емоції належать до філогенетично найбільш ранніх форм відбиття об'єктивної реальності у структурі мозку (гіпоталамус) та у свідомості.

Одним з перших емоційних проявів було відчуття болю. У процесі еволюції, як відомо, емоційні прояви стали більш різноманітними і різнорівневими. У дорослої людини це уже абстраговані суб'єктивні переживання, що являють собою форму вищої психічної діяльності. Емоційні стани можуть бути спричинені як зовнішніми факторами (фізичними подразниками, міжособистісними стосунками тощо), так і внутрішніми (розлади гомеостазу, вегетативної нервової системи).

Залежно від інтенсивності емоцій виділяють:

- настрої - відносно стійкий емоційний стан. Формується під впливом різних сприйнять, вражень, інтероцептивних сигналів і становить головний емоційний фон. Настрій може коливатись у бік підвищення чи зниження. Відповідно до цього визначають і розлади настрою:

1) ейфорія - підвищений настрої з відтінком благодушності, задоволення, радощів, що не відповідає ситуації і обставинам особистого життя хворого;

2) дисфорія - стан похмурого, тужливо-злостивого настрою з відтінком невдоволення, роздратованості, що виникає часто несподівано, без зовнішньої причини і продовжується від декількох хвилин до багатьох днів;

3) депресія - пригнічений, тужливий настрій, що може спостерігатись багато днів і місяців;

4) емоційна лабільність - коливання настрою, легкі переходи від благодушності до гнівливого чи пригніченого стану;

- афект - інтенсивний, короткочасний емоційний стан. Для нього характерні швидкий, бурхливий початок, виразні вегетативні симптоми; супроводжуються істотними змінами в поведінці; може призводити до дезорганізації поведінки і немотивованих вчинків. Афекти властиві усім людям. За певних умов (сумна звістка, нещастя, радісна подія) вважаються нормальними емоційними реакціями. До розладів афектів відносять:

1. Патологічний афект - афект, що виникає без достатньої зовнішньої причини, перебігає з ознаками порушення свідомості, значними вегетативними проявами без цілеспрямованої діяльності та амнезією своєї поведінки після закінчення афекту. Характеризується також порушенням орієнтації, надмірною жестикуляцією, мовною розгальмованістю; закінчується появою загальної слабкості, байдужістю до поточних подій і глибоким сном. Після пробудження людина виглядає розгубленою, не пам'ятає, що з нею відбулось, нерідко пригнічена.

2. Страх - стан тривожного боязливого напруження, що виникає невмотивовано (нічний страх при неврозах, страх у хворих на шизофренію, судинні психози, при гіпертонічних кризах). Це почуття внутрішньої напруженості, пов'язане з очікуванням конкретних загрозливих подій, дій (страх проектується назовні - страх гострих предметів, тварин...).

Для оцінювання міри патологічності страхів використовують параметри:

- адекватності;
- інтенсивності;
- тривалості;
- міри контрольованості людиною почуття страху.

Якщо страх стає нав'язливим, тобто переживається часто, погано контролюється й істотно порушує самопочуття та діяльність людини, він позначається як фобія. Види фобій:

- агарофобія - страх відкритих просторів (наприклад, страх переходу вулиць, якими рухається потік машин чи натовп людей; людину лякає не сам відкритий простір, а те, що вона може втратити свідомість, знепритомніти і бути затоптаною людьми чи збитою машиною у несвідомому стані);
- клаустрофобія - страх закритих приміщень (що перебування, наприклад, у ліфті стане перешкодою для надання людині допомоги у випадку, скажімо, непритомності);
- соціофобії - страхи, у яких людина побоюється засудження з боку оточуючих за якісь дії: почервоніти при людях, не втримати газу, розсміятись у незручний для цього час і т.д.;
- нозофобії - страхи захворіти на якісь недуги;

- контрастні нав'язливості - поєднання емоційних переживань і порушення мотивації, тобто страх з приводу можливих дій людини, які вона може, але не хоче здійснити (страх врізатись на повному ходу в натовп людей, які чекають автобуса, при явному усвідомленні згубності такої дії і небажанні її здійснювати).

3. Тривогу - стан невмотивованого неспокою, хоча хворі намагаються пояснити свій стан і поведінку різними психологічно зрозумілими причинами. Це почуття внутрішньої напруженості, пов'язане з очікуванням загрозливих подій (тривога частіше не проектується назовні - тривога за своє здоров'я, за роботу, за правильне виконання дій і т.д.).

Інші розлади емоцій:

- слабодухість - підвищена виснажливості емоцій, їх нетримання. Досить якого-небудь незначного подразника, щоб з'явилося почуття розчарування зі слізьми. Часто це трапляється в транспорті, театрі, на вулиці. Розуміння недоречності такої поведінки не стримує хворих від надмірної слізливості;

- неадекватність емоцій - парадоксальність емоційних реакцій: при сумних подіях спостерігається радісний настрій, а при радісних - тужливий. Такі розлади бувають у хворих на шизофренію. Ще називають паратимією - неадекватний афект, що кількісно і якісно не відповідає причині, яка його спричинила;

- апатія - хвороблива байдужість, відсутність емоцій. При цьому емоційні реакції або не виникають, або слабко виражені. Поєднується із звичайною втратою активності, ініціативи, повною бездіяльністю;

- туга - почуття напруження, що межує з біллю, яке хворі локалізують у ділянці серця (рухова загальмованість).

- відчуття втрати почуттів - переживання незворотної втрати можливості почувати;

- амбівалентність - одночасне співіснування протилежних почуттів;

- алекситимія - утруднення чи нездатність точно описати власні емоційні переживання (людина намагається пояснити свій стан на прикладах, порівняннях, але адекватно їх сформулювати не може);

- ангедонія - втрата людиною почуття радості, задоволення.

Синдроми розладу емоцій, афективні синдроми:

1) маніакальний синдром - характеризується тріадою симптомів: підвищений настрій, прискорене мислення, рухлива активність (при маніакально-депресивному психозі, шизофренії, травмах мозку, отруєнні деякими речовинами, інфекціях);

2) депресивний синдром - тріада симптомів: настрій тужливий, уповільнене мислення, рухова (моторна) загальмованість (при маніакально-депресивному психозі, шизофренії, судинних порушеннях тощо).

Розрізняють два види недорозвитку емоцій:

1) загальний недорозвиток емоцій - у структурі загального психічного недорозвитку (олігофренія), прояви емоцій можуть бути у формі стереотипних рухів, дій;

2) парціальний недорозвиток емоцій - синдром Каннера - дитячий аутизм (безпристрасне обличчя, відсутність співчуття, не дивляться у вічі, не проявляють мимічних ознак емоційних проявів).

## 9. Порушення волі

Людина з моменту народження постійно має різні потреби: спочатку найпростіші, а потім все більш різноманітні і складні, що мають значення не лише для підтримки гомеостазу, а й для самовизначення в умовах соціального середовища. Реалізація потреб здійснюється за допомогою мотивів та форм діяльності, спрямованих на задоволення потреб. Активна цілеспрямована психічна діяльність отримала назву "воля".

Цілеспрямована діяльність людини є свідомою і включає уявлення про кінцеві або передбачувані результати праці.

Вольовий процес можна описати у вигляді трьох етапів:

- 1) виникнення потягу (спонукання);
- 2) постановка мети і мотивація;
- 3) завершення дії - здійснення мети.

Розлади волі проявляються у вигляді:

незрілості і недорозвитку волі - некерованість вольовою поведінкою (синдром дефіциту уваги, гіперкінетична поведінка, олігофренія);

- надмірної активності. Хворобливе посилення вольової активності буває у наркоманів при пошуках наркотиків, у маніакальних хворих, психопатичних осіб і має назву гіпербулія. Ця активність має односторонній характер, її продукція є хворобливою, супроводжується підвищеною балакучістю;

- послаблення активності - гіпобулія - спостерігається при депресивних станах та інших формах пригнічення психічної діяльності. При депресії хворі з великим зусиллям рухаються, довго добирають і на силу вимовляють слова, віддають перевагу перебуванню в ліжку. Відсутність вольової активності - абулія часто поєднується з моторною загальмованістю (ступором) або аутизмом (повною німотою);

перекручення вольової активності - парабулія - трапляється при шизофренії та деяких хворобах, що супроводжуються зниженням інтелекту. Проявляється негативізмом - безпідставною впертістю, невиконанням діяльності; амбітендентністю - одночасно наявні активні дії та відмова від них; імпульсивністю - безмотивність дій і вольова некерованість; -розладів потягу. Потяг визначається потребами, це складне явище, воно формується на основі безумовних рефлексів - інстинктів, які опосередковуються корою півкуль великого мозку і відбиваються у вольовій діяльності. Крім інстинктивних потреб, потяг включає в себе потреби вищого рівня. Розлади потягу:



1. Послаблення і посилення харчового потягу. Зниження чи відсутність апетиту - анорексія (втрата бажання споживати їжу), відмова від їжі. Відмова від їжі у хворого може бути пов'язана з наявністю у нього маячних ідей отруєння, самозвинувачення, нюхових чи смакових галюцинацій, ступору, тяжкої депресії, істеричного неврозу. Постійна відмова від їжі може призвести до виснаження хворого. Підвищення (посилення) харчового потягу проявляється підвищеним апетитом і почуттям голоду (булімія), а також багатоядністю (поліфагія).

2. Послаблення і посилення статевого потягу. Посилення статевого потягу (гіперсексуальність) часто трапляється при маніакальних станах, при органічних захворюваннях головного мозку. Зниження статевого потягу (гіпосексуальність) буває при депресії, шизофренії, астеничних станах, неврозах.

3. Перекручення потягу - торкається різних інстинктів.

- Розлад інстинкту самозбереження - проявляється прагненням нанести собі шкоду гострими предметами, проковтнути неїстівні речі (цвяхи, голки, ложки, ножиці). Інколи це робиться через хворобливе прагнення стати об'єктом хірургічної операції для видалення проковтнутих предметів. Трапляється потяг до самогубства (суїцидоманія), до поїдання власних екскрементів (ко-профагія).

- Перекручення статевого потягу (перверзії) - торкаються різних форм статевого життя. Найчастіше трапляються:

о гомосексуалізм - потяг до особи однойменної статі;

о трансвестизм - хворобливий потяг до переодягання в одяг протилежної статі;

о ексгібіціонізм - хворобливий потяг до оголення статевих органів у присутності жінок;

о садизм - потяг завдавати статевому партнеру больових відчуттів, щоб досягти статевого задоволення;

о мазохізм - бажання зазнати від статевого партнера больових відчуттів;

рідше трапляються:

о педофілія - статевий потяг до дітей;

о некрофілія - статевий потяг до трупів;

о зоофілія (скотолозтво) - статевий потяг до тварин;

о фетишизм - статевий потяг до жіночого туалету.

4. Імпульсивні потяг і дії - виникають раптово. За своїм змістом імпульсивний потяг вступає у протиріччя з усталеними міжособистісними і соціальними стосунками. Цим нагадує невідчепні ідеї. Відрізняється від них нездоланністю прагнення до реалізації, втратою здатності боротися з потягом, що нерідко набуває кримінального характеру. До імпульсивних дій відносять такі види потягу:

- піроманія - потяг до підпалів;
- kleptomанія - потяг до крадіжок без корисливої мети;
- дромоманія - потяг до бродяжництва.
- Розлади психомоторики:
  - o недорозвиток психомоторики;
  - o гіпокінезії - зменшення дій та довільних рухів;
  - o гіперкінезії - рухове збудження; ехопраксії - повторення рухів співрозмовника; ехолалії - повторення слів; ехомімії - копіювання міміки;
  - o паракінезії - спотворення рухів;
  - o гіперкінези - мимовільні рухи окремих м'язів або групи м'язів.

Розлад цілеспрямованості дій - диспраксія - спостерігається головним чином при органічних неврологічних захворюваннях, рідше - за деяких психічних розладів, в основному таких, які пов'язані з органічними ураженнями нервової системи. Більш легкий ступінь диспраксії - апраксія - втрата здатності здійснювати цілеспрямовані дії за збереження рухової і координаційної здатності. Трапляється за вогнищ уражень кори великих півкуль головного мозку і провідних шляхів мозолистого тіла.

Запитання для самоперевірки

1. Назвіть розлади відчуттів та поясніть прояв кожного з них.
2. Назвіть основні розлади сприймання.
3. Чим відрізняються ілюзії від галюцинацій?
4. Опишіть види ілюзій.
5. Назвіть види галюцинацій.
6. Опишіть суть ейдетизму, сенестопатій, агнозій, соматоagnoзій.
7. Назвіть і опишіть види дереалізаційних розладів сприймання.
8. У чому полягає відмінність деперсоналізації від соматоagnoзії?
9. До якого виду розладів сприймання належить синдром Аліси у країні чудес?
10. Опишіть види порушень сприймання часу.
11. Назвіть та поясніть види патології уваги.
12. Чим можна пояснити те, що на сьогодні патологічні прояви уваги вивчені недостатньо?

13. Опишіть синдром дефіциту уваги.
14. Назвіть основні розлади пам'яті.
15. Поясніть суть амнезії та назвіть її основні види.
16. Поясніть суть часткових порушень пам'яті.
17. Опишіть види парамнезій.
18. У чому полягає закон формування мнестичних розладів Рібо?
19. Які види розладів пам'яті можна виділити за причинами їх виникнення?
20. Опишіть види дисоціативних розладів пам'яті.
21. Опишіть порушення пам'яті, викликані фізіологічними причинами.
22. Чим відрізняються деменції від амнестичних розладів?
23. Які групи порушень мислення виділяє Б. В. Зейгарник?
24. Опишіть суть формальних розладів мислення.
25. Опишіть суть розладів мислення за продуктивністю.
26. До якої групи розладів мислення належать амбівалентність, резонерство, розважність мислення?
27. Наведіть приклади маячних ідей.
28. Опишіть види розладів інтелекту.
29. Охарактеризуйте клінічні варіанти олігофренії.
30. Назвіть основні порушення мовлення.
31. Охарактеризуйте порушення розвитку мовлення.
32. Охарактеризуйте розпад мовлення.
33. Охарактеризуйте порушення вимовної функції мовлення.
34. Назвіть та охарактеризуйте розлади настрою.
35. Назвіть та охарактеризуйте розлади афектів.
36. Перелічіть види розладів емоцій.
37. Поясніть, що таке фобія. Опишіть види фобій.

38. Назвіть та опишіть синдроми розладу емоцій.

39. Назвіть та опишіть види недорозвитку емоцій.

40. Назвіть та опишіть розлади волі.

41. Опишіть розлади потягу.

42. Охарактеризуйте розлади психомоторики.

#### Тема 4. Розлади свідомості

1. Загальна характеристика свідомості, ознаки розладів свідомості та самосвідомості

Свідомість - інтегрована сфера психічної діяльності; є вищою формою відображення дійсності, способом ставлення до об'єктивних закономірностей.

Вважають, що свідомість володіє такими характеристиками: увага і рефлексія.

Свідомість людини оцінюється на основі: - усвідомлення нею себе (власної особистості) - ідентифікації;

- усвідомлення простору і часу, у якому в даний момент вона існує (характеристика патології свідомості виходить саме з даної ознаки).

Усвідомлення людиною власної особистості (самосвідомість) є істотною ознакою психічної норми. Багато психічних захворювань можуть порушувати процес самоусвідомлення і приводити до того, що людина усвідомлює себе множинною.

К. Ясперс (німецький психіатр) протиставляв усвідомлення власного "Я" предметній свідомості і виділив чотири формальних ознаки самосвідомості, порушення яких веде до психічної патології:

- 1) почуття діяльності - усвідомлення себе в якості активної істоти;
- 2) усвідомлення власної єдності у кожен момент часу;
- 3) усвідомлення власної ідентичності;
- 4) усвідомлення того, що "Я" відрізняється від решти світу, від усього, що не є "Я".

Вслід за К. Ясперсом за критерії затьмареної свідомості беруть:

- 1) дезорієнтацію в часі, місці, ситуації;
- 2) відсутність чіткого сприймання оточуючого;
- 3) різні міри незв'язності мислення;
- 4) труднощі в спогадах (відтворенні) подій, що відбуваються, і суб'єктивні хворобливі явища.

Для визначення стану затьмареної свідомості вирішальне значення має встановлення сукупності усіх вказаних ознак.

## 2. Характеристика основних станів порушеної свідомості

Розлади свідомості:

### а) приглушений стан свідомості.

Трапляється при гострих порушеннях ЦНС, інфекційних захворюваннях, отруєннях, черепно-мозкових травмах. Характеризується різким підвищенням порогу для всіх зовнішніх подразників, утрудненням утворення асоціацій. Хворі відповідають на запитання ніби "спросоння", складний зміст запитання не осмислюється. Відзначається сповільненість у рухах, мовчазність, байдужість до оточуючого. Вираз обличчя у хворих байдужий. Дуже легко настає дрімота. Орієнтування в оточуючому неповне чи відсутнє. Триває від кількох хвилин до кількох днів (при травмах, інфекціях, отруєннях); при пухлинах мозку може тривати значно довше.

Легкий ступінь оглушення має назву обнубіляції свідомості; стан, при якому можливі лише відповіді тільки на сильні больові, звукові, світлові подразники у вигляді малодиференційованих реакцій - повертання голови, рухи кінцівок - сопор; стан, при якому втрачаються функції усіх аналізаторів і відсутні будь-які реакції на зовнішні подразники, не викликаються неврологічні рефлекси, - кома.

### б) деліріозне затьмарення свідомості.

Різко відрізняється від приглушеного стану свідомості. Орієнтування в оточуючому теж порушене, однак воно полягає не в послабленні, а в напливах яскравих уявлень, уривків спогадів, що безперервно виникають. Виникає не просто дезорієнтація, а хибна орієнтація в часі і просторі.

На фоні деліріозного стану свідомості виникають деколи перехідні, деколи більш стійкі ілюзії і галюцинації, ідеї маячення. На відміну від хворих, які перебувають у приглушеному стані свідомості, хворі у делірії говорять.

При наростанні делірію обмани відчуттів стають сценopodobними: міміка нагадує глядача, який слідує за сценою. Вираз обличчя стає то тривожним, то радісним, міміка виражає то страх, то допитливість. Нерідко в стані делірію хворі стають збудженими. Як правило, вночі деліріозний стан підсилюється. Спостерігається в основному у хворих з органічними ураженнями головного мозку після травм, інфекцій.

Тривалість делірію - від кількох годин до 3-5 діб. Усе, що хворий переживає у стані делірію, досить добре зберігається у його пам'яті. Художники, які перенесли делірій, після нього добре відтворюють галюцинації в малюнках.

### в) онейроїдний (сновидний) стан свідомості.

Характеризується дивовижною сумішню відображення реального світу і фантастичних яскравих уявлень, які рясно виринають у свідомості. Хворі здійснюють міжпланетні подорожі, "виявляються серед жителів Марсу"; часто трапляється фантастика з характером величезності: хворі присутні "при загибелі міста", бачать, "як руйнуються

будівлі", "провалюється метро", "розколюється земна куля, розпадається і носиться кусками в космічному просторі".

Іноді хворий може зупинити фантазування, але непомітно для нього у свідомості знову починають виникати такого роду фантазії, у яких спливає, по-новому формуючись, весь попередній досвід, усе, що він бачив, чув, читав.

Одночасно хворий може стверджувати, що він перебуває у психіатричній лікарні, що з ним розмовляє лікар. Виявляється співіснування реального і фантастичного.

Онейроїдна свідомість характеризується глибоким розладом самосвідомості. Хворі виявляються не лише дезорієнтованими, у них також відзначається фантастична інтерпретація оточуючого.

Якщо при делірії відбувається відтворення деяких елементів, окремих фрагментів реальних подій, то при онейроїді хворі нічого не пам'ятають з того, що відбулось у реальній ситуації, вони згадують іноді лише зміст своїх маячень.

Буває при інфекційних захворюваннях, травмах голови, напа-доподібній шизофренії.

г) сутінковий стан свідомості.

Суть проявляється в образному порівнянні із сутінками, коли коло об'єктів сприйняття обмежене, саме сприйняття нечітке, викривлене, уривчасте. Внаслідок цього виникає обмеженість та неповнота інформації, що надходить до мозку, зниження об'єму асоціацій, їх викривлення. Порушується властиве нормальному мисленню опосередкування ситуації, блокується співвідносність теперішнього з минулим досвідом: усе знайоме сприймається як уперше, побачене уявляється незнайомим. Поведінка втрачає цілеспрямованість.

Під час сутінкового стану свідомості хворі зберігають можливість виконання автоматичних звичних дій (наприклад, якщо в поле зору такого хворого потрапляє ніж, то хворий починає здійснювати звичну з ним дію - різати, незалежно від того, перед ним хліб, папір чи людська рука).

Часто сутінковий стан свідомості супроводжується галюцинаціями, ідеями маячення. Під впливом маячення і напруженого афекту хворі можуть здійснювати небезпечні вчинки.

Сутінковий стан свідомості, який протікає без маячення, галюцинацій, зміни емоцій, має назву "амбулаторного автоматизму" (мимовільне блукання). Хворі, які страждають цим розладом, вийшовши з дому з певною метою, можуть раптом незрозумілим для себе чином опинитися в іншому кінці міста. Під час цієї несвідомої мандрівки вони механічно переходять вулиці, їдуть у транспорті і створюють враження заглиблених у свої думки людей.

Характеризується раптовим настанням, нетривалістю і раптовим припиненням, внаслідок чого його називають транзиторним, тобто перехідним. Виникає при епілепсії, черепно-мозкових травмах, при судинних захворюваннях головного мозку. Триває від декількох хвилин до кількох днів.

Приступ сутінкового стану свідомості закінчується критично, нерідко з наступним глибоким сном. Характерна риса - наступна амнезія (спогади про період затьмарення повністю відсутні).

Розлади самосвідомості:

а) псевдодеменція.

Може виникнути за тяжких деструктивних змін у центральній нервовій системі і за реактивних станів, характеризується розладами судження, які гостро настають, а також інтелектуально-мнестичними розладами. Хворі забувають назви предметів, дезорієнтовані, важко сприймають зовнішні подразники. Утворення нових зв'язків утруднене, часом можна помітити ілюзорні обмани сприймання, нестійкі галюцинації з руховим неспокоєм.

Хворі апатичні, емоційні прояви бідні, недиференційовані. Поведінка нерідко нагадує навмисне дитячу. Так, грамотний хворий для того, щоб відповісти на запитання, скільки у нього пальців на ногах, знімає шкарпетки, щоб порахувати їх.

б) деперсоналізація.

Своєрідна форма порушення самопізнання. Характеризується відчуттям відчуження власних думок, афектів, дій, свого "Я", які сприймаються ніби зі сторони. Частим проявом деперсоналізації є порушення "схеми тіла" - порушення відображення в нашій свідомості основних якостей і способів функціонування власного тіла, його окремих частин і органів. Такі порушення можуть виникнути за різних захворювань - епілепсії, шизофренії, після черепно-мозкових травм.

Запитання для самоперевірки

1. На основі яких характеристик оцінюється свідомість людини?
2. Порушення яких ознак самосвідомості веде до психічної патології?
3. Що є критеріями порушеної свідомості за К. Ясперсом?
4. Назвіть стани порушеної свідомості.
5. Охарактеризуйте приглушений стан свідомості.
6. Охарактеризуйте делірій.
7. Охарактеризуйте оеніроїдний стан свідомості.
8. Охарактеризуйте сутінковий стан свідомості.
9. Назвіть розлади самосвідомості.
10. Охарактеризуйте псевдодеменцію.
11. Охарактеризуйте деперсоналізацію.

## Тема 5. Розлади особистості

### 1. Порушення опосередкованості та ієрархії мотивів

Ускладнення мотивів, їх опосередкованість та ієрархічна побудова починається у дитини вже у дошкільному віці і відбувається далі протягом усього життя: мотиви втрачають свій безпосередній характер, починають опосередковуватися свідомо поставленою метою, відбувається підпорядкування одних мотивів іншими.

Наприклад: бажання оволодіти якоюсь професією як загальний мотив поведінки включає у себе цілу низку часткових: оволодіти потрібними знаннями, засвоїти певні навички та ін.

Кожна з цих цілей, у свою чергу, розбивається в реальній діяльності на низку дрібніших, які і визначають у кожному конкретному випадку поведінку людини. Тому діяльність людини відповідає завжди не одній, а декільком потребам і відповідно спонукається декількома мотивами. Однак у конкретній діяльності можна виділити провідний мотив. Саме він надає усій поведінці певного сенсу.

Наявність провідних мотивів не усуває необхідності мотивів додаткових, що безпосередньо стимулюють поведінку. Однак без провідних мотивів зміст діяльності позбавляється особистісного сенсу. Саме цей провідний мотив забезпечує можливість опосередкування та ієрархії мотивів. Ієрархія мотивів є відносно стійкою і цим обумовлює відносну стійкість усієї особистості, її інтересів, позицій, цінностей.

Аналізуючи історії психічних хвороб, за яких спостерігається порушення особистості, можна виділити два питання:

- формування патологічно зміненої потреби;
- порушення ієрархії мотивів.

Приклад формування патологічно зміненої потреби.

Вживання алкоголю не входить до природних потреб людини і саме по собі не має спонукальної сили. Тому спочатку його вживання викликається іншими мотивами (відзначити день народження, весілля). Спочатку вживання алкоголю викликає підвищений настрій, активність, стан сп'яніння притягує багатьох і як засіб полегшення контактів. З часом може з'явитись прагнення знову і знову відчувати цей приємний стан: воно може почати опредметнюватись в алкоголі і людину починають приваблювати вже не самі по собі події (святкування, зустріч друзів тощо), а можливість вживання алкоголю. Алкоголь стає самостійним мотивом поведінки, він починає спонукати самостійну діяльність, і тоді вже самі події стають приводом. Відбувається той процес, який О. М. Леонтьєв називає "зсув мотиву на мету", формується новий мотив, який спонукає до нової діяльності, а відповідно, і нова потреба (в алкоголі).

Зсув мотиву на мету тягне за собою усвідомлення цього мотиву, оскільки щодо діяльності мотив відіграє смислотвірну роль. Прийняття алкоголю набуває певного особистісного смислу. Таким чином, механізм зародження патологічної потреби спільний з механізмом її утворення в нормі. Але хвороба створює інші, ніж у нормальному розвитку, умови для подальшого її формування.



Залежно від того, що спонукає людину, будуються її інтереси, переживання і прагнення - зміни в змісті потреб означають і зміни будови особистості людини.

У хворих змінюється не лише зміст потреб і мотивів, змінюється їхня структура: вони стають все менш опосередкованими.

Лише в тому випадку, коли потреба стає опосередкованою (свідомо поставленою метою), можливо свідомо управляти нею. У хворих, у яких немає можливості опосередкування свідомою метою, потреби некеровані - вони набувають будови потягів.

Опосередкованість потреб, мотивів пов'язана з їхньою ієрархічною побудовою. Чим більше опосередкований характер мотивів і потреб, тим більше виражений їхній ієрархічний зв'язок. Якщо мотиви ієрархічно побудовані, то не відбувається жорсткої фіксації на засобі задоволення потреби.

Приклад (продовження). Під впливом алкоголізму у хворих порушується попередня ієрархія мотивів. Деколи у хворих з'являється бажання працювати, прагнення до спілкування зі старими друзями, хворий здійснює якісь рухи, керуючись попередньою ієрархією мотивів, але усі ці спонукання не стійкі. Головним мотивом, що спрямовує діяльність хворого, стає задоволення потреби в алкоголі. Перебудова ієрархії мотивів хворих особливо яскраво проявляється у способі задоволення потреби в алкоголі і способі знаходження засобів для її задоволення.

Починає виділятися ланцюг допоміжних дій. На їх виконання з часом іде уся свідомо активність хворого. У них відображається нове ставлення до оточуючого світу; це веде до нових оцінок ситуацій, людей. З часом усі проблеми починають вирішуватися через алкоголь, з його допомогою, і алкоголь стає смислотвірним мотивом поведінки.

У міру того, як у ході хвороби алкоголь стає сенсом життя, попередні установки, інтереси відходять на задній план. Робота перестає цікавити хворих - вона потрібна лише як джерело грошей. Сім'я з об'єкту турбот стає гальмом на шляху задоволення пристрасті. Таким чином поступово порушується попередня ієрархія потреб, мотивів і цінностей, що склалися до хвороби, і формування взамін її нової ієрархії. Руйнуються вищі потреби і установки особистості. Звужується коло інтересів, втрачаються соціальні зв'язки із світом. Змінюються мотиви особистості.

Зміна ієрархії мотивів та їх опосередкованості означає втрату складної організації діяльності людини. Діяльність втрачає специфічно людську характеристику: з опосередкованою вона стає імпульсивною. Щезають дальні мотиви, потреба в алкоголі переходить у потяг, який стає домінуючим у житті хворого.

## 2. Порушення смислотворення

Мотиви мають спонукальну та смислотвірну функції, які не завжди піддаються розрізненню. Нерідко буває так, що людина усвідомлює мотив, заради якого дія повинна здійснитися, але цей мотив залишається знаним і не спонукає до дії. Л. І. Божович та її співробітники показали, що таке явище часто трапляється в дітей молодшого шкільного віку. Наприклад, дитина може знати, що для оволодіння майбутньою професією треба добре вчитись, але, не дивлячись на це розуміння, мотив до навчання не має достатньої спонукальної сили і доводиться підключати якісь додаткові мотиви.

Саме це злиття обох функцій мотиву - спонукальної і смислотвірної - надає діяльності людини характеру свідомо регульованої діяльності. Послаблення і викривлення цих функцій - смислотвірної і спонукальної - призводить до порушень діяльності.

Це виражається в одних випадках у тому, що смислотвірна функція мотиву послаблюється, мотив перетворюється на лише знаний. Так, хворий знає, що до близьких треба добре ставитись, але при цьому він принижує свою матір.

В інших випадках виступає звуження кола смислових утворень: мотив, зберігаючи до певної міри спонукальну силу, надає смислу відносно меншому колу явищ, ніж до захворювання. В результаті багато з того, що раніше мало для хворого особистісний смисл (наприклад, навчання, дружба, робота, ставлення до батьків і т.д.), поступово втрачає його. В результаті втрачається і спонукальна сила мотиву.

### 3. Порушення підконтрольності поведінки

Порушення підконтрольності, критичності поведінки - один з найбільш яскравих проявів порушення особистості. Воно може набувати різних форм і виступати:

- у структурі різних процесів: мислення, сприйняття (Е. А. Єв-лахова, Б. В. Зейгарник);
- у неправильній оцінці своєї особистості, своїх дій (Б. В. Зей-гарник, С. Я. Рубінштейн);
- у некритичності до своїх психопатичних переживань.

І. І. Кожуховська показала своїми дослідженнями, що яких би форм не приймала некритичність, вона означає порушення діяльності в цілому. Критичність утворює "вершину особистісних якостей людини". Прийоми, спрямовані на вивчення критичності, є найбільш адекватними для аналізу особистісних особливостей.

Некритичність може змінювати діяльність хворого по-різному: деякі з них можуть стати розгальмованими, в інших втрата контролю своїх дій приводить до бездіяльності.

Запитання для самоперевірки

1. Назвіть види порушень особистості.
2. У чому проявляється порушення опосередкованості та ієрархії мотивів?
3. Що таке провідний мотив? Яка його роль?
4. У чому полягає значення додаткових мотивів?
5. Поясніть, як може формуватися патологічно змінена потреба.
6. Що веде за собою зміна ієрархії мотивів та їх опосередкованості?
7. Які функції виконують мотиви?
8. До чого веде послаблення і викривлення функцій мотиву?
9. Поясніть суть порушення смислоутворення як розладу особистості. 10. У чому проявляється порушення підконтрольності поведінки?

## Тема 6. Патопсихологічний розвиток як фактор девіантної поведінки

### 1. Поняття про девіантну поведінку

Девіантна поведінка - система вчинків чи окремі вчинки, які суперечать прийнятим у суспільстві нормативам і проявляються у вигляді:

- незбалансованості психічних процесів;
- не адаптивності;
- порушенні процесу само актуалізації;
- у вигляді ухиляння від морального та естетичного контролю за власною поведінкою.

Для того щоб оцінити девіантну поведінку людини, необхідно проаналізувати її взаємодію з реальністю, оскільки головний принцип (адаптивність) виходить з пристосування до чогось чи когось, тобто реального оточення.

Способи взаємодії індивіда з реальністю

1. Пристосування - обирає гармонійна людина (гармонійна людина може обирати і спосіб втечі від реальності, коли реальність може бути негармонійною, наприклад: добровільне пристосування до умов авторитарного режиму, поділ його цінностей і вибір відповідної поведінки не можуть розглядатись як гармонійні).

2. Боротьба (протидія) - індивід активно намагається руйнувати невідповідну йому дійсність, змінювати її відповідно до власних установок і цінностей. Людина переконана, що усі проблеми, з якими вона стикається, зумовлені факторами дійсності, і єдиним способом досягнення своїх цілей є боротьба з дійсністю, спроба переробити реальність під себе чи максимально витягти вигоду з поведінки, що порушує норми суспільства.

Тому відповідно зі сторони суспільства виникає також протидія, вигнання чи спроба змінити індивіда, підлаштувати його під вимоги реальності. Протидія реальності трапляється при кримінальній та делінквентній поведінці.

3. Хворобливе протистояння - зумовлене ознаками психічної патології і психопатологічними розладами (зокрема, невротичними), при яких навколишній світ сприймається ворожим у зв'язку із суб'єктивним викривленням його сприймання і розуміння. Симптоми психічного захворювання порушують можливість адекватно оцінювати мотиви вчинків оточуючих і внаслідок цього - ефективна взаємодія з оточенням стає ускладненою. Якщо при протистоянні реальності здорова людина усвідомлено обирає шлях боротьби з дійсністю, то при хворобливому протистоянні у психічно хворої людини такий спосіб є єдиним і вимушеним.

4. Втеча від реальності - її свідомо чи несвідомо обирають люди, які розцінюють реальність негативно і опозиційно, вважаючи себе нездатними адаптуватися до неї. Вони можуть також орієнтуватись на небажання пристосуватись до дійсності, "яка не заслуговує того, щоб до неї пристосовувались" через недосконалість, консерватизм, одноманітність, пригнічення екзистенційних цінностей чи відверто антигуманну діяльність.

5. Ігнорування - проявляється в автономізації життя і діяльності людини, коли вона не бере до уваги вимог і норм реальності, існуючи у власному вузькопрофесійному світі. При цьому не відбувається ні зіткнення, ні протидії, ні втечі від реальності. Кожен існує ніби сам по собі. Такий варіант взаємодії з реальності - рідкість, трапляється лише у невеликій кількості підвищено обдарованих, талановитих людей з гіперздібностями в якійсь одній сфері.

Щоб оцінити типи девіантної поведінки, треба знати, від яких саме норм суспільства вони можуть відхилятися.

Норми: правові, моральні, естетичні, норми сексуальної поведінки. Норма - це явище групової свідомості у вигляді уявлень, що поділяються групою, і найбільш частих суджень членів групи про вимоги до поведінки з врахуванням їх соціальних ролей, які створюють оптимальні умови буття, з якими ці норми взаємодіють і, відображаючи, формують його (К. К. Платонов).

## 2. Типи девіантної поведінки

Залежно від способів взаємодії з реальністю і порушення тих чи інших норм суспільства девіантна поведінка поділяється на п'ять типів:

1 - делінквентна - девіантна поведінка, яка у крайніх своїх проявах є діями, що тягнуть за собою кримінальне покарання. Характерна для людей:

- з нестійким внутрішнім світом; людина здійснює злочин під впливом обставин, що склалися, чи оточуючих осіб;

- з високим рівнем правосвідомості, але пасивним ставленням до інших порушників правових норм;

- можуть лише випадково вчинити злочин.

У цих людей у межах вольової свідомої дії в силу індивідуально-психологічних особливостей порушується чи блокується процес передбачення майбутнього результату делікту (проступку) - не має істотної суспільної небезпеки.

У таких людей сила спонукального мотиву гальмує аналіз негативних його наслідків. Часто делінквентні дії опосередковуються ситуаційно-імпульсивними чи афективними мотивами. Ці мотиви реалізуються без етапу попереднього планування і вибору адекватних об'єктів, цілей, способів і програми дії для задоволення актуальної потреби.

Делінквентна поведінка може проявитися, зокрема, в бешкетництві і бажанні порозважатись (наприклад, підліток з цікавості і за компанію може кидати з балкону важкі предмети чи їжу в перехожих, отримуючи задоволення від точності попадання в "жертву"; людина може зателефонувати в диспетчерську аеропорту і попередити про нібито закладену в літаку бомбу; щоб привернути до себе увагу, молодий чоловік може спробувати залізти на телевізійну башту).

2 - адиктивна поведінка - одна з форм девіантної поведінки з формуванням прагнення до втечі від реальності шляхом штучної зміни свого психічного стану через вживання деяких

речовин чи постійну фіксацію уваги на певних видах діяльності, що спрямоване на розвиток і підтримання інтенсивних емоцій.

Основний мотив особистостей, схильних до адиктивних форм поведінки, - активна зміна психічного стану, що не задовольняє їх і розглядається ними як "сірий", "нудний", "монотонний", "апатичний".

Такій людині не вдається виявити в реальній дійсності якісь сфери діяльності, здатні привабити надовго її увагу, захопити, викликати якусь істотну і виражену емоційну реакцію.

Життя їй бачиться нецікавим через його буденність і одноманітність. Людина не сприймає того, що вважається в суспільстві нормальним: необхідності щось робити, чимось займатись, дотримуватися прийнятих у сім'ї чи суспільстві традицій і норм.

Адиктивна активність має вибіркового характер - у тих сферах життя, які хоч на якийсь час, але приносять людині задоволення і виривають її із світу емоційної нечутливості (стагнації), вона може проявити велику активність для досягнення мети.

Особливості людей з адиктивними формами поведінки:

- знижена витривалість до труднощів повсякденного життя поряд з хорошою витривалістю у кризових ситуаціях;
- прихований комплекс неповноцінності, який поєднується із перевагою, яка зовнішньо виявляється;
- зовнішня соціабельність, яка поєднується зі страхом перед стійкими емоційними контактами;
- прагнення говорити неправду;
- прагнення звинувачувати інших, знаючи, що вони невинні;
- прагнення до втечі від відповідальності у прийнятті рішень;
- стереотипність, повторюваність поведінки;
- залежність;
- тривожність.

Передбачуваність, заданість власної долі - дратуючий момент адиктивної особистості. Кризові ситуації з їх непередбачуваністю, ризиком і вираженими афектами є для них тим ґрунтом, на якому вони набувають впевненості у собі, самоповаги, відчуття переваги над іншими. Відзначається феномен "спраги гострих відчуттів" (В. А. Петровський).

Е. Берн виділив шість типів голоду, які є в людини:

- за сенсорною стимуляцією;

- за визнанням;
- за контактом і фізичним прогладжуванням;
- сексуальний;
- структурний, або за структуруванням часу;
- за інцидентами.

У межах адиктивного типу виділені типи загострюються - людина не знаходить задоволення відчуття голоду в реальному житті і прагне зняти дискомфорт і незадоволення реальністю, стимуляцією тих чи інших видів діяльності. Вона намагається досягти підвищеного рівня сенсорної стимуляції (віддає перевагу інтенсивним впливам, голосному звуку, різким запахам, яскравим зображенням), визнання неординарністю вчинків (в тому числі сексуальних), наповненістю часу подіями.

Погана витривалість до труднощів повсякденного життя і догорання у непристосованості і відсутності життєлюбства зі сторони близьких формують в адиктивних особистостей прихований "комплекс неповноцінності" - вони страждають, що відрізняються від інших, що нездатні "жити як люди". Цей комплекс повертається гіперкомпенсаторною реакцією - від заниженої самооцінки людина переходить відразу до завищеної (обминаючи адекватну); з'являється відчуття переваги над іншими, це захисна психологічна функція, що сприяє підтриманню самоповаги у несприятливих мікросоціальних умовах (наприклад, за конфронтації з сім'єю чи колективом).

На адиктивну людину діє великий вплив соціуму, їй доводиться підлаштовуватись під норми суспільства, вона навчається формально виконувати ті соціальні ролі, які їй нав'язуються суспільством (зразкового сина, уважного співрозмовника, порядного колеги).

Зовнішня соціабельність, легкість налагодження емоційних контактів супроводжується маніпулятивною поведінкою і поверхневостю емоційних зв'язків.

Така людина боїться стійких і тривалих емоційних контактів через швидку втрату інтересу до однієї й тієї самої людини чи виду діяльності, через страх відповідальності за якусь справу (наприклад, мотивом поведінки "закоренілого холостяка", коли переважають адиктивні форми поведінки, може бути страх відповідальності за можливу дружину і дітей та залежності від них).

Намагаючись приховати власний "комплекс неповноцінності", людина проявляє прагнення говорити неправду, обманювати оточуючих, звинувачувати інших у власних помилках і промахах.

Однією з основних рис у поведінці адиктивної особистості є прагнення до втечі від реальності.

"Втеча" полягає в тому, що взамін гармонійної взаємодії з усіма аспектами дійсності відбувається активація в якомусь одному напрямі; при цьому людина зосереджується на вузько спрямованій сфері діяльності (часто негармонійній і такій, що руйнує особистість), ігноруючи решту.

Н. Пезешкіан виділяє чотири види "втєчі" від реальності:

- "втєча в тіло" - переорієнтація на діяльність, спрямовану лише на власне фізичне чи психічне удосконалення; гіпер-компенсаторним стає захоплення оздоровчими заходами ("параноя здоров'я"), сексуальними взаємодіями, власною зовнішністю, якістю відпочинку і способами розслаблення;
- "втєча в роботу" - дисгармонійна фіксація на службових справах;
- "втєча в контакти чи самотність" - спілкування стає або єдино бажаним способом задоволення потреб, заміщуючи інші, або кількість контактів зводиться до мінімуму;
- "втєча в фантазії" - схильність до роздумів і відсутність бажання щось утілювати в життя.

З - патохарактерологічний тип девіантної поведінки - поведінка, зумовлена патологічними змінами характеру, які сформувались у процесі виховання: розладами особистості (психопатії), явно вираженими акцентуаціями характеру, невротичним розвитком особистості.

Дисгармонійність рис характеру призводить до того, що змінюється уся структура психічної діяльності людини.

Найбільш характерні мотиви:

- прагнення до реалізації неадекватно завищеного рівня домагань;
- тенденція до домінування і володарювання;
- впертість;
- образливість;
- нетерплячість до протидії;
- схильність до самозвинувачення і пошуків приводів для розрядки афективного напруження;
- егоцентризм;
- жага визнання;
- завищена самооцінка;
- прагнення маніпулювати оточуючими і контролювати їх (оточення розглядається лише як засіб, що повинен служити задоволенню потреб даної людини).

За невротичного розвитку особистості девіації проявляються у вигляді невротичних нав'язливостей та ритуалів, які пронизують усю життєдіяльність людини та мають за мету зняти стан емоційного напруження і тривоги (наприклад, людина з нав'язливими ритуалами може довго і на збитки своїм планам здійснювати стереотипні дії: відкривати і закривати двері, певну кількість разів пропускати тролейбус, що підходить до зупинки).

4 - психопатологічний тип девіантної поведінки - ґрунтується на психопатологічних симптомах чи синдромах, що є проявами тих чи інших психічних захворювань. Як правило, мотиви поведінки психічно хворого залишаються незрозумілими до тих пір, поки не будуть виявлені основні ознаки психічних розладів.

Людина може проявляти девіантну поведінку через:

- порушення сприймання - галюцинації чи ілюзії (наприклад, закривати чимось вуха, до чогось прислухатись, шукати неіснуючий об'єкт, розмовляти із собою),
- порушення мислення (наприклад, висловлює, відстоює і намагається досягти поставленої мети на основі неадекватного тлумачення дійсності, активно обмежувати сфери свого спілкування з оточуючим світом через нав'язливі ідеї і страхи),
- порушення вольової активності (здійснює нерозумні і незрозумілі вчинки чи місяцями бездіє, здійснює стереотипні рухи чи надовго застигає в одноманітній позі).

Різновидом патохарактерологічного та психопатологічного типу девіантної поведінки є саморуйнівна (аутодеструктивна) поведінка - система вчинків людини, спрямована не на розвиток і особистісне зростання, і не на гармонійну взаємодію з реальністю, а на деструкцію особистості.

Агресія спрямовується на себе, дійсність розглядається як щось опозиційне, що не дає можливості повноцінно жити і задовольняти наявні потреби.

Аутодеструкція проявляється у вигляді суїцидальної та парасуїцидальної поведінки, наркотизації й алкоголізації, інших видів девіацій.

Мотиви саморуйнівної поведінки:

- адикції, нездатність поратись з буденним життям;
- патологічні зміни характеру;
- психопатологічні симптоми і синдроми.

5 - девіації, зумовлені гіперздібностями людини - людина, здібності якої значно перевищують середньостатистичні, розглядається як така, що виходить за рамки нормальної (це прояв обдарованості, таланту, геніальності у якійсь одній з діяльностей людини).

Відхилення в бік обдарованості в одній сфері часто супроводжується девіаціями у повсякденному житті. Така людина часто виявляється непридатною до "побутового, приземленого" життя. Вона нездатна правильно розуміти і оцінювати вчинки та поведінку інших людей, виявляється наївною, залежною і неготовою до труднощів повсякденного життя.

Якщо при делінквентній поведінці спостерігається протидорство з реальністю, при адиктивній - втеча від реальності, при патохарактерологічному і психопатологічному - хворобливе протистояння, то при поведінці, пов'язаній з гіперздібностями, - ігнорування реальності.



Людина існує в дійсності ("тут і тепер") і одночасно ніби живе у власній реальності, не роздумуючи про необхідність "об'єктивної дійсності", у якій діють інші оточуючі люди.

Вона розцінює звичайний світ як щось малозначуще, неістотне і тому не бере ніякої участі у взаємодії з ним, не виробляє стилю емоційного ставлення до вчинків інших, приймає будь-яку подію відсторонено.

Вимушені контакти сприймаються як необов'язкові, тимчасові, а не як значущі для її особистісного розвитку.

Зовні в повсякденному житті вчинки такої людини можуть бути дивакуватими (наприклад, вона може не знати, як користуються побутовими приладами, як здійснюються побутові дії; весь інтерес зосереджений на діяльності, пов'язаній з неординарними здібностями).

Тип девіантної поведінки детермінує форму її виявлення (одна форма може зумовлюватися різними типами).

### 3. Причини формування девіантної поведінки

За С. М. Зінченко, в основі формування девіантної поведінки лежить взаємодія біологічних чинників та факторів навколишнього середовища.

Біологічні фактори ризику: генетичний ризик (при цьому не доведено, що існує пряма залежність передачі девіантної поведінки через ген, мається на увазі передача конституційно-типологічних рис), гормональні фактори (наприклад, андрогени статевих залоз хлопчиків-підлітків пов'язані з агресивною поведінкою), нейрохімічні чинники, нейрофізіологічна реактивність.

Соціальні стресові фактори: сімейні фактори (психічні захворювання батьків, алкоголізм, наркоманія; стійкі та тяжкі проблеми у стосунках між батьками, а також жорстокість та занедбаність; імпульсивно-агресивний стиль поведінки в родині), вплив малої референтної групи, особливо з асоціальними формами поведінки, економічні негаразди, проблема зайнятості тощо.

При цьому наявність названих чинників не обов'язково приводить до формування девіантної поведінки. Так, підліток може і відійти від попередньої девіантної поведінки, що може бути пов'язане з позитивним впливом значущих для нього людей, зміною товариства, вибором позитивного партнерства, високим інтелектом, здатністю до постійного затримування у школі, на роботі тощо.

### 4. Форми вияву девіантної поведінки

Девіантна поведінка, за С. М. Зінченко, має такі форми вияву: - Агресія - фізична або вербальна поведінка, спрямована на завдання шкоди кому-небудь. Може виявлятися у прямій формі (людина виказує погрози або виявляє агресію в дії) та непрямій (виявляє негативне ставлення до іншої людини з особистою неприязню). Види агресивних дій: фізична агресія (напад); непряма агресія (злісні плітки, крики, тупотіння ногами тощо); схильність до виявлення негативних реакцій за будь-яких обставин; негативізм (опозиційна лінія поведінки від пасивності до боротьби); образа, ненависть до навколишніх людей (усі погані, усі винуваті); вербальна агресія (крики, загроза, прокляття, лайка).

- Аутоагресія - агресія, спрямована на себе (фізична і вербальна). Форми аутоагресії: суїцидальна поведінка (самогубство) і самоушкодження. Виділяють три основних види суїцидальної поведінки: "аномічна" (пов'язана із кризовими ситуаціями у житті людини, її особистими трагедіями), "альтруїстична" (виконується самогубство заради блага інших), "егоїстична" (обумовлена конфліктом, який формується у зв'язку з непринадністю для конкретного індивіда соціальних умов або соціальних норм поведінки суспільства). Виділяють два види самоушкодження або парасуїцидальних дій: мотивовані дії з метою виводу себе зі стану емоційної нечутливості шляхом гострих афективно-шокових відчуттів; немотивовані дії - імпульсивні дії, пов'язані з блокадою захисних реакцій хворобою. Суїцидальні та парасуїцидальні дії можуть зумовлюватися такими психопатичними синдромами: депресивним, іпохондричним, дисморфобічним, вербальним імперативним галюцинозом, маяченням (ці хворобливі прояви поведінки спонукають людину до суїцидальних дій або самоушкоджень).

- Зловживання речовинами, які зумовлюють стани зміненої психічної діяльності (алкоголізм, наркоманія, токсикоманія).

- Порушення їстівної поведінки (переїдання, голодування). Під їстівною поведінкою розуміють ціннісне ставлення до їжі та її вживання, стереотип споживання їжі у щоденних умовах та в стані стресу, орієнтацію на образ свого тіла та діяльність з його формування. Для порушень їстівної поведінки характерні заклопотаність контролем за масою власного тіла, спотворення його образу, зміна місця їжі в ієрархії цінностей. Основними клінічними формами порушення їстівної поведінки є нервова анорексія, нервова булімія. Ознаки нервової анорексії: відмова від їжі, пов'язана з незадоволенням індивіда своїм зовнішнім виглядом, ідеєю своєї надмірної повноти, неадекватним сприйняттям "образу свого тіла", орієнтацією на свою особисту думку або уявлення референтної групи щодо краси тіла. Різновиди анорексії: 1) нервова анорексія в нормі - слідкування за масою тіла для досягнення модних стандартів; 2) синдром дисморфофобії або дисморфоманії - надцінна ідея своєї повноти; 3) нервова ано-рексія малят (в основі лежить немотивоване зниження апетиту внаслідок гіпоталамічної недостатності або наявності несприятливої для малечі ситуації споживання їжі). Нервова булімія - це напади переїдання, що виникають періодично, неможливість навіть короткий час бути без їжі та надмірна занепокоєність контролем за масою свого тіла. Ознаки нервової булімії: постійне занепокоєння їжею і потяг до їжі навіть в умовах відчуття ситості, спроба протидіяти ожирінню різними способами, нав'язливий страх ожиріння. Булімія буває при синдромах тривоги та стресових станах, при адиктивній поведінці (відбувається відхід від реального світу у світ "їстівного").

- Аномалії сексуальної поведінки (девіації і перверзії). Сексуальні девіації (відхилення) - це будь-яке кількісне або якісне відхилення від сексуальної норми. При цьому діагностичні критерії відхилень у сексуальній поведінці людини дуже складні та суперечливі. Сексуальні перверзії або парафілії - це сексуальні відхилення, які не відповідають критеріям сексуальної норми, спотворюють її за морально-етичними нормами і законами суспільства та кваліфікуються як правопорушення або злочини. Розрізняють явні девіації та приховані. За векторами сексуальної орієнтації можна виділити такі форми девіацій сексуальної поведінки.

1. За вектором інтенсивності фідії (сила лібідо): о Гіперсексуальність - це одна з базових характеристик, які сприяють формуванню різних сексуальних девіацій та перверзій. Вона характеризується значним підвищенням цінності сексуального життя для людини і витісненням інших цінностей. При цьому гіперсексуальність стає не стільки засобом для

досягнення задоволення, а й самоціллю. З'являються різні форми, що відхиляються від норм права, моралі та естетики сексуальної поведінки: секс як пиха, як розвага, як спорт. Відомо, що в рамках гармонійності метою людини при сексуальних контактах є, як правило, задоволення комунікативної потреби, а мотивом - інтерес, альтруїзм тощо. При гіперсексуальності такі цілі і мотиви відходять на другий план, а на перший виходить егоїстичний мотив. При девіантній гіперсексуальності людина використовує статевий контакт не для отримання взаємного сексуального задоволення, а швидше, для себе - здійснюється сексуальний контакт без врахування згоди партнера - за кількістю, тривалістю, часом, місцем та формою реалізації. При цьому можуть використовуватись засоби сексуального контакту з приниженням партнера, залякуванням його тощо.

Гіперсексуальність може проявлятися як сексуальна взаємодія з метою поставити рекорд за кількістю партнерів або за тривалістю статевого акту - формується сексуальна поведінка за типом промискуїтету (безладні статеві зв'язки). Нерідко в таких випадках у суб'єкта з'являється нав'язливий або надцінний характер поведінки в пошуках об'єкта сексуальної взаємодії, і партнер може знецінюватись до рівня "персоніфікуючого збуджуючого об'єкта". Може бути у формі фантазій.

Гіперсексуальна поведінка може бути або варіантом аддик-тивної поведінки або психопатичних розладів. Її різновид - провокуюча поведінка без прагнення до статевого контакту (інколи буває при імпотенції, як надцінна ідея за неможливості її реалізації).

о Асексуальна поведінка - людина знижує значущість і цінність сексуального життя або відкидає її суттєвість повністю і виключає із свого життя дії, спрямовані на сексуальні контакти. Асексуальність - біологічна (імпотенція, хромосомні розлади) та психологічна (імпотенція), або при шизоїдній та астенічній (залежні) акцентуаціях.

2. За вектором спрямованості - партнерства. Вибір сексуального партнера в нормі здійснюється із врахуванням вікового фактору. При цьому адекватною для дорослої людини є спрямованість на особу близької до її вікової групи. Вибір може бути зумовлений, а з одного - естетичними критеріями, при яких норма оцінюється на основі моральних установок суспільства у віковій різниці партнера, з іншого боку, характеристикою зрілості. Виділяють такі основні форми сексуальних перверзій, діагностика яких ґрунтується на невідповідності вікової спрямованості потягу:

о Педофілія - це спрямованість сексуального потягу і еротичного задоволення дорослої людини до дитини. Форми педофіль-них контактів різні - від коїтальних до ексгібіціонізму та петтінгу. Цей різновид може бути при патохарактерологічному та психопатологічному відхиленнях поведінки, а також при аддик-тивному типі - прагнення отримати яскраві, нові переживання.

о Ефеодофілія - потяг до підлітків. Мотив - "незайманість" підлітка, відсутність сексуального досвіду. Входить у структуру усіх видів девіантної поведінки.

о Геронтофілія - це сексуальний потяг до партнера похилого віку, при цьому старече тіло відіграє роль своєрідного фетиша. Буває при органічній деменції, алкоголізмі, психопатіях.

3. За вектором спрямованості сексуального потягу на інший об'єкт розрізняють такі перверзії.

о Зоофілія - сексуальний потяг до тварин (собак, свиней, коней тощо). При цьому тварина розглядається людиною із зоофільною орієнтацією як така, що замінює сексуальний об'єкт. При цьому використовується коїтальний генітально-анальний контакт чоловіка чи жінки із твариною. Найчастіше це буває при акцентуаціях шизоїдного типу, інколи астенічного, при невдалій спробі сексуального контакту гетерогенної спрямованості.

о Некрофілія - сексуальний потяг, або швидше реалізація його при використанні мертвого тіла (у моргах - олігофрени, алкоголіки, психопати).

о Фетишизм - одна з найбільш поширених девіацій або перверзій, яка характеризується заміщенням об'єкта або суб'єкта сексуального потягу яким-небудь символом (частиною його одягу, особистим предметом, фотокарткою), який стає достатнім для здійснення сексуального збудження і оргазму. Проявляється при патохарактерологічних рисах характеру та психопатіях.

о Нарцисизм (аутоеротизм) - спрямованість сексуального потягу на себе, це самозакоханість, завищена самооцінка, підвищений інтерес до своєї зовнішності, своїх статевих органів, сексуальності. Нерідко в таких осіб виявляються істероїдні риси характеру.

4. Вектор засобу реалізації потягу. Найвідоміші яскраві приклади таких перверзій - садизм, мазохізм, садомазохізм. Вони дуже близькі за сексуальною девіацією, тому що мають витоки з гіперрольової поведінки (маскулінної або фемінної) і включають здобуття сексуальної насолоди з насильством і агресією, спрямованою на себе або на партнера, чи на обох.

о Садистська поведінка - проявляється у прагненні отримати сексуальне задоволення шляхом нанесення больової або психологічної агресивної дії. Така поведінка допомагає знайти найвище органістичне задоволення. Це реалізація потреби людини у володарюванні, домінуванні в житті, чого їй не завжди вдається досягти іншим способом. При мазохізмі відбувається зворотний процес - людина прагне бути приналежною, що призводить до оргазму. Іноді в людини можуть бути два протилежних спрямування - садомазохізм.

о Експібіціонізм - досягнення сексуального задоволення шляхом демонстрації своїх статевих органів або свого сексуального життя. Суть експібіціонізму - це гіперкомпенсаторне переборювання відчуття сорому у зв'язку з демонстрацією своїх статевих органів для зняття емоційного та сексуального збудження. Різновид - кандаулесизм - демонстрація голої партнерки. Відомо, що експібіціонізм частіше буває у людей з нав'язливими страхами, при маніакальному синдромі.

о Вуайеризм - форма девіантної сексуальної поведінки, при якій сексуальну насолоду людина отримує при підгляданні (або підслухуванні) за роздягненими людьми або статевими актами (секс по телефону).

о Мастурбація, онанізм - це самореалізація статевого потягу через стимуляцію своїх статевих органів різними способами. Може бути у дітей, підлітків, людей різного віку, коли реалізація сексуального потягу з якихось причин не можлива нормальним способом.

5. Вектор тілесного образу. Особливу групу сексуальних девіацій або уподобань становлять нетрадиційна гетеросексуальна орієнтація та порушення ідентифікації із своєю статтю. До цієї групи належать:

о Гомосексуалізм - сексуальна орієнтація людини спрямована на осіб своєї статі без суттєвої зміни ідентифікації із своєю статтю.

о Трансвестизм подвійної ролі - носіння одягу протилежної статі з метою отримання сексуального задоволення від тимчасового відчуття своєї приналежності до протилежної статі, але без бажання більш постійної зміни статі чи хірургічної корекції.

о Транссексуалізм - суттєво порушується ідентифікація із своєю статтю, людина усвідомлює себе представником іншої статі внаслідок чого вибирає відповідний спосіб та манеру поведінки, яка активно спрямована на гормональну або хірургічну зміну статі з метою зняття внутрішнього конфлікту та дискомфорту, що зумовлений невідповідністю усвідомлення своєї статевої ролі і зовнішньо нав'язаним їй стереотипом поведінки. Механізми формування різні: біологічні (хромосомні) та психологічні.

До сексуальних злочинів належать такі види сексуальних парафілій: зґвалтування, сексуальний садизм, сексуальне вбивство, інцест, інцестне зґвалтування, а також педофілія та ефедофілія, геронтофілія, ексгібіціонізм та інші форми перверзій.

Внаслідок сексуальних злочинів у випадку виживання потерпілих серйозну проблему становлять їх соматичні та психічні порушення (тілесні ушкодження різної тяжкості, дефлорація, вагітність, венеричні захворювання, СНІД; психічні травми можуть призвести до розвитку неврозу, афективної шоквої реакції, психогенної депресії; у сексуальному плані з'являються сексуальна гіпостезія та аноргазмія, койтофобія, вагінізм, сексуальна аверсія). Такі наслідки сексуальних злочинів потребують психотерапевтичної корекції, яку слід проводити як систему заходів за допомогою сучасних методів психотерапії, адекватних до порушень, що виникли у потерпілих.

- Надцінні психологічні захоплення ("трудоголізм", гемблінг, колекціонування, "параноя здоров'я", фанатизм - релігійний, спортивний, музичний тощо). Усі характеристики захоплення посилюються до гротеску. Об'єкт захоплення або надцінної діяльності стає визначальним вектором поведінки людини, який відсуває на другий план або повністю блокує іншу діяльність. Ознаки над-цінних захоплень психологічного рівня: глибока і довготривала зосередженість на об'єкті захоплення; пристрасне емоційно насичене ставлення до об'єкта захоплення; втрата відчуття контролю за часом, який відводиться на це; ігнорування будь-якої іншої діяльності або захоплення; поява відчуття дискомфорту при втраті можливостей реалізувати своє захоплення. Ознаки окремих надцінних психологічних захоплень: 1) трудоголізм - передбачає втечу людини від реальності у сферу діяльності і досягнень, при цьому захопленням стає робота або інша діяльність, де людина хоче досягнути великих успіхів; 2) гемблінг - надцінне захоплення азартними іграми, коли людина повністю присвячує себе грі, виключаючи іншу діяльність; 3) фанатизм - захоплення якою-небудь діяльністю у крайньому ступені вираження із формуванням культу та повною йому підлеглистю людини, її індивідуальності; 4) "параноя здоров'я" - захоплення оздоровчими вправами, коли усі засоби досягнення здоров'я переходять у самоціль, і людина від цього отримує задоволення; 5) колекціонування - колекціонування без визначеної мети та змісту цього захоплення.

- Надцінні психопатологічні захоплення ("філософічна інтоксикація", сутяжництво і кверулянтство і т.ін). Синдром "філософічної інтоксикації" трапляється у підлітків у нормі як складова частина психологічного підліткового комплексу і в патології при шизофренії. При цьому людина має підвищений інтерес до філософських умовиводів, постійну потребу аналізу навколишніх ситуацій, що не завжди зрозуміло для інших людей.

Сутяжництво і кверулянтство - це потяг писати нарікання та скарги до різних інстанцій. Кверулянт - це людина із підвищеним почуттям справедливості, яка бажає добитись правди навіть у незначному, але вона не розуміє реальних негативних фактів та свого хибного засобу боротьби із ними.

- Розлади потягів (клептоманія, дромоманія, піроманія) - здатні призвести до внутрішньої дезорганізації особистості, а також до суттєвих зовнішніх проявів дисгармонії.

Відмінність понять "захоплення" ("увлечение") та "потяги" ("влечение") полягають у тому, що захоплення характеризується усвідомленням мети та мотиву, їх динаміка безперервна і вони можуть з'являтися після складної боротьби мотивів. Потяги ж виникають імпульсивно, без мети та мотиву, періодично, при цьому свідомість у цей час звужена і спрямована на реалізацію цього потягу. До порушень поведінки, яка спричиняються розладами потягів належать: клептоманія - тяжке непереборне прагнення індивіда скоїти крадіжку; дромоманія - тяжке непереборне прагнення індивіда до бродяжництва; піроманія - тяжке непереборне прагнення індивіда до скоєння підпалів.

- Патологічні звичні дії і дійства (яктація, оніхофагія, смоктання пальця, трихотиломанія). Яктація - це розгойдування головою або усім тулубом, що спостерігається у розумово-відсталих людей, при афективно-шоковій реакції після стресу, у маленьких дітей у стані психологічної депривації. Оніхофагія - обкусування та жування нігтів, що може спостерігатись у стані наявної або прихованої тривоги. Дерматоманія, трихотилломанія - нав'язливе чи неподоланне прагнення людини до ушкодження своєї шкіри або волосяного покриву на голові, віях, бровах тощо.

- Характерологічні і патохарактерологічні реакції (емансипації, групування, опозиції, компенсації, гіперкомпенсації тощо).

- Комунікативні девіації (аутизація, гіперкомунікативність, конформізм, псевдологія, нарцисична поведінка та ін.). Можуть стосуватись тільки спілкування, котре, як відомо, має у своєму складі потреби, мотиви до спілкування та засоби спілкування (мовлення, жести, рухи, міміка з емоційними реакціями тощо). Тому розлади комунікативної сфери залежать від того, що порушується у людини: потреби і мотиви чи засоби спілкування.

Розглядають такі основні форми комунікативних девіацій.

#### 1. Вроджені комунікативні девіації (вади).

о Недорозвиток потреб і засобів спілкування - трапляється при розумовій відсталості і характеризується недорозвитком усіх сфер психіки, у тому числі й комунікативної. При цьому у розумово відсталій людини виявляється недорозвиток потреб у спілкуванні, що призводить до унеможливлення формування вищих мотивів спілкування, їх недостатнього рівня і спрямованості. Олігофрен не розуміє, навіщо йому потрібне спілкування, і використовує його для реалізації своїх нижчих потреб, часто фізіологічного напрямку. Крім того, має місце і недорозвиток засобів спілкування (мовлення, рухів, емоційних реакцій). Рівень недорозвитку комунікацій збігається із загальним рівнем недорозвитку психіки.

о Частковий недорозвиток комунікацій і спілкування стосується, насамперед, недорозвитку засобів спілкування. Так, у дітей із загальним недорозвитком мовлення блокується один із засобів спілкування, що обмежує реалізацію їх потреби у спілкуванні та комунікаціях. Але така дитина знаходить альтернативні засоби спілкування - жести, міміку, рухи та пропонує "свою мову". При цьому, може порушуватись правильне і

своєчасне за віком та змістом формування мотивів спілкування, що часто спричинює вторинні невротичні розлади у дитини.

о Спотворення або відсутність потреб і засобів спілкування - ранній дитячий аутизм (РДА), був описаний австрійським психологом і психіатром Каннером у 1943 р. Клінічні прояви РДА:

а) первинний аутизм - відсутність потреб у контакті із людьми та живими істотами;

б) порушення соціальної перцепції - неприйняття себе як особистості (до 5 років не диференціює своє "Я"), не помічає і не контактує із живим світом, а спілкується і виявляє інтерес тільки до неживих предметів;

в) своєрідний недорозвиток комунікативної функції мовлення - пізня її реалізація, переважає монологічна мова, а діалогічна виявляється тільки у 4-5 років, називає себе на своє ім'я, "він", а не "Я", характерна неправильна граматична побудова речень;

г) спотворення і недорозвиток емоцій - дитина не виражає своїх емоційних реакцій - "обличчя принца";

г) "симптом тотожності" - предметний світ повинен бути таким, як завжди, а при його зміні виникає незворотній страх;

д) негативізм, який виникає при зміні життєвого стереотипу (їжа, помешкання), а також при спробі нав'язати дитині контакт (стають рухливо збудженими, кричать, полишають свої навички самообслуговування та загальмовують сечовиділення або акт дефекації; в цілому поведінка стає схожою на поведінку розумово відсталої дитини);

е) рівень розвитку когнітивної сфери не завжди можна визначити, особливо у спілкуванні, але в них розвинутий пошуково-дослідницький рефлекс.

Такі діти дуже рано спроможні зробити усякі справи, розбирати і правильно збирати іграшки, побутову апаратуру.

Вступати у контакт з такою дитиною слід, не нав'язуючи їй свого спілкування: не дивитись на неї, не торкатись, краще відгородитись папером, дощечкою, контактувати через дзеркало. Такі діти краще себе почувають в "обмеженому стінами" просторі. Корекція цього виду комунікативної девіації довготривала, індивідуальна і дуже складна, має свої особливі методи і техніки. 2. Набуті комунікативні девіації.

о Тотальний розпад психіки і з цієї причини - порушення комунікації людини.

Втрачаються потреби та мотиви спілкування, а із засобів - зникає мовлення, залишаються тільки емоційні не-диференційовані реакції нижчого рівня, які вказують на фізичні потреби організму людини.

о Психогенно-зумовлені комунікативні девіації. Психогенний ступор - тотальне загальмування моторних, вольових, емоційних, когнітивних та комунікативних функцій психіки людини, яке з'являється під впливом стресової ситуації і проявляється у повній нерухомості, без жодної відповіді на спроби спілкування з цією людиною. Частіше це відбувається у формі істеричного ступору.

о Часткове психогенно-зумовлене порушення засобів спілкування, а саме, реалізації мовлення - емоціогенний аутизм (мовчання). Внаслідок стресової ситуації або під впливом несприятливої та значущої для людини ситуації порушується спроможність висловлювати свої думки - невротичний "злам" комунікативної функції мовлення. Людина, частіше дитина, не може говорити у тій ситуації, яка спричинює стрес. При цьому емоціогенний аутизм може бути вибіркоким до значущої ситуації або тотальним, загальним і проявляється у будь-якій ситуації.

о Адаптаційні (патохарактерологічні) реакції та стани. Парааутистична реакція - проявляється в тому, що людина під впливом психотравмуючої ситуації або штучного обмеження контактів втрачає потреби у спілкуванні через спотворення мотивів комунікацій. При цьому вторинно блокуються засоби спілкування - мовлення, міміка, рухи. Реакція пасивного протесту теж призводить до обмеження комунікацій. При депресивному стані в основі загальмування потреби у спілкуванні лежить розлад емоцій - депресія.

- Аморальна поведінка. Аморальною називають поведінку, що проявляється у вигляді дій та діяльності, результати яких об'єктивно суперечать моральним нормам незалежно від оцінки їх особистістю, яка їх чинить.

- Неестетична поведінка. Це поведінка людини, яка не наслідує законів прекрасного, духовного тощо. У патології така поведінка може траплятися у дементних хворих або в олігофренів. Таку ж поведінку можуть демонструвати люди із протестними реакціями тощо.

Запитання для самоперевірки

1. Дайте визначення девіантної поведінки.
2. На основі чого оцінюють девіантну поведінку?
3. Опишіть способи взаємодії індивіда з реальністю.
4. Назвіть типи девіантної поведінки.
5. Опишіть суть делінквентної поведінки.
6. Дайте визначення адиктивної поведінки.
7. Поясніть причини виникнення адиктивної поведінки.
8. Опишіть людину, схильну до адиктивної поведінки.
9. Як проявляється патохарактерологічний тип девіантної поведінки?
10. Чим зумовлений патохарактерологічний тип девіантної поведінки?
11. Чим відрізняється психопатологічний тип девіантної поведінки від патохарактерологічного?
12. Як проявляється психопатологічний тип девіантної поведінки?



13. Різновидом якого типу девіантної поведінки є аутодеструктивна поведінка?
14. Як проявляються девіації, зумовлені гіперздібностями людини?
15. Назвіть причини формування девіантної поведінки.
16. Перелічіть форми вияву девіантної поведінки.
17. Опишіть порушення їстівної поведінки.
18. Охарактеризуйте аномалії сексуальної поведінки. Вкажіть, за якими векторами сексуальної орієнтації виділяють девіації сексуальної поведінки.
19. Опишіть девіації сексуальної поведінки за вектором інтенсивності Фідії.
20. Опишіть різні види перверзій за вектором спрямованості - партнерства.
21. Опишіть різні види перверзій за вектором спрямованості сексуального потягу на інший об'єкт.
22. Опишіть різні види перверзій за вектором засобу реалізації потягу.
23. Опишіть різні види перверзій за вектором тілесного образу.
24. Які парафілії відносять до сексуальних злочинів?
25. У чому суть надцінних психологічних захоплень?
26. Назвіть надцінні психопатологічні захоплення.
27. У чому проявляються розлади потягів?
28. Поясніть суть комунікативних девіацій.
29. Назвіть патологічні звичні дії і дійства, що є формою прояву девіантної поведінки.
30. Назвіть патохарактерологічні реакції, що є формою прояву девіантної поведінки.