

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
Кафедра психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології,  
наркології та сексології

# **ПСИХОЛОГІЯ ТА ПАТОЛОГІЯ ЕМОЦІЙ, ВОЛІ, УВАГИ**

Навчально-методичний посібник

для студентів 4 курсу медичних факультетів зі спеціальностей  
«Лікувальна справа» та «Педіатрія»

Запоріжжя  
2017

УДК 616.89-008.44(075.8)

С 20

*Затверджено на засіданні Центральної методичної Ради ЗДМУ  
(протокол № \_\_\_\_ від «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2017 р.)  
та рекомендовано для використання у навчальному процесі*

**Автор:**

*Саржевський С. Н.*, доцент кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології, к.мед. н.

**С 20 Саржевський С. Н.**

Психологія та патологія емоцій, волі, уваги : навчально-методичний посібник для студентів 4 курсу медичних факультетів зі спеціальностей «Лікувальна справа» та «Педіатрія». – Запоріжжя, 2017. – 72 с.

Навчально-методичний посібник складений відповідно до "Освітньо-професійної програми вищої освіти". Посібник підготовлений згідно з матеріалами, розробленими викладацьким складом кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології Запорізького державного медичного університету, згідно робочої програми навчальної дисципліни «Психіатрія та наркологія». Автори виходили з сучасних вимог до викладання, контролю теоретичних знань, умінь і практичних навичок в умовах кредитно-модульної системи оцінки навчання. Матеріали навчально-методичного посібника є керівництвом для проведення занять з психіатрії та наркології з студентами 4 курсу медичного факультету зі спеціальностей «Лікувальна справа» та «Педіатрія» і розроблені вперше. З огляду на прогресивний розвиток психіатрії, зміни вимог до фахівців, даний посібник з часом не повністю відповідатиме педагогічним і професійним потребам, тому він буде вдосконалюватися і доповнюватися.

**УДК 616.89-008.44(075.8)**

*Затверджено на засіданні кафедри «03» квітня 2017р., Протокол № 33  
Переглянуто на засіданні кафедри «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_р., Протокол № \_*

# Психологія та патологія емоцій, волі, уваги.

## 1.Актуальність теми:

Емоційне реагування є найбільш давня психічна функція у людини. Тому воно супроводжується вегетативними та соматичними проявами, пов'язано з сферою мислення та руховою активністю. За даними ВОЗ зараз уніполярна депресія займає 4 місце серед усіх захворювань людини, до 2020 року ця патологія буде другою. Серед усієї патології психіки афективні розлади займають друге місце (340 млн. хворих). У 15% пацієнтів з важкою депресією фіксуються суїциди, а лише один з десяти має відповідне лікування. Вольова функція демонструє кінцеву реалізацію в дії усіх побажань людини, що формує мотиваційну діяльність. Тому розлади волі в першу чергу призводять до соціальної дезадаптації, та потребують точної верифікації та диференційованого підходу.

Воля це усвідомлена цілеспрямована психічна активність, пов'язана з подоланням перешкод. Вольові порушення та розлади потягів завжди супроводжують афективну патологію.

## 2.Навчальні цілі заняття:

А. Сформувати поняття про розлади емоцій, волі, уваги, симптоми та синдроми афективно - вольової патології, які захворювання супроводжуються цими розладами.

Б. Знати:

- 1). Визначення та класифікація емоцій;
- 2). Поняття гіпотимія, симптоми цієї групи;
- 3).Гіпертимія, маніакальний та депресивний синдроми;
- 4). Які бувають паратимії?;
- 5). Воля, класифікація розладів вольової сфери та уваги.
- 6). Характеристика вольових розладів;

В. Вміти:

- 1). Проводити клінічне обстеження хворих з метою виявлення симптомів порушень емоцій та волі;
- 2). Навчитись діагностувати найбільш вагомі розлади емоцій та волі;
- 3). Виявляти емоційно - волеві розлади за допомогою додаткових патопсихологічних методик;
- 4). Аналізувати основні синдроми, пов'язані з порушенням емоційно – вольової сфери.

### **Конкретні цілі:**

1. Зібрати та оцінити скарги та анамнез хвороби пацієнтів на афективні та вольові розлади.
2. Вміння висловити у психічному статусі з'ясовані симптоми та синдроми.
3. Можливість проводити додаткові патопсихологічні методи.
4. Проведення диференціальної діагностики схожих симптомів та синдромів.

### **3. Цілі розвитку особистості:**

Розвинути почуття відповідальності за своєчасність та правильність прийняття рішення по оцінці загального стану, наявності ускладнень. Сформувати деонтологічні уявлення щодо особливості відношення майбутнього фахівця до пацієнта з психічними розладами та його родини.

### **4. План і організаційна структура заняття.**

№	Етапи заняття, їх функції і зміст	Навчальні цілі в рівнях засвоєння	Методи контролю і навчання	Матеріали методичного забезпечення
1. 2. 3.	Організаційні питання Формування мотивації. Контроль вихідного рівня знань, навичок,		Тестовий контроль I рівня	Академ.журнал. «Навчальні цілі» «Актуальність» Методичні розробки

	<p>умінь:</p> <p>1.Клінічна класифікація патології емоцій і волі;</p> <p>2.Поняття депресія та манія; їх клінічні різновиди;</p> <p>3.Визначення волі, елементи вольового процесу;</p> <p>4.Гіпер, гіпо та абулія, їх прояви, парабулії;</p>	<p>I</p> <p>II</p> <p>II</p> <p>II</p> <p>II</p>	<p>Індивідуальне опитування</p> <p>Фронтальна бесіда</p> <p>Тестовий контроль II рівня</p> <p>Рішення типових задач II рівня.</p>	<p>Тематичні таблиці, плакати, слайди, структурно – логічні схеми</p> <p>Питання для індивідуального усного опитування</p> <p>Тестові завдання I,II рівня</p> <p>Тестові задачі II рівня</p>
	<p>Формування професійних навичок та вмінь:</p> <p>1. Оволодіння методикою опитування хворого;</p> <p>2. Опитування і аналіз даних анамнезу хвороби та життя пацієнта;</p> <p>3. Опитування пацієнта з метою діагностики порушень емоцій та волі;</p> <p>4.Інтерпретація даних додаткових</p>	<p>III</p> <p>III</p> <p>III</p> <p>III</p>	<p>Методи формування навичок: Професійний тренінг,</p> <p>Рішення тестів II рівня, типових задач II рівня.</p> <p>Методи формування вмінь: Професійний тренінг у вирішенні нетипових клінічних ситуацій, задачі III рівня.</p>	<p>Алгоритми для формування практичних навичок. Методичні розробки.</p> <p>Атлас психоекспериментального дослідження.</p> <p>Таблиці, тести, типові задачі III рівня.</p> <p>Алгоритм для формування професійних вмінь.</p> <p>Хворі, історії хвороби, дані додаткових методів дослідження. Ситуаційні нетипові задачі, імітаційні ігри.</p> <p>Обладнання. Елементарні</p>

	методів обстеження			експериментально - психологічні тести.
1. 2. 3.	Контроль кінцевого рівня підготовки. Підведення підсумків учбової діяльності студента. Інформування студента про тему наступного заняття	III	Індивідуальний контроль практичних навичок. Оцінка результатів клінічної роботи, рішення тестів, задач.	Обладнання. Історії хвороби. написаний психічний статус , задачі III рівня, тестові завдання III рівня.  Орієнтовна карта для самостійної роботи з літературою

## 5. Матеріали для аудиторної самостійної роботи.

### 5.1. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми

Дисципліна	Знати	Вміти
Найменування попередніх дисциплін		
1. Кафедра нормальної фізіології людини.	Знання про морфо – функціональний взаємозв'язок емоцій та волі людини.	Визначити функцію лімбічної системи.
2. Кафедра патологічної фізіології	Знання про патофізіологічні механізми формування порушень емоцій й волі.	Пояснити взаємозв'язок соматичних та психічних проявів при депресіях, апатії, абулії.
3. Кафедра суспільних дисциплін з курсу загальної психології	Методи патопсихологічного дослідження емоційно – вольової сфери.	Провести психо - експериментальні методики, щоб виявляти симптоми порушення

		емоцій та волі.
<b>Наступні дисципліни</b>		
1. Кафедра внутрішніх хвороб.  2. Курс нейрохірургії	Механізми впливу емоційних розладів на початок гіпертонічної хвороби та виразки шлунку. Механізми взаємозв'язку порушень емоцій та волі з можливим ураженням окремих ділянок мозку.	Виявити ознаки гіпертонічної хвороби, виразки шлунку.  Виявити ознаки пухлин, атрофій та іншої патології різних ділянок головного мозку.
<b>Внутрішньопредметна інтеграція</b>		
1. Розлади мислення.  2. Розлади інтелекту	Клінічні ознаки кількісних та якісних порушень мислення, що супроводжують депресивний та маніакальний синдроми. Клінічні симптоми деменцій.	Враховувати розлади мислення в оцінці психічного стану хворого з ведучими емоційними та вольовими порушеннями  Диференціювати початкові прояви деменцій з апатією та різновидами депресій.

**Мінімальний перелік практичних навичок, якими повинен оволодіти студент протягом заняття.**

1. Уміння виявити першорядні порушення емоцій (депресія, манія, дисфорія, апатія) та патологію волі у хворих під час курації.
2. Студенти самостійно працюють з хворими в палатах, використовуючи експериментально-психологічні методики.
3. Виявлену патологію студенти записують, описуючи психічний стан хворого.

## 5.2. Зміст теми заняття (теоретичний опис).

### Психологія емоцій

Термін "емоція", від латинської *emoveo, emovere* – хвилювати, збуджувати. У мову лікаря цей термін прийшов з французької літератури (*emotion* – емоція). Багато авторів розуміють емоції як психічні переживання, що виражають наші відносини до зовнішнього і внутрішнього середовища. Емоції усвідомлюються, вербалізуються в певних почуттях і настрої. П.В.Симонов визначає цей термін так: "Емоції – це відображення мозком людини і тварини якоїсь актуальною потреби і ймовірності або можливості її задоволення ... ". Суб'єктивно емоції проявляються в переживанні людиною ставлення до оточуючих подразників і її внутрішнього стану.

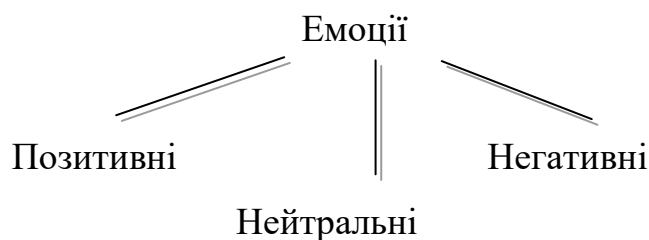
Емоції відіграють значну роль у всіх проявах людської діяльності. Фізіологічну основу емоцій складає спільна діяльність кори і підкоркових утворень. І. П. Павлову належать слова: «Емоції – джерело сили для коркових клітин». Згідно вчення І.П. Павлова про основні нейродинамічні системи, які визначають психічну діяльність, «найближча» підкоркова ділянка, особливо гіпоталамус, є перша інстанція для складних співвідношень організму з навколишнім середовищем.

З психологічної точки зору, емоції людини можна трактувати як переживання, настрої, специфічні відчуття, афекти, почуття. Переживання можуть складатися з слабких почуттів, наприклад, задоволення, і сильних почуттів або емоцій, наприклад, гнів, радість. *Афекти* - це короткочасні, але сильні стани, що швидко розвиваються. *Почуття* ж нерідко визначають як стійкі емоції, стани наших суб'єктивних переживань, що зберігаються годинами, днями, тижнями. Часто це називають нашим *настроєм*, який відображає рівень психічного, фізичного і соціального благополуччя, тобто здоров'я. Згідно А.Н. Леонтьєву, емоції це відносно стабільний психічний стан, який залежить від імовірності задоволення потреби. Мала ймовірність



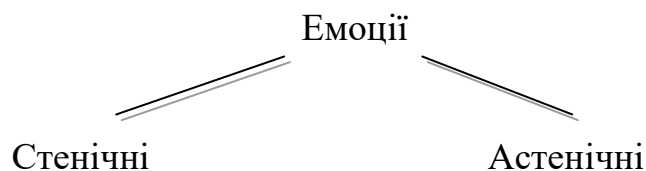
уникнути небажаного впливу викликає у людини тривогу, а мала ймовірність досягти бажану мету - розчарування.

Емоціональний фон, або емоційний стан, багато в чому відображає загальне, цілісне ставлення людини до навколишньої ситуації, до самого себе і пов'язаний з особистісними характеристиками індивідуума.

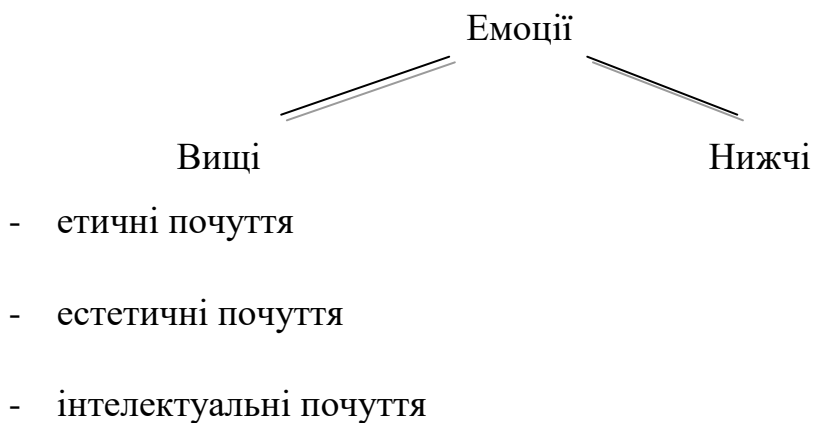


Емоціональне реагування – це короткочасна емоційна відповідь на той чи інший вплив, який має ситуаційний характер. Загальновизнано поділ емоцій на *негативні*, що відображають неприємні переживання, те чи інше незадоволення. І *позитивні* емоції, що відображають приємні почуття, наше задоволення.

Є і *нейтральні* емоції, що відображають байдужість. Негативні емоції відчуються в формі незадоволення середовищем проживання і невдоволенням собою в формі образи, страху, гніву. Позитивні емоції ми отримуємо в формі радості, задоволенням собою, блаженства. Позитивні і негативні переживання виражаються з різною інтенсивністю.



Наші переживання ділять також на *стенічні*, які підвищують розумову і фізичну працездатність, і *астенічні*, які знижують працездатність. Стенічні емоції можуть включати позитивні і негативні переживання, астенічні - негативні.



Відповідно до потреб виділяють *нижчі*, прості, первинні емоції в зв'язку з життєво необхідними потребами і *вищі*, соціально обумовлені в онтогенезі. Соціальні та духовно обумовлені емоції називають *почуттями*. Це етичні, естетичні, інтелектуальні почуття.

Людські емоції властиві ранньому дитинству. Перший плач дитини розглядають як початок емоційних проявів. З п'ятого тижня з'являється мімічна реакція, посмішка, що виражає позитивну емоцію. Сміх - у двомісячної дитини. З третього місяця - загальні рухові реакції, що відображають різні приємні і неприємні емоції. Після першого року життя у дитини все більше емоційних реакцій.

*Етичні почуття* пов'язані з вихованням норм поведінки, їх основу складають вимоги моралі, норм поведінки в даному суспільстві. Почуття обов'язку, дружби, товариства, каяття, відданості, патріотизму, що сформувалися в процесі життєдіяльності, сприяють самоконтролю етичності своєї поведінки, іменованої совістю.

*Естетичні почуття* пов'язані з такими категоріями, як художній образ і естетичний смак. Естетичні почуття виникають при зустрічі з творами мистецтва, картинами природи.

*Інтелектуальні почуття* - радість пізнання, засмучення від нерозуміння. Прагнення до пізнання стимулює розвиток людської думки. Почуття радості, супутнє пізнання, завершення роботи над книгою, пуском електростанції і т.п. осягає нашу допитливість, відоме втрачає привабливість, а невідоме повно принад пізнання. Радість, супутня успіху в роботі і

змінюючи її почуття незадоволеності, і жага пізнання нового стимулюють людину до подальшого пошуку і праці, не зупиняючись "спочивати на лаврах".

Емоції бувають базисні, фундаментальні (інтерес, радість, здивування, горе, відраза, презирство, страх, сором, вина), вони ведуть до різних переживань і можуть взаємодіяти один з одним, формуючи комплекси почуттів.

Емоції виконують комунікативну функцію, виражаючи в передачі повідомлень про внутрішній психічний стан людини іншим людям (жестами, мімікою, характером мови, поведінкою) і, сприймаючи цього роду повідомлення, від інших людей. При тривалих емоціях спостерігаються ЕЕГ ознаки гальмівного впливу на кору великих півкуль з боку лімбічної системи, що виражається періодичним зростанням амплітуди альфа-ритму при одночасному посиленні тета-ритму. При сильних позитивних емоціях може спостерігатися депресія альфа-ритму і посилення високочастотного бета-ритму. Одночасна активація збуджуючих і гальмівних механізмів, повноцінність "гальмівного захисту" мозкових структур лежать в основі практичної нешкідливості для організму навіть сильних позитивних емоцій.

При негативних емоціях типовими є депресія альфа-ритму і наростання швидких коливань. Разом з тим гальмівний вплив слабкіше збуджуючого, тому негативні емоції характеризуються в основному наявністю бета-ритму навіть в умовах спокою. При негативних емоціях застійного характеру (сильний страх, що переходить в заціпеніння, глибоке горе) на ЕЕГ знову з'являються повільні хвилі і ознаки екзальтації, що свідчать про розвиток гальмівних впливів на кору великих півкуль з боку підкіркових структур. Збільшення суб'єктивної оцінки негативних емоцій у здорових осіб пов'язано зі зростанням синхронізації потенціалів, що реєструються в лобових відділах мозку, особливо в лівій долі з потенціалами, що реєструється в правій скроневій області.

Експерименти з самороздратуванням емоційних центрів дозволили картирувати мозок з виділенням позитивних (старт-зон) і негативних (стоп-зон) мозку. Старт зони сконцентровані в гіпоталамусі і навколо нього, в області нюхового мозку, в різних відділах гіпоталамуса, покришки і хвостатого ядра.

У людини роздратування багатьох центрів головного мозку викликає яскраво виражені емоційні реакції, частіше позитивні і значно рідше негативні. Стан ейфорії, насолоди, статевого збудження, невмотивоване почуття радості і задоволення спостерігається при стимуляції деяких ядер мигдалин, перегородки, ряду структур середнього мозку, серединного центру таламуса, блідої кулі, стовбурових структур.

Навпаки, почуття люті, страху, розгубленості, здивування пацієнти відчували при стимуляції переднього і заднього відділів гіпоталамуса, субталамуса, ретикулярного ядра таламуса, деяких інших областей; роздратування передньої поверхні скроневої долі викликає почуття страху.

Наркотики збільшують зони електростимуляції, при яких виникає задоволення і пригнічують діяльність центрів негативних емоцій. Негативні емоції гнів і лють виникають при збудженні мигдалини і скроневої кори правої півкулі, що відбувається під впливом поясної звивини, а позитивні емоції - при активації лобової кори лівої півкулі, порушення якої також виникає під впливом поясної звивини.

*Нейрохімія емоцій.* Формуванню негативних емоцій сприяє ацетілхолін, субстанція Р і, можливо, серотонін, а формуванню позитивних емоцій - норадреналін, адреналін, дофамін, і можливо, серотонін, а також ендорфін, енкефалін та інші морфіноподібні речовини, або опіоїди, що впливають на опіоїдні рецептори.

Всі види пристрасті і прояви абстинентного синдрому формуються за механізмом, який виникає при прийомі опіоїдів, тобто за рахунок підвищення чутливості норадренергічних, дофамінергічних і серотонінергічних нейронів до опіоїдів через зниження щільності опіоїдних рецепторів. У нормальному

організмі ендogenous опіоїди виконують надзвичайно важливу фізіологічну функцію - дотримання балансу між системами негативних емоцій і позитивних емоцій.

Серед емоційних центрів є центри негативних емоцій і ці нейрони мають опіоїдні рецептори. Коли ці рецептори не зайняті, то ці нейрони збуджені. Це формує негативні емоції. При занятті цих рецепторів опіоїдами відбувається блокада діяльності нейронів, які формують негативні емоції і це відбивається на функції дофамін-, серотонін-, і норадренергічних нейронів. При цьому усуваються негативні і формуються позитивні емоції. Ця ситуація характеризується ейфорією. Можна уявити собі, що ступінь ейфорії пропорційний числу рецепторів нейронів негативних емоцій зайнятих опіоїдами. Якщо ендogenous опіоїдів недостатньо, то частина нейронів негативних емоцій знаходиться в активному стані і тому маятник емоційного стану направляється від позитивних емоцій до негативних. При цьому зміщується емоційний стан від позитивних до негативних емоційних переживань, які починають переважати.

Формування звикання від наркотиків пов'язано з тим, що введення наркотиків знижує кількість опіоїдних рецепторів зони негативних емоцій і тому з кожним днем для блокади цих нейронів необхідна більша кількість ендogenous і екзогенних опіоїдів. Нейрони центрів позитивних емоцій теж містять опіоїдні рецептори. Активація їх ендogenous або екзогенними опіоїдами збуджує ці нейрони, що підвищує активність центру позитивних емоцій. Але в міру збільшення дози наркотику число рецепторів на нейронах центру позитивних емоцій знижується і це призводить до залежності - звикання і зростання дози - толерантності. У людському організмі при підвищенні кількості ендogenous опіоїдів підвищується настрій, а при зниженні продукції опіоїдів (наприклад, у зв'язку зі зміною біоритму) або зростанні деградації рецепторів цієї чутливості, розвивається зниження емоційного тону. Це ще раз показує, що вираженість ейфорії залежить від кількості рецепторів нейронів центру негативних емоцій, зайнятих опіоїдами.

Людина стає хворою на алкоголізм чи наркоманію, тому що в періоди пригніченого настрою, викликаного біологічними внутрішніми або зовнішніми соціальними причинами, пробує усунути цей стан прийомом алкоголю або наркотику, а також можливо психостимулятора або антидепресанту. При цьому природний недолік ендогенних опіоїдів заміщається екзогенним агоністом, доза якого в тисячу разів перевищує обсяг природної продукції ендогенного опіоїду. Потужне ейфорізуюча дія алкоголю або наркотику, або будь-якого іншого токсикоманічного засобу зрушує співвідношення емоційних агентів до позитивних емоцій. Пам'ять закріплює цю емоцію. Так можливо йде формування токсикоманії або наркоманії. В інших ситуаціях залежність може розвиватися минаючи опіоїдну систему. Це стосується тих наркотичних речовин, які підвищують активність адренореактивних систем мозку (первітин, фенамін, кокаїн). Це призводить до того, що в системі центрів позитивних емоцій самостимуляцією порушуються адренореактивні структури. Речовини типу ЛСД точкою прикладання вибирають серотонінергічну систему. Антидепресанти впливають на центри негативних емоцій, викликаючи їх гальмування. При цьому, однак, центри позитивних емоцій отримують тонізуючий вплив від катехоламінів. Норадреналін і дофамін і всі інші впливи, включаючи опіоїдні, реалізуються через систему норадренергічних і дофамінергічних нейронів.

Джерела ендогенних опіоїдних пептидів в організмі різноманітні. Велика частина ендорфінів і частина мет-енкефаліну, лей-енкефаліну, ріморфін утворюються головним чином в мозку, адренорфін, октапептид і гексапептиди - переважно в надниркових залозах. Велика частина лей-енкефаліну і частина мет-енкефаліну утворюється в надниркових залозах і в мозку. При переробці харчових молочних продуктів і глютену синтезуються аналоги енкефалінів, в тому числі казаморфін і глюторфін. Ендогенні опіоїди непептидної природи утворюються при прийомі етанолу, в результаті його деградації з дофаміну, серотоніном, катехоламінами. Етанол стимулює

утворення морфіну і кодеїну. У підкріплюваних зонах мозку енкефаліни і ендорфіни взаємодіють з опіоїдними рецепторами, в результаті чого формується ейфорія і переживання задоволення. Продукція ендогенних опіоїдів зростає при стресі. Всі опіоїди викликають седативний ефект, ейфорію, задоволення. У людини активація продукції опіоїдів підвищує настрої, а зниження продукції викликає пригнічений стан. Опіоїди взаємодіють з опіоїдними рецепторами п'яти типів (мю, дельта, каппа, сігма, епсилон). Мю-рецептори більше представлені в хвостатому ядрі, каппа- в новій корі, ядрах стовбура. Дельта- рецептори беруть участь в когнітивних процесах мозку і формують в зв'язку з цим відповідні емоції. Седативний і ейфорізуючий ефекти опіоїдів на нейрони знімає збудливу дію глутамату. Надлишок натрію, кальцію, магнію, водневих іонів знижує спорідненість рецепторів до опіоїдів і викликає зниження настрою. До опіоїдів виникає толерантність, а утримання викликає сильну абстиненцію.

Опіоїдна система бере участь у розвитку алкоголізму і наркоманії. Вплив на ендогенну опіоїдну систему обумовлений метаболітами етанолу і маріхуани, які впливають на опіоїдні рецептори і викликають звикання.

Теорії і гіпотези про механізми емоцій розроблялися Ч. Дарвіном, Джеймсом- Ланге, Кенном- Барда, Гельгорном.

В даний час теорія емоцій П.В.Симонова є найбільш розробленою. Це потребнісно-інформаційна теорія. Згідно П. В. Симонова, емоції визначаються актуальною потребою і оцінкою можливості її задоволення. Ця оцінка здійснюється мимоволі, суб'єкт несвідомо порівнює інформацію про засоби і час, що необхідно для задоволення потреби з інформацією, яку він має. Низька ймовірність досягнення мети веде до негативних емоцій (страх, тривога, гнів, горе). Збільшення ймовірності того, що потреба буде задоволена, породжує позитивні емоції (задоволення, радості), які суб'єкт прагне посилити, продовжити.

Теорія емоцій П. В. Симонова дає зрозуміти функціональне призначення емоцій, а також механізми їх формування, в яких беруть участь

мотиваційні (гіпоталамус, мигдалина) і інформаційні (фронтальна кора великих півкуль, гіпокамп, а також скроневі області кори) структури мозку. Емоції виконують по П. В. Симонову підкріплюючу і перемикаючу, компенсаторно - замісну і комунікативну функції.

Підкріплююча функція - в підкріпленні умовних рефлексів - негативні емоції підкріплюють рефлекс уникнення, а позитивні емоції закріплюють позитивний рефлекс.

Ключовою структурою, яка забезпечує підкріплювальну функцію емоцій є структури гіпоталамуса, його емоційно позитивні (зони задоволення) і негативні зони (стоп-зони). При порушенні відповідних зон гіпоталамуса, від них сигнали йдуть в кору великих півкуль, в тому числі в рухову кору і сенсорну. Впливи гіпоталамуса на нову кору носять асиметричний характер. При негативних емоціях (голод, спрага) активуються ділянки кори лівої півкулі, а при позитивних емоціях - кора правої півкулі. Гіпоталамус функціонально асиметричний, наприклад, лівий харчовий гіпоталамус має більшу збудливість, ніж правий. П. В. Симонов вважає гіпоталамус ключовою структурою реалізації можливого емоційного стану: наближення або уникнення.

Перемикаюча функція емоцій дає можливість вибрати таку тактику поведінки, при якій ймовірність зустрічі з стимулом, що викликає негативну емоцію буде мінімальна. Перемикаюча функція реалізується амигдалярним комплексом (мигдалиною), який через хвостате ядро (стріатум) впливає на моторну кору.

Компенсаторно - захисна функція емоцій при низькій ймовірності задоволення потреби, активує діяльність внутрішніх органів, підвищує потенційні можливості для задоволення потреби. Відбувається надмірна мобілізація енергетичних ресурсів, яка страхує організм від можливої невдачі.

Учень І. П. Павлова, психіатр В. П. Осипов назвав першу стадію утворення умовного рефлексу емоційною. Вона за своїми поведінковими,



електрофізіологічними і нейроанатомічними характеристиками збігається з проявом домінанти А. А. Ухтомського. Наслідувальна поведінка характерна для емоційно збудженого мозку. Але приклад інших членів групи залишається проблематичним і імітаційна поведінка часто не є оптимальною, а в разі масової паніки призводить до катастрофічних наслідків.

Наступна комунікативна функція емоцій полягає в невербальному способі міжособистісного спілкування. Вважають, що 90% емоційного спілкування відбувається на немовному рівні, що здійснюється правою скроневою областю, амігдалярним комплексом лівого і правого півкуль, а також фронтальною областю кори правої півкулі.

Комунікативна функція при подачі суб'єкту неусвідомлюваних стимулів - права півкуля чутлива до емоційно негативних стимулів, а ліва до позитивних. Позитивні емоції виникають при активності лівої фронтальної кори, а негативні при правопівкульному домінуванні. Ліва половина обличчя більшою мірою відображає негативні, а права - позитивні емоції. Функція сприйняття емоцій за виразом обличчя у хворих з пошкодженням правої півкулі страждає більше, ніж у осіб з пошкодженою лівою півкулею.

Ліва півкуля відповідальна за сприйняття і експресію позитивних емоцій, а права - негативних. Депресивні явища, що виникають при ураженні лівої півкулі розглядаються як результат розгальмування правої, а ейфорія, нерідко супроводжує поразку правої півкулі, як результат розгальмування лівої.

Є зв'язок між системами формування емоцій і типами темпераменту. П.В. Симонов вважає, що у холериків (емоційно нестабільний екстраверт) і флегматиків (емоційно стабільний інтроверт) переважають фронтальна кора і гіпоталамус, а в меланхоліків (нестабільний інтроверт) і сангвініків (стабільний екстраверт) переважають гіпокамп і мигдалина.

# Психопатологія емоцій

I.

## Кількісні порушення емоцій

Гіпертимії

- манія
- ейфорія
- морія
- депресія

Гіпотимії

- параліч емоцій
- апатія
- емоційне сплющення
- емоційна тупість
- емоційна монотонність

## Якісні порушення емоцій

Паратимії

амбівалентність

неадекватність емоцій

II. Класифікація порушень емоцій і почуттів

### 1. Порушення сили

Патологічне посилення

- гіпертимія
- ейфорія
- екстаз
- гіпотимія
- депресія
- тривога

Патологічне ослаблення

- параліч емоцій
- апатія
- емоційне сплющення
- емоційна тупість

- гнівливість

## **2. Порушення рухливості емоцій**

- слабкодухність (нетримання емоцій)
- лабільність
- інертність (застрягання) емоційних переживань
- експлозивність

## **3. Порушення адекватності емоцій**

- неадекватність
- амбівалентність

Для зручності засвоєння патології емоцій скористаємося програмованою схемою розподілу цієї патології на гіпертимії, гіпотимії і паратимії.

**Гіпертимії** поділяють на загальні і приватні.

Під загальним підвищенням емоційних проявів розуміють посилення понад прийнятої норми як позитивних, так і негативних емоцій. Це відноситься до неврастенії і істерії, неврозів, які характеризуються якщо радістю, то тією що захльостує, якщо сумом, то глибоким і тривалим. Неврози — результат психічної травми гострої або повільно накопичувальної. Чим більше уразлива нервова система, чим більше схильна ("невропатизована, психопатизована") особистість (темперамент, характер), тим менше інтенсивність психічної травми для розвитку неврозу із загальним патологічним посиленням всіх емоційних проявів. *При істеричному неврозі* спостерігаються підвищені вимоги до оточуючих, але занижені до себе, при відсутності критичного ставлення до своїх можливостей і поведінки. *Неврастенія*, її гіперстенічний тип, часто містить протиріччя між можливостями особистості, з одного боку, і завищеними прагненнями і вимогами до себе, з іншого. Дратівливість, як реакція невдоволення часто пов'язана з егоцентризмом. "Зрив" нормальної вищої нервової діяльності у людини може бути викликаний перенапруженням збудження або, частіше,

гальмівного процесу. Ослаблення внутрішнього гальмування в ЦНС призводить до переважання збудження в так званих "хворих пунктах" і порушення коригуючого гальмівного впливу на схильність до широкої іррадіації збудження. А зниження рухливості і схильність до "застрягання", інертності збудження в підкоркових лімбічно-ретикулярних структурах ЦНС власне і формує загальний гіпертимічний тип емоцій.

Приватні гіпертимії вельми різноманітні і можуть бути представлені широким спектром протилежних за знаком (підвищення або зниження) емоцій.

**Ейфорія** – (euphoria – пристрасть, порив) один із проявів часткового посилення емоцій. Неадекватне підвищення настрою, в якому переважають благодушність, достаток, стан повного благополуччя. Життєрадісний настрій з відчуттям фізичної і психологічної бадьорості та оптимізму. Все навколишнє сприймається через "рожеві окуляри". Негативні емоції швидкоплинні або взагалі відсутні. На відміну від маніакального стану, для ейфорії не характерно прискорення темпу мислення або підвищене прагнення до діяльності. Ейфорія в розгорнутій маніакальній фазі маніакально-депресивного психозу, характеризується як неадекватно підвищеним настроєм, так і посиленням рухової і психічної активності. Уявлення про свої можливості перебільшено. Це стосується переживань фізичного стану могутності і інтелектуальної переваги. Надцінні ідеї своєї незвичайної сили, таланту нерідко виростають до абсурду величі. Мова швидка і гучна. Кажуть багато і легко опановують ініціативою в розмові. Відзначається гіпермнезія. Незважаючи на дотепність, винахідливість у відповідях, здатність оперувати метафорами і афоризмами, переважають поверхневі, механічні асоціації та судження. Завжди спостерігається патологічне відволікання уваги, яка різко порушує здатність до стійкої концентрації психічної активності. Вітальні потяги підвищені. Усілякого роду засмучення в таких хворих нетривалі, зате розчулення, захоплення,

благодушність досягають крайнього ступеня і надають поведінці хворих певну своєрідність.

Відомо, що при деяких важких захворюваннях (туберкульоз, хвороби серця) спостерігається невідповідність між фізичним станом людини і її настроєм. Хворі, наприклад, веселі, беспечні, сповнені яскравими планами, а разом з тим доживають останні дні. Ейфорія при симптоматичних, інфекційних і органічних захворюваннях ЦНС (прогресивний параліч, туберкульоз, черепно-мозкова травма, пухлини та ін.) характеризується підвищено-безтурботним настроєм, з пасивністю, відсутністю або слабкістю мовного збудження, при недостатності критики і інтелектуальному зниженні.

**Морія** виявляється незначним підйомом настрою, з дурашливістю, дитячістю, блазнюванням, схильністю до плоских і грубих жартів, на тлі інтелектуального зниження. Прискорення течії асоціацій не виникає. На відміну від ейфорії хворий більш діяльний, прагне пожартувати, влаштувати каверзу. Морія спостерігається при лобових синдромах черепно-мозкової травми, інтоксикаціях, пухлинах лобово-базальної локалізації.

Жарти і поведінка хворих може нагадувати гебефренічне збудження, але морія відрізняється від гебефренії відсутністю характерних для шизофренії ознак: химерності, манірності, ехолалії, парамімії. Нерідко морія поєднується з легкими станами оглушення.

**Екстаз** – найвищий ступінь захоплення, підвищення настрою з захватом, самовдоволенням, "здатністю" розуміти все те, що є недоступним розумінню інших людей. Екстаз при психозах часто поєднується з розгубленістю, онейроїдом, сутінковим розладом свідомості, спостерігається при епілептичних психозах.

Виключно вірний опис епілептичного екстазу ми знаходимо в романі Ф. Достоевського «Ідіот»:

*«В эпилептическом состоянии его была одна степень почти пред самым припадком (если только припадок приходил наяву), когда вдруг, среди грусти, душевного мрака, давления, мгновениями как бы воспламенялся его мозг, с необыкновенным порывом напрягались разом все жизненные силы его. Ощущение жизни, самосознания почти*

удесятерилось в эти мгновения, продолжавшиеся как молния. Ум, сердце озарялись необыкновенным светом; все волнения, все сомнения его, все беспокойства как бы умиротворялись разом, разрешались в какое-то высшее спокойствие, полное ясной гармоничной радости и надежды, полное разума и окончательной причины. Но эти моменты, эти проблески были еще только предчувствием той окончательной секунды (никогда не более секунды), с которой начинался самый припадок... Раздумывая об этом мгновении впоследствии, уже в здоровом состоянии, он часто говорил сам себе: что ведь все эти молнии и проблески высшего самоощущения и самосознания, а стало быть и «высшего бытия», не что иное, как болезнь, как нарушение нормального состояния, а если так, то это вовсе не высшее бытие, а, напротив, должно быть причислено к самому низшему. И, однако же, он все-таки дошел, наконец, до чрезвычайно парадоксального вывода: «Что же в том, что это болезнь? — решил он наконец. — Какое до того дело, что это напряжение ненормальное, если самый результат, если минута ощущения, припоминаемая и рассматриваемая уже в здоровом состоянии, оказывается в высшей степени гармонией, красотой, дает неслыханное и негаданное дотоле чувство полноты, меры, примирения и восторженного молитвенного слития с самым высшим синтезом жизни?»... В том же, что это действительно «красота и молитва», что это действительно «высший синтез жизни», в этом он сомневаться не мог, да и сомнений не мог допустить. Ведь не видения же какие-нибудь снились ему в этот момент, как от гашиша, опиума или вина, унижающие рассудок и искажающие душу, ненормальные и несуществующие? Об этом он здраво мог судить по окончании болезненного состояния. Мгновения эти были именно одним только необыкновенным усилением самосознания, — если надо было выразить это состояние одним словом, — самосознания и в то же время самоощущения в высшей степени непосредственного. Если в ту секунду, т.е. в самый последний сознательный момент перед припадком, ему случалось успевать ясно и сознательно сказать себе: «Да, за этот момент можно отдать всю жизнь!», — то, конечно, этот момент сам по себе и стоил всей жизни... В этот момент, — как говорил он однажды Рогожину в Москве во время их тамошних сходов, — в этот момент мне как-то становится понятно необычайное слово о том, что времени больше не будет...»

**Гебефрeнiя** - дурашливий настрiй з непродуктивною ейфорiєю. Справляє враження навмисностi, блазнювання, клоунади. Хворi кривляються, показують язик, дражняться, сюсюкають як малi дiти, пiдпригують, танцюють. Ця дурашлива ейфорiя не заражає оточуючих, оскiльки вона пуста: вiдсутнє пiдвищення настрою i асоцiативне оживлення; а викликає у

них роздратування і невдоволення, жалість. Спостерігається частіше при злоякісній шизофренії в підлітковому віці, іноді при періодичних психозах резидуально-органічного походження у підлітків. Однак немає чітких відмінностей гебефренного порушення від кататонічного.

Одна з найбільш частих гіпертимій - **депресія**. Це неадекватно знижений настрій при пригніченні психічної діяльності і рухової активності. Знижений настрій в вираженому ступені характеризується тугою з важкими або незвичайно болісними відчуттями в області грудей, душевним болем, відчуттям немов би щось навалилось, «камінь на серці», «туга стискає мені груди». Поява подібних відчуттів, які мають назву передсердна туга (*anxietas praecordialis*), є підставою для проведення диференціальної діагностики з нападом стенокардії.

Самооцінка у хворих досягає виразності маячення самоприниження, самозневаження або самозвинувачення. Часті суїцидальні думки і вчинки. Розумові процеси уповільнені, ускладнені, відбуваються з труднощами. Часто в свідомості домінують думки про свою нікчемність, безперспективності життя, скоєних помилках - *депресивний моноідеїзм*. При нерізкому зниженні настрою (субдепресії) домінують скарги на слабкість, млявість, лінь, пригніченість, втрату інтересу до роботи, близьких. Хворі не вірять в свої можливості, сумніваються в правильності вчинків, з трудом сприймають рішення. Спостерігається погіршення фізичного стану: втрата апетиту і смакових відчуттів, запори та інші диспепсичні симптоми, розлади сну, менструального циклу, кольору шкіри.

Характерна міміка хворого: обличчя застигле, скорботне. Вираз скорботи найбільш чітко простежується у хворих, у яких виступає **симптом Верагута**, при якому шкірна складка верхньої повіки (не рідко і брова на межі



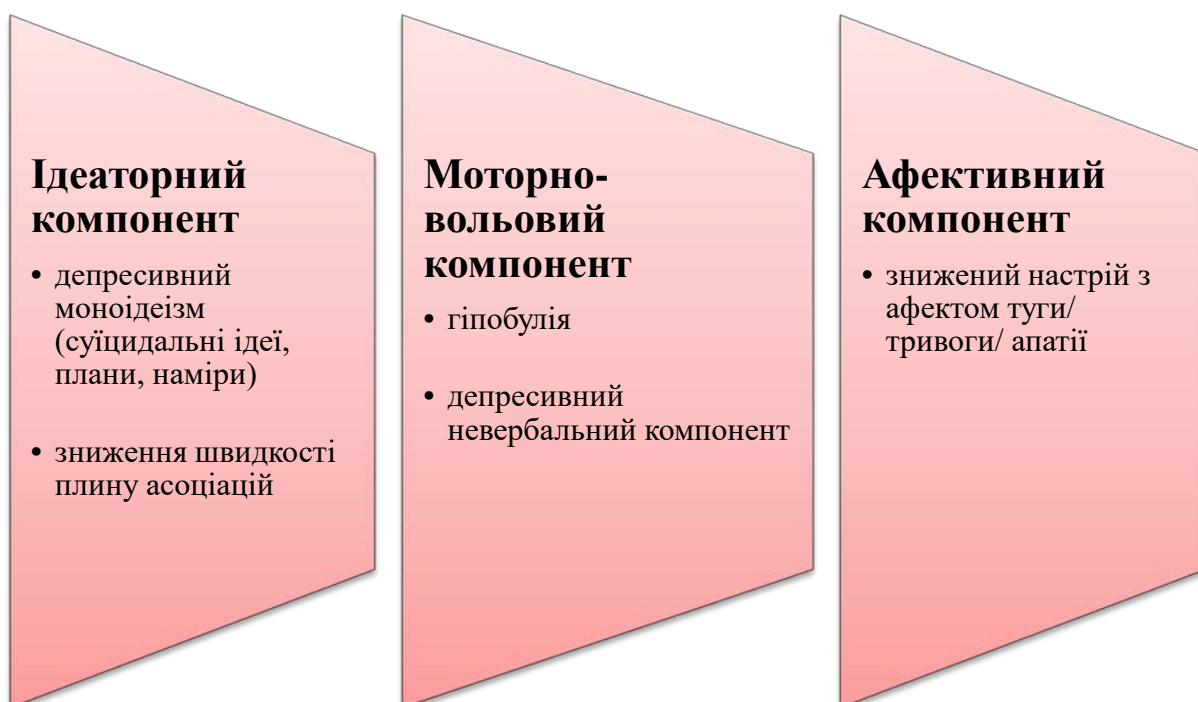
Джон Пітер Рассел. Портрет Вінсента ван Гога, 1886. Якщо звернути увагу, можна побачити що обличчя ван Гога зображене саме з характерною складкою. Адже не секрет що ван Гог при житті хворів психічною недугою, але до цих днів залишається невідомим якою саме (деякі стверджують що захворювання є наслідком вживання абсенту, деякі що художник страждав епілепсією)

внутрішньої і серединної треті) відтягується догори, утворюючи замість звичайної дуги кут, що і надає виразу обличчя хворого скорботного вигляду. Складка Верагута характерна для хворих ендогенною депресією.

При цьому часто спостерігається недостатність сльозовиділення («туга з сухими очима»).

Багато хворих відчувають не тільки тугу - переживання про минулі події, а й тривогу. Різної вираженості тривога характеризується внутрішнім хвилюванням, занепокоєнням про майбутні події, стисненням і напругою в грудях, боязким очікуванням наближення лиха, песимістичними очікуваннями подій в майбутньому. Тривога проявляється і руховим неспокоєм, коли хворі кидаються по палаті і не можуть втриматися сидячи на місці. При тяжких депресіях під впливом зовнішніх подразників може розвинути меланхолічне збудження, яке може досягати меланхолічної несамовитості (**raptus melancholicus**). Такий хворий починає метатися, прагне кудись бігти, виривається з рук персоналу, б'ється головою об стіну, о спинку ліжка, вириває волосся на голові, наносить собі самопошкодження, або може скоїти самогубство.

Класична депресія визначається тріадою ознак (**тріада Крєпєліна**)





Т. Ташев (1979) у структурі депресії виділяє наступні субсиндроми:

- емоційний (туга, болісне незадоволення, втрата зацікавленості);
- вольовий (відсутність задоволення від роботи і страх перед нею, зниження працездатності, труднощі у прийнятті рішень, втрата ініціативи);
- вегетативно-соматичний (стомлюваність, зниження апетиту, поганий сон, головний біль, серцебиття);
- інтелектуально-розумовий (іпохондричність, нав'язливі думки, сповільнення мислення, суїцидальні думки);
- деперсоналізаційний.

**Ендогенні депресії** важчі і більш виражені вранці, до вечора стан дещо покращується. Пробудження настає вранці за кілька годин до звичного часу пробудження. Немає почуття відпочинку після сну. Хворі часто стверджують, що "всю ніч сну не було". Характерні соматовегетативні розлади у вигляді *тріади Протопопова* – мідріаз, тахікардія, запор, а також виділений В.П. *Осіповим симптом сухого язика* – язик сухий, вкритий фулігінозним нальотом, тріщинами. Характерна гіпосалівація.

При депресивних станах спостерігається своєрідний **зіничний симптом Атанассіо** – реакція зіниць на світло збережена, але відсутня реакція на акомодацию і конвергенцію.

До болісних депресивних афектів відноситься *anaesthesia psychica dolorosa* – болісна психічна нечутливість. Хворі кажуть, що вони втратили здатність відчувати, що почуття їх немов завмерли і закам'яніли, горе і радість близьких їм людей чужі їм.

До психічної анестезії близько примикає описаний Н.Л. Гаркаві (1945) *синдром відчуження вітальних почуттів*. Для нього характерні скарги хворих на те, що в них пропало відчуття голоду, немає відчуття спраги. Відчуження вітальних почуттів поєднується з явищами деперсоналізації і дереалізації і може слугувати джерелом утворення маячних ідей нігілістичного характеру.

Нерідко у хворих спостерігається своєрідний симптом, який заключається в тому, що в якості страждальців, вартих жалості і співчуття, вони сприймають не тільки себе а і оточуючих родичів і близьких – *симптом проєкції депресії* (В.М. Блейхер, І.В. Крук 1986). В випадках глибокої депресії така проєкція може бути одним із психологічних мотивів, які сприяють розширеному суїциду, коли хворий вбиває не тільки себе, але і близьких для того, «щоб позбавити їх від страждань».

За клінічними особливостями виділяють два десятки депресій в поєднанні з коморбідними або асоційованими розладами.

Є.С. Авербух виділяв наступні варіанти депресивних симптомокомплексів: меланхолічний, тривожно-депресивний, астено-депресивний, деперсоналізійно-депресивний, нав'язливо-депресивний, депресивно-іпохондричний.

**Маскована депресія** (туманна, скрита, ларвована) - характеризується повною або частковою відсутністю депресивної тріади (зниження настрою, ідеаторна і моторна загальмованість) і різноманітними соматичними розладами. Велика поширеність маскованої депресії (МД) обумовлена складністю діагностики і ятрогенним чинником, пов'язаним з труднощами діагностики. У жінок зустрічається в три рази частіше, ніж у чоловіків.

Має велике соціальне значення:

- високий суїцидальний ризик (в 75% випадків)
- захворювання середнього віку
- складність діагностики

**Маніакальний стан** є антиподом депресії. Для нього характерна тріада ознак: патологічне підвищення настрою, що не відповідає реальній життєвій ситуації, прискорення мислення (тахіфренія, може досягати ступеня скачки ідей) і підвищена діяльність (гіпербулія).

Емоціональні прояви маніакальних станів характеризуються веселим, піднесеним настроєм, надмірним оптимізмом, вдоволеністю собою і оточуючими, але іноді – підвищеною гнівливістю (гнівлива манія). При

симптоматичних психозах маніакальний синдром іноді виливається в форму так званої «веселої манії», яка об'єднує ейфоричний і маніакальний компонент, розрізняючись від звичайних маніакальних картин відсутністю прискорення темпу мислення і підвищеної продуктивності. Такий варіант маніакального стану іноді спостерігається при атеросклеротичних психозах і в таких випадках своєрідно поєднується з явищами слабкодухості. Наприклад: *Хворий П. з вираженими явищами склерозу судин головного мозку, в момент коли захворіла його сестра, надав їй діяльну допомогу, в день смерті сестри ображав лікарів, одразу ж переходив на ридання. На другий день активно займався приготуванням до поховання, на кладовищі був активний, підганяв молодих чоловіків, що заривали могилу, хвалився своєю жвавистю і витривалістю. Жартував з могильниками, підморгував їм і казав, що тепер буде підтримувати знайомство, а потім знову приймався ридати, розмазуючи по обличчю сльози, руками забрудненими землею. На поминках багато пив, жартував, плакав і знову приймався жартувати.*

Емоційний стан при манії знаходить своє проявлення і в міміці і в пантоміміці. Хворі відрізняються жвавистю, мало сплять але не страждають від цього, здійснюють необдумані вчинки, безглузді покупки. Спостерігається підвищена сексуальна активність, хворі легко вступають в випадкові стосунки.

Зовнішнім проявом також є гіперметаморфоз (**симптом Верніке**), або зверхмінливість уваги – все те, що потрапляє в поле зору приковує увагу хворого.

Завдяки жвавій міміці, швидким і нерідко поривчастим рухам, хворі зазвичай виглядають молодше своїх років, вітальні потяги підвищені, сплять мало, але міцно. Періодично може спостерігатися безсоння, нерідкі вегетативні розлади. У тих випадках, коли гіпертимія виражена слабо, говорять про гіпоманії. У цьому стані хворі нагадують веселих, завзятих, компанійських, діловитих, хоча і кілька розкиданих у своїй діяльності людей.

**Дисфорії** можуть бути визначені як пароксизмально виникаючі розлади настрою з різними відтінками злобно-гнівливого афекту. На цьому тлі психопатологічна симптоматика, нерідко фрагментарна і мозаїчна, досягає в залежності від інтенсивності афекту і породжуваних їм розладів психотичного і непсихотичного рівня. Дисфорії спостерігаються в класичному варіанті при епілепсії. При інших захворюваннях (шизофренії, наслідки черепно-мозкової травми, органічних захворюваннях головного мозку) супроводжуються гіперестезією аж до гіперпатії, нерідко сенестопатіями. Іноді мають пароксизмальний характер. При епілептичних дисфоріях психопатологічна симптоматика має різну структурну організацію, і проявляється у формі дисфоричних реакцій, фону, психозу і "статусу". Дисфоричні реакції і фон відносяться до непсихотичних варіантів дисфорій, дисфоричні психози і "статус" - до психотичних. Тривалість дисфорій коливається від хвилин, годин до тижня і більше.

**Дистимія** - "поганий настрій", характеризується хронічними непсихотичними проявами і симптомами зниженого настрою, які відповідають характерним діагностичним критеріям, але не відповідають ознакам важкого депресивного розладу. У хворих з дистимією спостерігаються знижена самооцінка, інтровертованість. Дистимія характеризується хронічними непсихотичними ознаками депресії. Дистимія визначає залежну від темпераменту, вроджену схильність до поганого настрою. Може бути тривалою (декілька років), включаючи хоча б два з наступних порушень: переїдання, поганий апетит, диссомнія, зниження енергії і втому, почуття безпорадності, слабкість активної уваги, нерішучість.

**Вибуховість (експлозивність)** представляє надмірну збудливість з бурхливими спалахами афектів, люті, гніву. Ці розряди можуть супроводжуватися агресією, спрямованою на зовнішні об'єкти або самого себе. Характеризуються імпульсивністю. Експлозивність можна розглядати як готовність до стану афекту.

**Емоціональна в'язкість** - застрягання зі стійкою фіксацією афективної реакції, тривалої зосередженості на психотравмуючих ситуаціях, приставання до хвилюючих тем. Емоційна прив'язаність до заведеного розпорядку життя.

**Страх** - переживання небезпеки, пов'язане з певними ситуаціями, особами, загрози життю, здоров'ю, благополуччю. Може бути страх генералізованим, проєктуватися на все в навколишньому. Шкала страху коливається в широкому діапазоні: побоювання, боязкість, переляк, жах, панічні реакції ("атаки").

Страх з напруженістю (маячний настрій), переживанням небезпеки, ворожості навколишнього, почуттям власної незахищеності, з підозрлістю, недовірою, настороженістю.

**Розгубленість** - почуття подиву, безпорадності, безглуздості, нерозуміння простих ситуацій і змін в своєму психічному стані. Типовими є пози і жести, міміка обличчя. Нерозуміння навколишнього переважає при гострих екзогенно-органічних психозах, а нездатність розібратися в аутопсихічних змінах характерна для гострої шизофренії.

**Гіпотимії** - проявляються розладами емоцій, які характеризуються зниженням настрою. Це може бути емоційна монотонність, емоційна слабкість або лабільність, емоційне загрубіння, втрата емоційного резонансу, емоційна тупість, емоційний параліч.

**Емоційна монотонність** - відсутність природних коливань настрою. Це нерухомий, одноманітний, що не змінюється від зовнішніх стимулів настрій. Дія радісних або сумних подій не знаходить відгуку у пацієнтів. Міміка бідна, мова суха, позбавлена образності.

**Емоційна слабкість або патологічна лабільність** - мінливість настрою з різних миттєвих причин. Підвищення настрою при цьому набуває відтінок сентиментальності, розчулення, зниження настрою - легкодухості, сльозливості. Крайній вираз емоційної слабкості позначають терміном емоційне нетримання. Витончена емоційна чутливість - емоційна

гіперестезія. Настрій оточуючих прямо передається пацієнту і здається що він переживає за них більше ніж вони самі.

**Емоційне загрубіння** - втрата вищих емоційних почуттів. Хворі втрачають стриманість, делікатність, чемність, почуття такту, власної гідності. Вони стають цинічними, безцеремонними, зарозумілими, розгальмованими.

**Утрата емоційного резонансу** - болісна нечутливість. Навколишні радіють, плачуть, хвилюються, а хворий дивиться на все як порожній спостерігач. Ця болісна нечутливість, втрата здатності реагувати на печаль, радість.

**Емоційна тупість** - емоційне спустошення, душевна холодність, відсутність радості і печалі при дії відповідних подразників.

**Емоційний параліч** - під впливом психотравмуючих ситуацій (аварії, землетрус та ін.) настає блокада емоційних реакцій, емоції на якийсь час (години) повністю вимикаються.

**Паратимії** - інверсія емоцій, коли вони протилежні подразнику. *Емоційна неадекватність* (ультрапарадоксальність) - події сумні, а хворому смішно. Навколишні радіють тому чи іншому, а хворий засмучується, плаче. *Емоційна амбівалентність* - співіснування одночасно протилежних почуттів. При "роздвоєнні" особистості одному "Я" весело, а "іншому" - сумно.

**Патологічний афект** - це стан короткочасного психічного розладу, яке виникає у відповідь на інтенсивну раптову психічну травму (тяжка образа, несподівана образа) і проявляється зосередженням свідомості на психогенно-травмуючій ситуації, глибоким розладом свідомості. Відрізняючись швидким і бурним розвитком, який супроводжується потьмаренням свідомості, патологічний афект характеризується немотивованими вчинками і часто безглуздими жорстокими діями. В його перебігу виділяють три стадії.

В *підготовчій стадії* у зв'язку з дією психогенних факторів і при зростаючій емоційній напрузі змінюється сприйняття оточуючого. Свідомість звужена, обмежена колом уявлень, пов'язаних з психогенією. І оточуюче становище, і власний стан оцінюється вибірково – приймаються до уваги значущі в плані психічної травми моменти.

Наступна *стадія вибуху* проходить на фоні глибокого потьмарення свідомості; афект, по С.С. Корсакову, виливається в ряд агресивних дій, іноді вони носять характер складних довільних актів, скоєних з жорстокістю автомата чи машини.



Ілля Рєпін «Іван Грозний вбиває свого сина» 1885р.

В стадії вибуху спостерігаються типові фізичні прояви патологічного афекту – обличчя хворого червоніє, або ж стає блідим, міміка відображає афективні прояви гніву, відчаю, люті, обурення.

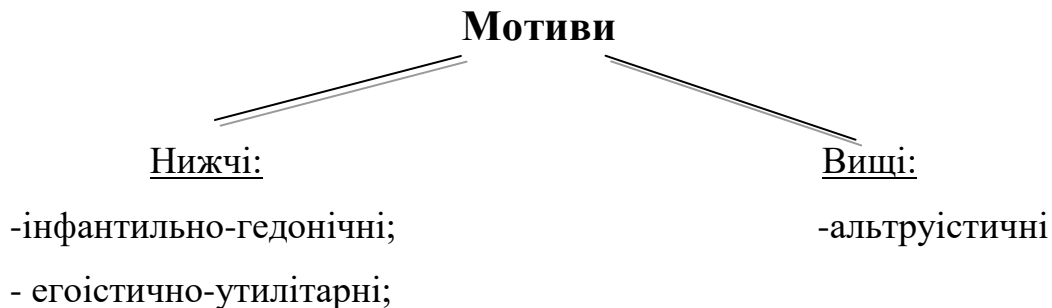
Слідом іде *заклучна стадія*, яка характеризується глибоким сном, різкою астеною і повною або частковою амнезією, яка розповсюджується не тільки на період порушеної свідомості, але і охоплює іноді деякий період часу перед виникненням патологічного афекту.

## **Психологія волі**

**Воля** – це психічний процес, який полягає в свідомій, цілеспрямованій, мотивованій, активній психічній діяльності, яка пов'язана з подоланням зовнішніх та внутрішніх перешкод і спрямована на задоволення потреб людини.

Вольовий акт складається з етапів послідовних, спланованих дій.

Найважливіше значення в формуванні вольового акту має мотиваційна сфера людини. Вона являє сукупність бажань, спонукань, набуваючих характер мотивів дій, вчинків і форм діяльності.



По рівню змісту і направленості, мотиви діяльності особистості поділяються на нижчі і вищі.

До нижчих відносять: інфантильно-гедонічні, при яких діяльність особистості визначається прагненням отримати задоволення, в основному у сфері інстинктивно-фізіологічних потреб; егоїстично-утилітарні, при яких спонукання до діяльності пов'язані з прагненням здобути особистісну вигоду, часто у збиток оточуючих.

До вищих відносяться істинно альтруїстичні мотиви поведінки. Особистість прагне принести якомога більше користі суспільству, не думаючи при цьому про особистісну вигоду.

Безпосередні спонукання до діяльності призводять до дій по мимовільному імпульсу (миттєва реакція на отриманий вплив), або у вигляді реакцій відстроченого типу (обдумана дія, яка виникла на підставі точного уявлення про результат дії).

Усі дії поділяються на мимовільні і довільні. Мимовільні дії скоюються в результаті виникнення неусвідомлених або недостатньо чітко усвідомлюваних спонукань. Вони позбавлені чіткого плану і виникають частіше в стані афекту, розгубленості, страху, здивування. Довільні дії припускають усвідомлювання мети і попереднє уявлення тих операцій,



які можуть забезпечити її здійснення. Вольові дії представляють такий різновид довільних дій, які вимагають подолання перешкод, що стоять на шляху до досягнення мети.

З самого початку вольового акту, як правило, має місце одночасне виникнення декількох мотивів діяльності, які вступають у конкуренцію між собою. Це призводить до наступного етапу вольового акту — «боротьби мотивів». Про закінчення його свідчить вибір одного з мотивів — приймається рішення, визначається мета подальшої діяльності. Постановка мети призводить до необхідності планування конкретних дій, які і складають вольове зусилля. Їх здійснення призводить до реалізації завдання, мети і задоволенню потреби, яка виникла на початку вольового акту. При конкуренції сильних мотивів, наявності деяких можливих результатів (альтернатив) майбутнього рішення може виникнути психологічний стан занепокоєння, напруженості, душевного дискомфорту, що супроводжується переживанням внутрішнього конфлікту. Слідом за прийняттям рішення, навіть з негативним для особистості змістом, настає полегшення.

Таким чином у вольовому процесі можна виділити наступні етапи:

- 1) спонукання;
- 2) потяг - усвідомлення мети і прагнення досягти її;
- 3) прагнення - усвідомлення ряду можливостей досягнення мети;
- 4) боротьба мотивів і вибір;
- 5) прийняття одного з можливих рішень;
- 6) дія - здійснення прийнятого рішення.

До основних вольових якостей людини відносять: самостійність, рішучість, наполегливість, врівноваженість, а також навіюваність, нерішучість, впертість, вольову нестійкість.

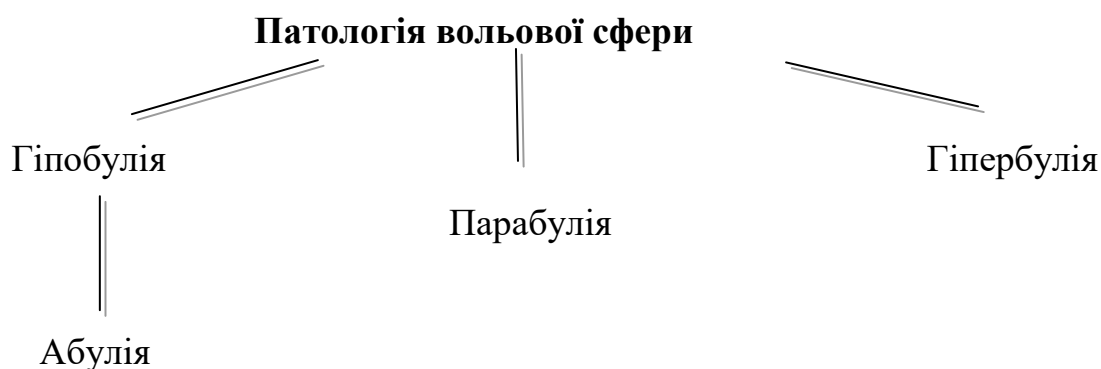
*Навіюваність* — властивість вольової сфери, при наявності якої людина легко піддається чужим впливам, і мотиви його дій визначаються останніми.

*Нерішучість* — наслідок затримки вольового акту на етапі боротьби

мотивів або реалізації прийнятого рішення.

*Впертість* — неспроможність, не дивлячись на розумну підставу, відмовитись від прийнятого раніше необміркованого рішення і плану дій.

*Вольова нестійкість* — невміння стримувати несхвалені самою людиною прояви почуттів у вигляді роздратування, гніву, страху, ярості, відчаю.



**Гіпобулія** — зниження інтенсивності і зменшення кількості спонукань до діяльності, супроводжується регресом її мотивів. Крайня ступінь вираженості цього стану називається **абулією**. При ній відсутні спонукання до діяльності і її мотиви.

Як транзиторний розлад зустрічається у рамках невротичних і неврозоподібних синдромів і депресивних станів, при різноманітних ступорах; як стійкий розлад спостерігається в структурі різноманітних синдромів дефекту особистості і недоумства (розумової відсталості).

**Анорексія** (зникнення апетиту) — різке пригнічення харчового інстинкту. Є провідним симптомом синдрому нервової анорексії, може входити в структуру невротичних, депресивних синдромів, а також спостерігається при деяких синдромах деменції, абстинентному синдромі, дипсоманічних станах.

**Зниження лібідо** — пригнічення статевого потягу. У чоловіків — імпотенція, у жінок — фригідність. Не є самостійною нозологічною формою.

Ці синдроми зустрічаються при багатьох захворюваннях. Психіатру частіше доводиться зустрічатися з імпотенцією і фригідністю функціонального походження. Імпотенція може розвиватися по типу будь-якого неврозу. В кожному випадку її виникнення визначається взаємовідношенням характерологічних особливостей особистості і травмуючих психіку факторів. Фригідність жінок, як і чоловіча статева слабкість, може бути результатом функціональних розладів складаючих елементів статевої функції. Для розуміння причин фригідності важливо враховувати особливості жіночої сексуальності. Якщо у чоловіка спочатку виникає чуттєвий потяг до протилежної статі, а тільки пізніше приходить почуття любові до людини, то у жінки зазвичай на першому місці стоїть любов і тільки через деякий час після початку статевого життя до нього приєднується чуттєвий потяг. Звідси виходить, що початок статевого життя жінки, пробудження чуттєвої його сторони, в значній мірі залежить від уважності, чуйності і бережливості партнера. Грубість, незначний елемент насилля може призвести до фригідності.

Входить у структуру невротичних станів, депресивного синдрому, може бути наслідком деяких екзогенних впливів (алкоголізм, наркоманія, деякі органічні ураження головного мозку).

**Гальмування оборонних реакцій** — пригнічення інстинкту самозбереження, яке проявляється у відсутності захисних моторних реакцій (кліпання, зміна і утримання захисних поз, уникнення небезпеки) у відповідь на зовнішню погрозу. Зустрічається при деяких варіантах депресивного ступору, кататонічному ступорі.

**Гіпербулія** — посилення потягів і мотивів діяльності. Відзначаються наступні варіанти:

**Булімія** — різке посилення харчового інстинкту, непомірний апетит, найчастіше поєднується з неперекірливістю у їжі (обжерливість).

Входить у структуру деяких варіантів гіпоталамічних синдромів, марантичної стадії деяких видів деменції, ідіотії, імбецильності, гашишного

сп'яніння.

**Гіперсексуальність** — різке посилення статевого потягу, який набуває характер домінуючого мотиву, який починає переважати в свідомості. Чоловіча гіперсексуальність називається сатириазісом, жіноча — німфоманією.

Входить у структуру деяких маніакальних, психопатичних і психопатоподібних, гебефренних, кататонічних синдромів, недоумства, де нерідко супроводжується відкритою мастурбацією. У вигляді нападів може спостерігатися при деяких гіпоталамічних синдромах.

#### **Гіпербулія може мати наступні варіанти:**

Ейфорична — виникає на фоні ейфорії і характеризується наявністю мети і прийняттям рішення. Однак, у силу підвищеної відволікаємості уваги, вольове зусилля виснажується, дія не доводиться до кінця, діяльність стає полімотивною і непродуктивною. Симптом найбільш характерний для типового маніакального синдрому.

Психопатична (конституційно-особистісна) гіпербулія відрізняється полімотивністю діяльності при швидко виникаючих спонуканнях, які диктуються миттєвим емоціональним станом. Ці дії афективно-непослідовні, не супроводжуються попереднім глибоким обмірковуванням і прогнозуванням результатів, швидко згасають. Симптом характерний для психопатичних і психопатоподібних синдромів істеричного кола.

Дементно-егоцентрична гіпербулія виникає при регресі особистості, коли мотивація діяльності переходить на утилітарно-егоїстичний і гедонічний рівень з егоцентричною направленістю вчинків.

Спостерігається при синдромах зміни особистості по епілептичному типу, при деяких варіантах психоорганічного синдрому.

Дементно-асемічна гіпербулія проявляється метушливою псевдозаклопотаністю, при зникненні здатності до логічного осмислення спонукань і мотивів діяльності, і поєднується з явищами апраксії і іншими

симптомами випадіння вищих функцій кори.

Спостерігається при деменціях пресенільного і сенільного віку.

**Парабулії** — збочення потягів, спонукань і мотивів діяльності.

Відзначається ряд варіантів:

*Дромоманія* — патологічний потяг до постійної зміни місць проживання, бродяжництва. Хворі кидають роботу, сім'ю і в будь-яких цілком неслухняних умовах, без грошей, іноді голодні здійснюють тривалі подорожі або безцільно ходять по місту, але тільки реалізація імпульсивного потягу приносить їм полегшення.

*Піроманія* — потяг до підпалів, іноді – до споглядання полум'я. Суспільна небезпека дій піроманів надзвичайно висока. Особи, страждаючі піроманією, нерідко уже в дитинстві або в підлітковому віці проявляють велику зацікавленість і прагнення до вогню. Вони люблять запалювати багаття, влаштовувати ігри з вогнем.

*Клептоманія* — патологічний потяг до крадіжок. Крадуть без утилітарної зацікавленості у присвоєній речі, зазвичай заради самого процесу, а не заради матеріального збагачення; присвоєні речі, частіше за все малоцінні, зазвичай повертають.

*Гоміцидоманія* — потяг до вбивства людей без ситуаційно-психологічної обумовленості.

*Суїцидоманія* — хворобливий потяг до самогубства, членоушкодження — патологічне прагнення до самоушкодження, аутоотравматизму.

*Дипсоманія* — періодично виникаючий потяг до вживання спиртних напоїв, до запоїв, часом на фоні дисфорично-тужливого настрою.

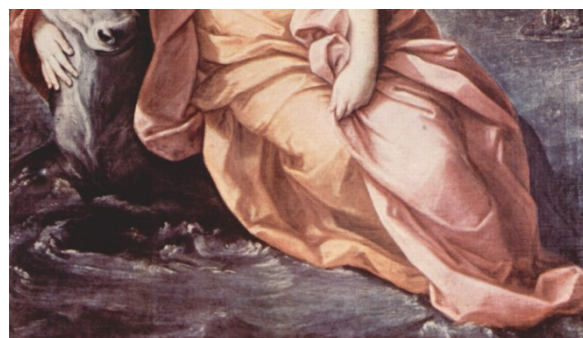
*Копрофагія* — патологічний потяг до поїдання неїстівного (у вузькому сенсі — поїдання екскрементів).

**Перверзії** — різноманітні форми збочення статевого потягу. Основними різновидами є:

**аутоеротизм** — фантазування на еротичні теми, мастурбація (онанізм), нарцисизм (споглядання власного тіла з милуванням ним);



**альголагнія** — потяг до досягнення сексуального задоволення шляхом завдання фізичного болю або морального збитку собі (мазохізм) або статевому партнеру (садизм).



Джон Уільям Уотерхаус «Ехо і Нарцисс»

До замісних форм перверзії відносяться:

**фетишизм** — отримання

сексуального задоволення від споглядання предметів інтимного туалету осіб протилежної статі.

Приклад: *Хворий Ч. в потязі, лежачи на середній полиці відчував статеве збудження споглядаючи на ноги дівчини в гарних туфлях, яка їхала на верхній полиці. Після приїзду додому, він купив схожі туфлі дружині і просив її якомога частіше їх надівати, однак дружина прибрала ці туфлі і продовжувала носити старі. Тоді Ч. купив ще одну пару туфель і шовкові панчохи, таємно робив імпровізований муляж жіночих ніг і, споглядаючи на них займався мастурбацією.*

**ексгібіціонізм** — оголення статевих органів у присутності осіб протилежної статі, з метою отримання статтевого задоволення;

**трансвестизм** — прагнення приймати зовнішній вигляд осіб протилежної статі і перевдягатися в їх одяг; іноді трансвестизм є наслідком гермафродитизму, але частіше за все супроводжує різні форми гомосексуалізму;

**візіонізм** — підглядання за

Гвідо Рені «Викрадання Європи». Давньогрецький міф, в якому Зевс перетворюється на бика, щоб викрасти Європу

оголеними особами протилежної статі ( в момент купання, відправлення фізіологічних потреб, і т.і.);

**гомосексуалізм** — статтєвий потяг до осіб власої статі. Він зустрічається у вигляді лесбїянства (трибадії) і мужолозтва (педерастії).

За направленістю статтєвого потягу на неадекватні об'єкти, виділяють наступні види перверзії:

**педофілія** — статтєвий потяг до малолітніх. Не завжди пацієнти з цим видом порушень намагаються задовільнити статтєве збудження шляхом здійснення зносин, іноді вони ведуть розбещуючі дітей розмови на сексуальні теми, змушують дітей чіпати свої статтєві органи, або дотикаються до них самі;

**геронтофілія** — статтєвий потяг до старих;



Копія з втраченого полотна Леонардо да Вінчі «Леда і Зевс» (Давньогрецький міф, в його основі — античний сюжет про те, як Зевс оволодів Ледою, перетворившись в лебедя).

**зоофілія або скотолозтво (содомія)** — статтєвий потяг до тварин. Може спостерігатися при олігофренії. Термін був запропонований в 1894 році німецьким психіатром Ріхардом Крафт-Ебінгом в його книзі «Сексуальні психопатії».

У поточній редакції Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-10), прийнятою Всесвітньою організацією охорони здоров'я в 1989 році, «розлади статтєвого потягу», пов'язані із статтєвим

потягом до тварин, кодуються F65.8 Небезпеку з соціальної точки зору представляють випадки, коли прагнення до статтєвих контактів з тваринами

поєднується з садистськими компонентами особистості. Зоосадизм входить в так звану «тріаду Макдональда» (мочився в ліжку — здійснював підпали — мучив тварин), характерну для серійних вбивць. Зважаючи на це вважається, що приєднання садистичного компонента робить сексуальні дії з тваринами суспільно небезпечними.



**некрофілія** (бертранізм; акт Ірода в єврейській релігійній літературі) — статтевий потяг до трупів, може поєднуватися з некросадизмом – прагнення до спотворення трупів. Випадки некрофілії описані в історичних джерелах. Грецький історик Геродот згадує про факти некрофілії в Стародавньому Єгипті, коли бальзамувальники злягалися з тілами недавно померлих гарних жінок. Досить велике число



випадків некрофілії описано Ріхардом фон Крафт-Ебінгом, в тому числі класичний випадок сержанта Бертрана, який здійснював некрофільні акти спочатку з тваринами, а потім і з трупами людей, як жінок, так і чоловіків.

**пігмаліонізм** — статтевий потяг до статуй, світлин, картин (назва пов'язана з давньогрецьким міфом про Пігмаліона і Галатею).

Усі вищезгадані варіанти збочень потягів і мотивів діяльності мають **три клінічних форми**.

Нав'язливі потяги — спонукання до діяльності з'являються проти волі хворого, не відображають його інтереси і ситуацію, супроводжуються боротьбою мотивів, збереженням критичного до них відношення. Вони зазвичай не реалізуються у вчинках, через те що здійснюється вольовий контроль над діями. Спостерігається при невротичних, психопатичних синдромах.

Компульсивні потяги — спонукання до діяльності виникають подібно вітальним потягам, таким як голод, спрага, статтевий потяг. Вони диктуються ознаками психофізіологічного дискомфорту і швидко приймають характер домінуючого мотиву діяльності. Критичне ставлення до цього потягу поєднується з неспроможністю боротьби з ним. Всі вчинки направлені на його реалізацію.

Імпульсивні потяги — хворобливі спонукання до діяльності, які виникають



гостро, безмотивно, цим нагадуючи пароксизмальні. Відзначається невідступне прагнення до реалізації потягу з повним підпорядкуванням йому самоусвідомлення. На висоті патологічного стану часто спостерігається афективне звуження свідомості з наступною фрагментованістю спогадів. Після реалізації потягу виникають психічне виснаження, загальна релаксація у поєднанні з заспокоєнням і задоволенням. Зустрічаються при кататонічних синдромах, сутінкових станах свідомості.

**Амбітендентність** — одночасне співіснування двох протилежних мотивів і цілей діяльності. Зустрічається в рамках кататонічних синдромів. Нав'язливі дії — реалізовані нав'язливі потяги, часто носять характер ритуальних дій.

Входять у структуру невротичних і неврозоподібних розладів.

*Насильницькі дії* — безмотивно, мимовільно виникаючі рухи на фоні ясної свідомості. Їх прояви затримати не вдається, вони зникають під час сну і посилюються при хвилюванні (гіперкінези, насильницький сміх, плач, крик и т. і.). Є неврологічним симптомом і зустрічаються при деяких органічних захворюваннях головного мозку.

*Імпульсивні дії* — афективно індіферентні складні рухові акти, які виникають раптово, без боротьби мотивів і часто супроводжуються агресивними або руйнівними тенденціями без ситуаційно-психологічної обумовленості. Спостерігається при кататонічних синдромах. Kronfeld наводить наступне описання імпульсивного вчинку у хворого на шизофренію: « У нас була зустріч. По дорозі додому мені несподівано прийшла в голову думка — перепливти річку в одязі. Це був...колосальний потужний імпульс. Я не роздумував і хвилини, але одразу стрибнув... і тільки опинившись у воді, зрозумів, що моя поведінка цілковито безглузда і вібрився назад. Весь цей інцидент змусив мене про багато що задуматися. Вперше зі мною сталося щось нез'ясоване, цілковито спорадичне і чужинне».

Прикладом спотворення оборонного рефлексу є прагнення до калічення членів, самокатування. Приклад: *Хвора О. в присутності лікаря намагалася*

*покінчити з собою за допомогою тонкого батистового мішечка від передачі: різким поштовхом вона проштовхнула завернутий комком мішечок собі у глотку і сильно притиснула зуби. Не дивлячись на появу ціанозу, довелось докласти немало зусиль, для того, щоб за допомогою роторозширювача розвести щелепи хворої.*

### **Симптоми психомоторних розладів**

Симптоми, які відносяться сюди зазвичай тісно пов'язані з різноманітними продуктивними (афективні, галюцинаторні, маячні) або рідше негативними розладами, наприклад, із недоумством. Розлади моторики також постійно супроводжуються патологією мислення і мови. Можливо, через це психіатри використовують для визначення окремих форм розладів моторики прикметник «психомоторний» — психомоторне збудження, психомоторне гальмування.

Виділяють три форми рухових (психомоторних) порушень: гіперкінезію, акінезію та паракінезію.



**Рухове збудження (гіперкінезія)** — посилення та прискорення рухової

активності. В легких формах гіперкінезій рухи послідовні, правильні, взаємопов'язані. Поведінка в цілому має цілеспрямованість і представляється мотивованою. Спостерігається лише пошвавлення мимики, велика виразність і велика різноманітність рухів. З погіршенням гіперкінезій рухи втрачають свої відтінки, стають більш простими і разом з тим різкими і поривчатими, немов би судомними, а поведінка — безладна і немотивована. При різкому ступені гіперкінезій рухи набувають хаотичності. В ній можуть зникати цілісні рухові акти, з'являються рухи, які нагадують, наприклад, гіперкінези, і збудження приймає немов би неврологічний характер. Гіперкінезія в тяжких формах може супроводжуватись регресом поведінки: хворі гарчать, гавкають, пересуваються на чотирьох кінцівках, не їдять, а лакають. В тяжких випадках гіперкінезій нерідко зникає всіляка мова, тобто збудження може стати «німим». На особливості проявів рухового збудження впливає вік. У дітей часто спостерігаються такі особливості, як бланнювання, біг по колу, одноманітне розкачування корпусом, розкидання предметів. В сеньльному віці рухове збудження нерідко приймає характер метушливої заклопотанності, яка проявляється вчинками, відображаючими фрагменти минулої побутової діяльності, а мовне збудження може відмежуватись лише окремим стереотипно повторюючимися словами, вигуками або короткими фразами.

Психомоторне збудження у відносно рідких випадках може самостійно виконувати клінічну картину. Зазвичай воно поєднується з найрізноманітнішими психопатологічними розладами — афективними, маячними, галюцинаторними, станами потьмарення свідомості, з різними по глибині станами недоумства. Тому при визначенні характеру психомоторного збудження його часто кваліфікують згідно з патологічним станом, в структурі якого він виникає. Так, відзначають:

*маніакальне збудження* – усі психічні функції оживлені, сприйняття полегшено, асоціативна діяльність прискорена, настрої підвищений. Таке збудження навіть в важких випадках не буває безцільним, а завжди

цілеспрямоване. Хворі надмірно активні, рухливі, нестомні, багато і гучно говорять, нахабно втручаються в розмови, виявляються у центрі подій - маніакальна екзальтація (*exaltation maniacalis*). На висоті хворобливого стану, збудження приймає вигляд хаотичного, при якому мова цілком незв'язна, душевний зміст виявляється в неспинних криках, різноманітних проявах буйства і шаленості - несамовитість, неістовство (*furor*). Зовнішній вигляд хворих з маніакальним збудженням відображає їх емоційний стан: вони тримаються рівно, впевнено, виглядають молодшими, обличчя веселе, очі блискучі ( Васнецовські очі – на ім'я художника), на щоках рум'янець, міміка жива, рухи розмашисті, жести і пози виразні, голос охриплий внаслідок постійного перенапруження голосових зв'язок ;

**тривожне збудження**, яке виникає при депресіях, супроводжується тривогою і страхом. Збудження може досягати стану *gartus melancholicus* («вибух депресивного афекту»). Хворі мечуться і стогнуть, відчують душевні муки, голосять, взивають про допомогу, заломлюють руки, можуть наносити собі самопошкодження, б'ються головою об стіну, виявляють суїцидні наміри;

**збудження кататонічне** характеризується некоординованими і дисгармонійними рухами. Вони химерні і немовби умисно позбавлені сенсу. Не відповідають ні характерові подразнень, ні реальній ситуації. Може чергуватися з кататонічним ступором, переривати його а також мати самостійний перебіг;

**гебефренічне збудження** - поєднання рухового і мовного збудження з пустотливістю і мінливим афектом. Рухове збудження супроводжується блазнюванням, кривлянням, гримасуванням, блазнівським копіюванням вчинків і слів оточуючих;

**епілептичне збудження** супроводжується дисфорією і зазвичай буває прив'язане до якого-небудь зовнішнього приводу, який визвав незадоволення хворого. Виявляються реакції гніву і ярості, супроводжується агресивністю,

руйнівними діями;

**істеричне збудження** завжди буває психогенно спровоковане і носить характер театральності, демонстративності. Це можуть бути постійні або періодично повторюючі гіперкінези, або випадки під час яких хворі плачуть, кричать, б'ються, катаються по підлозі, приймають театральні пози. Іноді істеричний випадок імітує епілептичний, якщо хворий бачив такі випадки раніше.



### Диференціально-діагностичні ознаки епілептичного і істеричного нападів

Ознаки	Напад	
	Епілептичний судомний	Істеричний
Початок	Раптовий, без видимих зовнішніх причин	Швидкий, психогенно зумовлений
Відображення в свідомості попередньої психологічної ситуації	Відсутнє	Присутнє
Аура	Можлива	Відсутня
Ініціальний крик	Спостерігається	Відсутній

Падіння	Хворий падає, де б він не знаходився і може травмуватися	Хворий падає так, щоб не забитися
Зміна кольору шкіри обличчя	Різка блідість, потім ціаноз внаслідок асфіксії	Може бути незначна гіперемія
Міміка	Судомні скорочення м'язів обличчя позбавлені психологічно зрозумілого змісту	Виражає страждання, страх, захоплення
Реакція зіниць на світло	Відсутня	Не порушена
Прикусування язика	В частині випадків	Не спостерігається
Мимовільне сечовипускання	Дуже часто	Не спостерігається
Характер нападів у одного і того ж хворого	Фотографічно схожий	Схожості немає
Послідовність фаз нападу	Втрата свідомості, падіння, тонічні і клонічні судоми, кома, сопор, оглушення	Закономірної послідовності не буває
Втрата свідомості	Повна	Відсутня, або часткова
Амнезія після нападу	Повна	Часткова

Гостра епізодична олігофазія	Характерна	Не спостерігається
Тривалість нападу	Від 30-ти секунд до 5-х хвилин	Від декількох хвилин, до декількох годин
Пірамідні симптоми	Ймовірні	Не спостерігаються

Значно рідше при оцінці характеру збудження використовується критерій роду хвороби або її нозологічної належності — збудження органічне, сенільне.

Особливості збудження і його видозмінення на протязі хвороби дуже часто є важливим критерієм прогнозу захворювання, як стосовно одужання, так і стосовно життя хворого.

Гіперкінезії часто супроводжуються неправильними діями хворих по відношенню до самих себе (відмова від їжі, самокаліцтво, самовбивство), або до оточуючих. По відношенню до останніх хворі можуть проявити, зокрема, агресію. Немотивована агресія спостерігається майже виключно у хворих з кататонічним збудженням, частіше на віддаленому етапі хвороби, у хворих на епілепсію зі збудженням, яке супроводжується сутінковим потьмаренням свідомості або тяжкою дисфорією. Немотивована агресія зустрічається рідко. Зазвичай агресивні дії – це неадекватна реакція збуджених хворих на дійсні, хоча часто і мінімальні промахи у словах або в поведінці, що допускають оточуючі, перш за все медичний персонал, по відношенню до хворих.

Частіше рухове збудження обмежене у часі і триває хвилини-дні. У той же час, воно може неодноразово повторюватись. В деяких випадках рухове збудження безперервно триває тижні і місяці, лише змінюючись у своїй інтенсивності. Виражене безперервне рухове збудження часто супроводжується виразними вегетативними розладами і при відсутності або недостатності лікувальної допомоги спроможне спричинити смерть хворого.

**Гіпокінезія (рухове гальмування)** — уповільнення темпу довільних рухів. Крайня ступінь — знерухомленість (**акінезія**) — повна відсутність довільних рухів.

Входить у структуру вираженої астенії, ступору, депресії, спонтанності, апато-абулічного синдрому.

В психіатрії для визначення станів акінезії і гіпокінезії використовують термін «ступор», «субступор». Як правило, ці терміни, особливо термін «ступор», поєднується з визначеннями, які відображають собою ті психопатологічні розлади, на фоні яких виникає нерухомість, — депресивний ступор, галюцинаторний ступор. В ряді випадків для характеристики ступору використовують визначення, що відображають нозологічну природу захворювань — ступор епілептичний, ступор реактивний. Тривалі і інтенсивні у своїх проявах стани акінезії супроводжуються вираженими соматичними, в першу чергу вегетативними розладами, які несуть загрозу життю хворого.

### **Паракінезія.**

В психіатрії цим терміном визначають:

- а) мімічні і рухові реакції хворого, які не відповідають даній ситуації; частіше за все подібні розлади визначаються терміном «манірність»;
- б) рухові порушення у вигляді стереотипії, або ж ті що проявляються повторенням в тій чи іншій формі мови, рухів або вчинків оточуючих хворого осіб — так звані ехо-симптоми — ехолалія, ехомімія, ехопраксія, ехографія. Паракінезії частіше за все зустрічаються при шизофренії, тяжких ступенях олігофренії (імбецильність, ідіотія) і деменціях, зумовлених атрофічними процесами.

Особливості порушень моторики і їх видозмінення на протязі хвороби часто можуть служити важливим прогностичним критерієм.

### **Синдроми рухових розладів**

Ці синдроми проявляються нерухомістю (ступор), збудженням чи



їх чергуванням.

**Ступор** — психопатологічний розлад у вигляді пригнічення різних сторін психічної діяльності, в першу чергу моторики, мислення і мови. Хворі, які знаходяться в стані ступору, нерухомі, Надані собі, вони подовгу, нерідко годинами сидять, лежать чи стоять, не змінюючи пози. На відповіді або не відповідають взагалі (мутизм), або відповідають після паузи, повільно, окремими словами або вигуками і лише іноді короткими фразами.

Зазвичай вони зовнішньо не реагують на те, що відбувається навколо; ні про що не просять; не слідкують за своїм зовнішнім виглядом; часто самотійно не їдять і нерідко чинять опір при їх вмиванні, одяганні, годуванні, медичних процедурах (негативізм); можуть бути забруднені сечею і калом.

В одних випадках ступор поєднується з різноманітними психопатологічними симптомами — маяченням, галюцинаціями, зміненим афектом, потьмаренням свідомості; в інших, більш рідких випадках, ступор складається лише з рухової та мовленнєвої загальмованості — «порожній» ступор.

Ступор, який супроводжується потьмаренням свідомості, перш за все онейроїдним, називають рецепторним; ступор, який існує на тлі ясної свідомості, — люцидним або ефекторним. Зазвичай терміни «ступор люцидний» і «ступор ефекторний» вживають для характеристики кататонічного ступора.

При ступорі завжди спостерігається тимчасове різке збіднення психічної діяльності, у зв'язку з чим такі хворі нагадують осіб, що страждають недоумством, якого насправді зазвичай немає. Ця обставина була відзначена психіатрами ще в минулому столітті. Ступор супроводжується соматичними розладами, в першу чергу вегетативними. Спогади про те, що відбувалося з хворим в період ступору, частіше скупі, уривчасті, стосуються насамперед змісту психопатологічних розладів — марення, галюцинацій. Зрідка, при люцидному кататонічному ступорі, хворі добре пам'ятають про

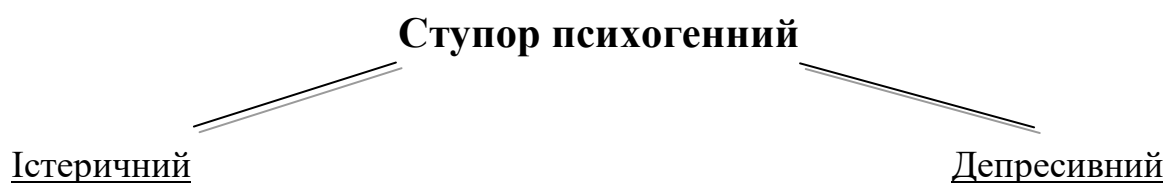
те, що відбувається навкруги. Нерідко період, який визначався ступорозними розладами, амнезується. Стан часткової нерухомості з різко зменшеною мовленнєвою активністю називають субступором.

Ступор може розвиватися поступово. При цьому спочатку розвивається субступор, а в подальшому, у зв'язку з ускладненням стану — ступор. У зв'язку з лікувальним патоморфозом психічних захворювань виражені ступорозні стани зустрічаються все рідше і рідше. Частіше психоз обмежується розвитком субступора.

Залежно від психопатологічних розладів, супутніх ступору, і нозологічної приналежності психічного захворювання, при якому ступор виникає, виділяють наступні форми ступору:

- 1) кататонічний;
- 2) психогенний;
- 3) депресивний;
- 4) галюцинаторний;
- 5) алкогольний;
- 6) апатичний;
- 7) епілептичний;
- 8) маніакальний.

Найчастіше зустрічаються кататонічний ступор і психогенний.



Психогенний ступор може бути істеричним і депресивним.

Істеричний ступор розвивається або раптово, або його появи передують інші істеричні розлади: істеричний, в тому числі і з регресом поведінки, збудження, псевдодеменція, пуерилізм, і тоді ступор являє собою як би кульмінаційну стадію перерахованих розладів. У стані

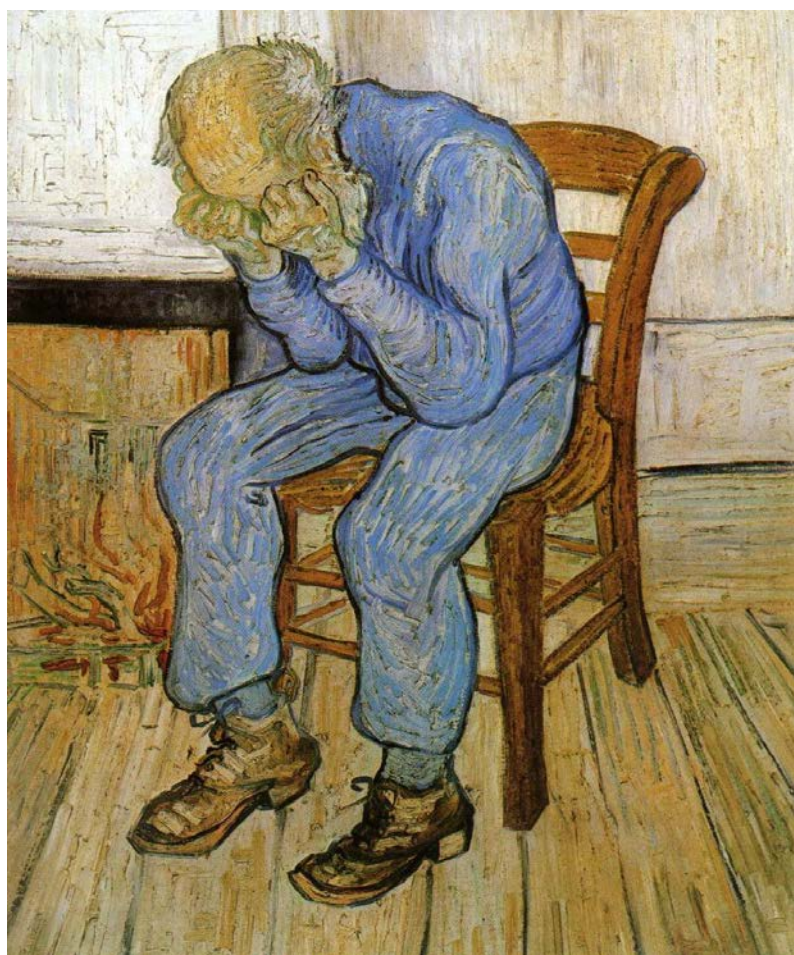


істеричного ступору хворі днями лежать у ліжку, нерідко в ембріональній позі. Вираз обличчя відображає то похмурість, злість, то тривожно-напружений афект. Якщо звернутися до хворого з питанням, то він залишає його без відповіді, однак майже завжди при цьому з'являються вегетативні симптоми: тахікардія, почервоніння шкіри обличчя, може змінитися ритм дихання. Питання, що стосуються психотравмуючої ситуації, завжди тягнуть за собою появу виражених вазо-вегетативних розладів. При спробах підняти хворого він чинить різкий опір, м'язи його тіла напружені. Коли хворого ведуть під руки, ноги волочаться позаду — стан, що нагадує рефлекс збереження пози. Дуже часто поряд зі ступором відзначаються окремі псевдодементно-пуерильні риси. Можуть виникати прості рухові стереотипії; тривало щипають або розчісують собі якесь місце, здійснюють рухи немов би щось рвуть, виколупують. У хворих зберігається сприйняття навколишнього, про що можна зробити висновок на підставі їх розпитування по закінченні психозу. Їх свідомість можна визначити як афективно звужену у зв'язку з концентрацією переживань на обставинах психічної травми. При тривалому існуванні ступору може з'явитися фізичне виснаження. Нетривалі ступорозні стани не супроводжуються погіршенням соматичного стану хворих незважаючи на їх постійні відмови від прийомів їжі.

Психогенний депресивний ступор за своїми зовнішніми проявами у частині випадків дуже схожий із звичайним депресивним ступором.

Відмінності полягають у тому, що на запитання, зокрема, ті що стосуються психотравмуючої ситуації, хворі нерідко можуть реагувати сльозами, риданнями, окремими експресивними вигуками. Існують депресивні ступорозні стани, при яких домінує апатія. Такі хворі весь час лежать, часто в ембріональній позі, на боці. Вони ні про що не просять, не обслуговують себе, бувають неохайні, негативізм відсутній. Таких хворих без зайвих зусиль з боку персоналу можна нагодувати, хоча вони їдять мало, переодягти, зводити в туалет. І в цих випадках можна говорити про наявність у хворих афективно-звуженої свідомості, але у більш вираженій формі, ніж у хворих попередньої групи. Спогади про період, коли існували ступорозні розлади, відсутні або украй бідні на події навколишнього; свої переживання, які мали місце під час ступору, хворі пам'ятають досить добре. У них переважають не думки про колишню психічну травму, а ідеї самозвинувачення, в частині випадків явища деперсоналізації та дереалізації, тобто тут депресія має не тільки психогенний зміст, але і виразні "вітальні" компоненти.

Депресивний ступор (меланхолічний ступор; меланхолічне заціпеніння) проявляється тим, що зовнішній вигляд хворого завжди відображає депресивний афект: поза зігнута, голова опущена; на лобі — горизонтальні зморшки, відтягнуті догори; м'язи нижньої частини обличчя розслаблені; очі сухі і запалені. Зазвичай хворі зберігають здатність реагувати на звернення або



Вінсент ван Гог «Старий в журбі на порозі Вічності» 1890р. Ван Гог намалював під час перебування в лікарні для душе ( 52 ) х Сен-Ремі.

окремими словами і вигуками, вимовленими пошепки, або найпростішими рухами — нахилом голови, мінливим напрямком погляду. У деяких хворих на тлі загальної знерухомленості періодично або постійно спостерігається рух пальців рук, а часом мимоволі виникають зітхання, охання, стогони — симптоми, що свідчать про можливість появи меланхолічного раптусу, слідом за яким знову виникає ступор. Депресивний ступор завжди супроводжується вираженим депресивним маяченням, в тому числі маяченням заперечення. У ряді випадків депресивний ступор супроводжується онейроїдним потьмаренням свідомості. Депресивний ступор є кульмінацією ідеомоторного гальмування при меланхолійній депресії або ж змінює тривожно-ажитовану депресію у випадках її обтяження. Тривалість депресивного ступору — години — тижні, рідко довше.

Депресивний ступор зустрічається при маніакально-депресивному психозі, шизофренії, пресенільній меланхолії, хворобі Крепеліна (однієї із форм пресенільної деменції). Депресивний субступор спостерігається при протрагованих алкогольних галюцинозах.

Галюцинаторний ступор відрізняється тим, що загальна знерухомленість часто поєднується з різними мимічними реакціями, що виражають страх, смуток, здивування, захоплення, відчуженість. Мутизм може бути повним, але негативізм зазвичай відсутній. Найчастіше галюцинаторний ступор виникає на висоті істинного полівокального вербального галюцинозу; значно рідше при слуховому псевдогалюцинозі, при напливі зорових сценopodobних галюцинацій. Галюцинаторний ступор триває хвилини-години. Зустрічається при інтоксикаційних, органічних і старечих психозах.

Алкогольний ступор зустрічається порівняно рідко. Найчастіше спостерігається при алкогольному онейроїді, який супроводжується зоровим псевдогалюцинозом. Хворі лежать, виглядають сонливими, вираз то

застиглий і тупий, то на обличчі з'являється вираз страху, подиву, заклопотаності, зацікавленості. Вони пасивно підкорюються огляду, медичним процедурам, а якщо і чинять часом опір, то він інтенсивний і схожий з опором, який чинить людина, що знаходиться в напівсні. М'язовий тонус звичайно знижений. Тривалість ступору — до декількох діб. На висоті гострого вербального алкогольного галюцинозу може виникати субступор. У ряді випадків при алгокольній енцефалопатії Гайе-Верніке на нетривалі періоди часу (години), виникають виражені ступорозні розлади, які супроводжуються різкою м'язовою, в тому числі і опозиційною гіпертонією. В цих станах може спостерігатися неохайність сечею і калом, що зазвичай свідчить про тяжкість стану та можливості летального наслідку.

Апатичний ступор (астенічний ступор; бадьора кома) проявляється тим, що хворі зазвичай лежать на спині в стані прострації і повного м'язового розслаблення. Вираз обличчя спустошений, очі розкриті. До навколишнього хворі байдужі, через що можна говорити про "параліч емоцій". На найпростіші запитання хворі здатні дати однозначну або коротку правильну відповідь; при більш складних кажуть "не знаю" або мовчать. Завжди зберігається смутне усвідомлення хвороби; нерідко — тільки загальне орієнтування в місцевості: хворі знають, що знаходяться в лікарні. При спонукання ззовні, наприклад, при побаченнях з родичами, у хворих виникають правильні емоційні реакції. У нічний час спостерігається безсоння; у денний час відсутня сонливість. Хворі часто неохайні сечею і калом. Завжди існує виражена кахексія, нерідко супроводжується профузними проносами. Апатичний ступор триває тижнями та місяцями. Спогади про період апатичного ступору вкрай бідні і уривчасті. Апатичний ступор — прояв важких протрагованих симптоматичних психозів; у ряді випадків він виникає при енцефалопатії Гайе-Верніке слідом за ініціальним тривожно-маячним синдромом.

Епілептичний ступор виникає досить рідко. Ідеомоторне гальмування може визначатися ступором з негативізмом і мутизмом, іноді на короткий час



виникає каталепсія. В інших випадках рухова загальмованість супроводжується пасивною покірністю; зберігається спонтанна або виникає після запитань мова, зазвичай уривчаста і позбавлена сенсу; в ряді випадків спостерігається вербігерація. Епілептичний ступор лише зрідка вичерпується одними руховими та мовними розладами. Зазвичай він поєднується з маренням, галюцинаціями, зміненним афектом. Характерно раптове зникнення рухової загальмованості і її зміна короткочасним потупленим збудженням з афектом люті й руйнівними діями. Як правило, епілептичний ступор з'являється слідом за різними нападами, насамперед серійними, у зв'язку з розвитком сутінкового або онейроїдного потьмарення свідомості, на висоті важких дисфорій. Тривалість епілептичного ступору — хвилини—дні. Зазвичай епілептичний ступор закінчується раптово. Характерна повна амнезія періоду існування ступорозних розладів.

Маніакальний ступор характеризується тим, що переважає загальне рухове гальмування без одночасного існування мимічної загальмованості. Хворий сидить або стоїть нерухомо і в той же час стежить очима за тим, що відбувається навкруги, посміхається чи зберігає веселий вираз обличчя. Спонтанні висловлювання відсутні, на питання хворий не відповідає. У одних хворих може існувати ідеаторне гальмування; в інших (як вони про це розповідають пізніше) — асоціації прискорені. Тривалість маніакального ступору – години-дні. Нерідко хворі досить докладно описують минучі у них розлади. Ступор зазвичай виникає при переході маніакального стану в депресивний і навпаки, іноді спостерігається при розвитку кататонічного синдрому. Найчастіше зустрічається при шизофренії, зрідка — при маніакально-депресивному психозі.

### **Кататонічний синдром**



**(кататонія)** — симптомокомплекс психічних розладів, в якому переважають рухові порушення у формі акінезу (кататонічний ступор), або у формі гіперкінезу (кататонічне збудження). Термін "кататонія" і детальний клінічний опис синдрому належить К. Кальбауму (1874).

При кататонічному ступорі відзначається підвищений тонус м'язів (кататонія), який спочатку виникає у жувальних м'язах, потім переходить на шийні і потиличні, далі на м'язи плечей, передпліч, кистей рук і в останню чергу на м'язи ніг. Підвищений м'язовий тонус в ряді випадків супроводжується здатністю хворого зберігати надане його кінцівкам вимушене положення (*воскова гнучкість, каталепсія*). Перш за все воскова гнучкість з'являється в м'язах шиї, найпізніше — в м'язах нижніх кінцівок.

Одним з проявів воскової гнучкості є *симптом повітряної подушки*: якщо у лежачого на спині хворого підняти голову, то його голова, а в ряді випадків і плечі, залишаються деякий час в піднятому положенні. Частим симптомом кататонічного ступору є пасивна покірність: у хворого відсутній опір змінам положення його кінцівок, пози і іншим діям.

Каталепсія характеризує не тільки стан м'язового тону, але і є одним з проявів пасивної покірності. Поряд з останньою при ступорі спостерігається протилежний розлад — *негативізм*, що проявляється невмотивованою протидією хворого словам і особливо діям особи, що вступає з ним у спілкування.

Існує кілька форм негативізму. При пасивному негативізмі хворий не виконує звернені до нього прохання, а при втручаннях ззовні — спробі його нагодувати, переодягти, обстежити, чинить опір, що супроводжується різким підвищенням м'язового тону. Активний негативізм супроводжується виконанням інших дій замість пропонованих. У тих випадках, коли хворий виконує дії прямо протилежні тим, про яких його просять, говорять про парадоксальний негативізм.

Порушення мови при кататонічному ступорі може виражатися *мутизмом* — відсутністю мовленевого спілкування хворого з оточуючими



при збереженні мовного апарату. Хворі з кататонічним ступором часто знаходяться в характерних позах: в положенні лежачи на боці, в ембріональній позі стоячи з опущеною головою та витягнутими вздовж тулуба руками, в положенні сидючи навпочіпки. Деякі хворі натягують на голову халат або ковдру, залишаючи обличчя відкритим — *симптом капюшона*.

Кататонічний ступор супроводжується соматичними розладами. Хворі худнуть, у них можуть спостерігатися симптоми авітамінозу. Кінцівки ціанотичні, на тильній поверхні стоп і кистей відзначається набряклість. На шкірі виникають еритематозні плями. Постійні порушення секреторних функцій: слинотеча, підвищена пітливість, себоррея, зіниці звужені. В ряді випадків спостерігається відсутність реакції зіниць на больові подразники, артеріальний тиск знижений.

У відповідності з вираженістю і переважанням тих чи інших рухових розладів виділяють кілька різновидів кататонічного ступору. У ряді випадків один його різновид послідовно змінює інший:

Ступор з восковою гнучкістю (каталепсія) виникає на тлі порівняно неглибокого підвищення м'язового тону і мутизму. Останній у ряді випадків не є повним. Так, при питаннях, що задаються тихим голосом чи пошепки, можна отримати відповідь — *симптом І. П. Павлова*. Нерухомість значно слабшає і навіть зникає повністю у нічний час.

Негативістичний ступор відзначається повною знерухомленістю, мутизмом і різко вираженим негативізмом, особливо пасивним.

Ступор з м'язовим заціпенінням. У цьому стані м'язовий тонус різко підвищений, більшою мірою в м'язах згиначів, що обумовлює появу ембріональної пози — хворі лежать на боці, ноги зігнуті в колінних суглобах і підтягнуті до живота, руки притиснуті до грудей, пальці стиснуті в кулак, голова притиснута до грудей, очі закриті, щелепи стиснуті, губи витягнуті вперед (симптом хоботка). Останній зустрічається, хоча і значно рідше, при інших різновидах кататонічного ступору. Ступор з заціпенінням відрізняється найбільшою глибиною.

*Кататонічне збудження* позбавлене внутрішньої єдності і цілеспрямованості. Вчинки хворих неприродні, непослідовні, часто немотивовані та раптові (імпульсивність); в них багато одноманітності (стереотипії), повторення жестів, рухів і поз оточуючих (ехопраксія). Міміка хворих не відповідає їх вчинкам і настрою (парамімія). Мова найчастіше нескладна, супроводжується символічними висловлюваннями, неологізмами, повторенням одних і тих же фраз і слів (вербігерація); повторюються також слова і висловлювання оточуючих (ехолалія). Може спостерігатися римована мова. На запитання слідує невідповідні змісту цих питань відповіді (мимомовлення). Безперервне нескладне мовне збудження змінюється раптово на короткий час повним мовчанням. Кататонічне збудження супроводжується різними афективними розладами — патетикою, екстазом, злістю, люттям, часом байдужістю.

Переважає при кататонічному збудженні одних яких-небудь розладів над іншими дозволяє виділити його різновиди. Нерідко ці різновиди являють собою лише послідовні стадії розвитку кататонічного збудження. Спочатку кататонічне збудження часто приймає форму розгублено-патетичного. Настрій підвищений, він завжди супроводжується екзальтованістю, захопленням — аж до екстазу. Рухи хворих перебільшено виразні, нерідко театральні. Мова — з урочисто-високопарними інтонаціями, непослідовна, уривчаста, часом нескладна; вона може змінюватися співом або декламацією. У деяких хворих зрілого віку (після 40 років), переважно жінок, патетичне збудження приймає виразні істеричні або псевдодементно-пуерильні риси. Явища негативізму можуть перемежовуватися вираженою покірністю, яка може виявлятися переважною формою реакції хворого на дії оточуючих.

*Гебефрено-кататонічне збудження* супроводжується кривлянням, блазнюванням, блазнюванням, недоречним сміхом, грубими і цинічними жартами і всякого роду несподіваними безглуздими витівками. Настрій у хворих мінливий — вони то немотивовано веселі (веселість зазвичай

забарвлена афектом пустотливості), то без видимої причини стають агресивними.

Імпульсивне порушення починається раптово, нерідко агресивними вчинками: хворі кидаються на оточуючих, б'ють їх, рвуть на них одяг, намагаються душити. Раптово схоплюються і намагаються бігти, розкидаючи всіх на своєму шляху. Вони хапають і ламають потрапляючі їм під руку предмети, розривають на собі одяг і оголюються. Можуть розкидувати їжу, мажуться калом, мастурбують. Раптово починають битися об навколишні предмети (об стіни, об підлогу, об ліжко), намагаються втекти з відділення і, коли їм це вдається, часто здійснюють суїцидальні спроби — кидаються у водойми, під рухомий транспорт, забираються на висоту і скидаються з неї. В інших випадках хворі раптово починають бігати, кружляти, приймати неприродні пози. Імпульсивне порушення може бути німим, але його можуть супроводжувати вигуки, лайка, нескладна мова. Завжди різко виражений негативізм, супроводжується опором всяким спробам втручання ззовні. У хворих на шизофренію з великою давністю захворювання імпульсивне порушення часто проявляється в стереотипних формах.

Несамовите кататонічне збудження супроводжується безперервним безладним і хаотичним метанням, лютим опором будь-яких спроб утримати хворих, які часто наносять собі пошкодження. Зазвичай це "німе" збудження. В одних випадках кататонічний ступор і кататонічне збудження можуть поперемінно багато разів змінювати один одного; в інших — така зміна може відбутися лише одноразово (частіше спочатку з'являється збудження, що переміняється потім ступором); ці стани можуть виникати ізольовано.

Кататонічний синдром зрідка може один вичерпувати картину психозу — "порожня" кататонія. Зазвичай же його супроводжують різні продуктивні розлади — афективні, галюцинаторні, в тому числі психічні автоматизми, марення, стани зміненої свідомості. У тих випадках, коли свідомість залишається непотьмареною, кататонію називають люцидною. Хворі з люцидною кататонією по закінченні психозу можуть повідомити не тільки

про минувші в них продуктивні розлади, але і про те, що відбувалося навкруги. Вони здатні розповісти про поведінку і висловлювання оточуючих хворих, про дії і слова персоналу. Серед станів потьмарення свідомості кататонію зазвичай супроводжує онейроїд (онейроїдна кататонія), зрідка виникають сутінкові або аментивні стани. Люцидна кататонія нерідко супроводжується імпульсивним або "німим" хаотичним збудженням, ступором з негативізмом і з заціпенінням. Кататонія із станами потьмареної свідомості, в першу чергу у формі онейроїда, супроводжується зазвичай захоплено-патетичним збудженням, ступором з пасивною покірністю або восковою гнучкістю.

Кататонічний синдром зустрічається насамперед при шизофренії. Люцидна кататонія, супроводжувана продуктивними психопатологічними розладами у формі марення, галюцинацій, психічних автоматизмів спостерігається тільки при шизофренії. "Порожня" кататонія і кататонія, що супроводжується потьмаренням свідомості, зустрічаються при пухлинах мозку, в першу чергу при пухлинах базальних його відділів, при травматичних психозах, переважно у віддаленому періоді черепно-мозкової травми, при гострих епілептичних психозах, при інфекційних та інтоксикаційних психозах, при прогресивному паралічі.

Кататонічний синдром виникає і у дітей, і у дорослих. В останніх - переважно до 50 років. У більш пізньому віці кататонічні розлади являють собою рідкість. У дітей кататонічні розлади проявляються руховими стереотипіями (часто ритмічними) — "манежний" біг, одноманітні рухи кінцівками, тулубом або у формі блазнювання, ходіння навпочіпки.

Часто зустрічаються ехолалія, мутизм і вербігерація, стереотипні імпульсивні рухи і дії. Кататонічні розлади у дітей можуть прийняти форму регресивної поведінки — дитина 5-6 років обнюхує і облизує оточуючі його предмети. Найбільшої інтенсивності кататонічний синдром досягає (в першу чергу при шизофренії) при початку захворювання у віці 16-30 років. Особливо ця інтенсивність стосується ступорозних розладів. Після 40 років

виражені кататонічні розлади являють собою рідкість. У жінок у віці 40-55 років кататонічні розлади, що з'явилися вперше, якийсь час дуже нагадують істеричні — експресивна мова і міміка, театральна поведінка, істеричний ком, іноді зустрічаються симптоми пуерилізму. У таких хворих нерідко існує пасивна покірність і транзиторні елементи воскової гнучкості. Ускладнення клінічної картини тут йде не по лінії посилення кататонічних розладів, а по лінії розвитку нерідко масивного депресивно-параноїдного синдрому. Якщо у другу половину життя або в пізньому віці зустрічаються виражені і довгостроково існуючі кататонічні розлади, як правило, мова йде про хворих на шизофренію з раннім початком процесу.

Терапія психотропними засобами спричинила виражену редукцію кататонічного синдрому. Останній проявляється тепер переважно своїми ініціальними розладами — раптові рухи або епізодичне і редуковане імпульсивне порушення, нерізко виражена пустотливість, окремі ехолалії, епізоди мутизму і пасивної покірності, нетривалі субступорозні стани. Якщо ще 15-20 років тому при шизофренії нерідко зустрічалася послідовна або вторинна кататонія (кататонічний синдром ускладнював передуючий галюцинаторно-маячний синдром), що існувала багато років, часто аж до смерті хворого, то в даний час це рідкість. Її поява у молодих хворих так само, як і розвиток вираженого стійкого кататонічного синдрому взагалі, що спостерігається у хворих того ж віку, частіше всього свідчить про недостатнє або неправильне їх лікування психотропними засобами.

**Гебефренічний синдром** — поєднання рухового і мовного збудження з пустотливістю і мінливим афектом. Гебефренія описана Кальбаумом та Геккером (1871). Рухове збудження супроводжується блазнюванням, кривлянням, гримасуванням, копіюванням вчинків і слів



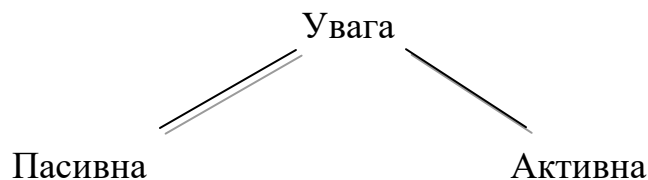
оточуючих. Використовуючи лікарняний одяг, газети, хворі придумують для себе екстравагантні вбрання. Вони пристають до оточуючих з недоречними або цинічними питаннями, прагнуть їм в чому-небудь перешкодити, кидаючись під ноги, хапаючи за одяг, штовхаючи і відтісняючи. Порушення може супроводжуватися елементами регресу поведінки. Так, хворі відмовляються сідати за стіл і їдять стоячи, в інших випадках вони забираються на стіл з ногами. Їдять не користуючись ложкою, а хапають їжу руками, плямкають, плюються, зригують. Хворі то веселі, не до місця сміються і гелгочуть, то починають скиглити, верещати, ридати або вити, то стають напруженими, злісними й агресивними. Мова хворих часто в тій чи іншій мірі нескладна, може супроводжуватися неологізмами, використанням маловживаних слів і химерних по конструкції фраз, ехолалією. В інших випадках вони виспівують непристойні куплети чи лихословлять. У структурі гебефренічного синдрому виникають нестійкі галюцинаторні і маревні розлади. Нерідко відзначаються кататонічні симптоми. Якщо вони постійні, говорять про гебефрено-кататонічний синдром.

Гебефренічний синдром існує в розгорнутому вигляді у хворих молодого віку. У хворих зрілого віку, в першу чергу у жінок, гебефренічний синдром проявляється переважно рисами дитячості з примхливістю і сюсюканням. Найчастіше гебефренічний синдром зустрічається при шизофренії; зрідка при епілепсії в станах зміненої свідомості, психозах, пов'язаних з черепно-мозковою травмою, реактивних та інтоксикаційних психозах.

### **Розлади уваги**

Увага – процес зосередженості (активний або пасивний) на відображенні об'єктів навколишнього – грає певну роль в складному ланцюзі пізнавальної діяльності. Під увагою слід розуміти більш менш тривалу направленість психічної діяльності на явища, предмети зовнішнього світу, відчуття, що походять від власного організму, пов'язану зі здійсненням задач,

які стоять перед особистістю. Функція уваги забезпечує направленість відповідної поведінкової реакції людини на масу подразників зовнішнього світу.



Пасивна увага – представляє собою орієнтовний (безумовний) рефлекс, який виникає у відповідь на подразник зовнішньої середовища.

Активна, або довільна увага виникає в процесі соціального досвіду і має характер набутого. Пов'язане зі свідомою діяльністю людини, воно легко розладнюється при психічних захворюваннях.

У здорової людини увага може бути різною – інтенсивною, зосередженою, стійкою і відволікаємою. Найважливіші якісні сторони уваги, так само як і ступінь, обсяг, стійкість і переключення уваги, залежать від ряду причин: зацікавленості, емоційної налаштованості, якості і кількості інформації, соматичного стану сприймаючого суб'єкта.

Активна увага може порушуватися в бік *підвищеної виснаженості* – коли увага починає розсіюватися після короткого часу її концентрації в необхідному напрямку. Такі хворі в процесі розмови або при виконанні розумових операцій швидко втомлюється, втрачає зміст розмови, якість відповіді падає. В основі порушень лежить недостатність внутрішнього гальмування. Спостерігається при астеничних станах, неврозах.

Може бути посилена *зосередженість (прикутість) уваги* – на певне коло уявлень, наприклад при депресіях, коли увага прикута до думок про безвихідність, невиліковність, неминучість смерті.

В протилежність цьому *відволікаємість уваги* характерна для маніакального стану. В таких випадках увага уловлює всі дрібниці

оточуючого. Однак тривалість фіксації уваги на тому чи іншому об'єкті вкрай незначна. Кожне нове, іноді найменше враження перемикає увагу на нові подразники.

Патофізіологічні механізми всіх видів розладів уваги полягають в порушеннях співвідношення між процесами збудження в різних церебральних структурах і внутрішнім гальмуванням

## Завдання і тести

### Матеріали для тестового контролю (І рівень)

1. Хвора під час зустрічі з матір'ю ласкава, привітна, турботлива. Зненацька на фоні бесіди підскочила і вдарила мати по обличчю. Обґрунтувала це : «саме не знаю чому ти стала такою гидкою». Зразу ж пробачилась за свій вчинок. Визначте порушення волі у хворой:

А. Дисфорія

В. Добросердя

С. Депресія

Д. Гіпотимія

Е. Амбівалентність\*

2. Для емоційно – вольової сфери хворих на шизофренію характерно все перелічене, окрім:

А. Дисфорії\*

В. Негативізму

С. Абулії

Д. Амбівалентності

Е. Амбітендентності

3. Напад розладу емоцій з дуже сильним афектом туги та страху:



А. Меланхолічний раптус

В. Ажитація

С. Патологічний афект

Д. Кататонічне збудження

Е. Все вище згадане\*

4. Загальмованість, аутизм, негативізм, симптом Дюпре характерні для:

А. Маніакального ступору

В. Галюцинаторного ступору

С. Депресивного ступору

Д. Епілептичного ступору

Е. Кататонічного ступору\*

5. Для депресивного синдрому характерно все, окрім:

А. Знижений настрій

В. Рухова загальмованість

С. Нестійкі маячні ідеї депресивного характеру

Д. Сповільнення асоціативного процесу

Е. Докладність мислення\*

6. У горі, як і при депресії, зустрічаються однакові симптоми, окрім:

А. Журба

В. Почуття втрати

С. Збиток самооцінки

Д. Збиток цікавості до навколишнього світу

Е. Збиток здатності любити\*

7. Для якого синдрому характерний пароксизмально виникаючий тужливо-гнівливий настрій зі схильністю до агресивних дій:

А. Обсесивний

В. Для всіх вказаних синдромів

С. Дисфоричного\*

Д. Депресивного

Е. Деліріозного

8. Яка з перелічених ознак є характерною, що відрізняє масковані депресії від других різновидів депресій:

- A. Суїцидальні думки
- B. Добові коливання настрою
- C. Маячні ідеї самозвинувачення
- D. Нав'язливі фобії
- E. Перевага соматичних скарг\*

9. Апато – абулічний синдром виключно зустрічається в клінічних проявах:

- A. Пресенильних психозів
- B. Розладів особистості
- C. Епілепсії
- D. Шизофренії\*
- E. Неврозів

10. Імпульсивні дії виявляються усім переліченим, окрім:

- A. Проведення дій без контролю свідомості
- B. Немотивованої та безглуздої дії
- C. Виникнення при глибокому порушенні психічної діяльності
- D. Проявів зробленості\*
- E. Раптового та стрімкого початку

### **Матеріали для індивідуального усного опитування**

1. Визначення та класифікація емоцій.
2. Гіпотимія, емоційна нестриманість, апатія.
3. Гіпертимія, ейфорія і маніакальний синдром, депресивний синдром.
4. Що таке тривога, туга, страх?
5. Різниця між патологічним і фізіологічним афектами.
6. Дати визначення дисфорії, її різновиди.

7. Які бувають паратимії?
8. Воля, класифікація розладів вольової сфери, уваги.
9. Характеристика вольових розладів.
10. Типи збуджень і ступорозних станів.
11. Розлади інстинктивних потягів.

### **Типові задачі (II рівня).**

1. Жінка 30 років, не працює. Психічно хвора 6 років. Дивакуватість в поведінці з'явилась після трагічної смерті чоловіка на будівлі. Дуже переймалась з приводу втрати чоловіка, плакала, далі почала відчувати тупість в голові, «все доходило до осмислення ніби через сон», зникла зацікавленість до життя, до дитини, батьків. Не було ніяких бажань, прагнень, не могла поратись із звичайної роботою, не слідкувала за собою, дитиною.

Неодноразово протягом 5 років лікувалась в психіатричній лікарні, була виписана з незначним покращанням. Однак в цілому була в'ялою, монотонною, безініціативною, почувала себе «якоюсь зміненою», зовсім не цікавилась дитиною. Дні проводила в ліжку, відчувала «немає ясності в думках у голові». Не слідкувала за своїм зовнішнім виглядом. З боку внутрішніх органів та неврологічного статусу порушень не виявлено.

Який ведучий синдром?

Які симптоми в основі цього синдрому?

Які різновиди цього синдрому зустрічаються? (Депресивний синдром)

2. Хвора 64 років, на пенсії. Має велику сім'ю, багато дітей та онуків. Стосунки в сім'ї добрі, матеріально забезпечені. Захворіла після того, як син (з ним проживала), щоб забезпечити незалежне спокійне життя, розміняв

квартиру та виділив для матері окрему кімнату. З'явився неспокій: чи не помилився син в обміні квартири, чи не може скоїтись якесь лихо. Ночами лишалася без сну. Тривога зростала кожен день, нічого не могла робити вдома. Сиділа в однієї позі, та чекала неприємностей. Після лікування в клініці на протязі 8 місяців почувала себе добре. Коли почула, що онук захворів, знову порушився сон, з'явилося занепокоєння, здавалася розгубленою. Не знаходила собі місця, постійно ходила, прохала близьких відвезти її в лікарню. В відділенні весь час розповідала лікарям про тривогу, журилася, вночі не спала, жалілась на болі в серці.

Який ведучий синдром?

Які симптоми складають цей синдром?

Яка трансформація синдрому на протязі захворювання?(депресивний синдром)

3.Хворий 47 років, знаходиться під слідством. У 19 років знезацька був перший судомний пароксизм. Консультувався у багатьох лікарів, приймав ліки, але пароксизми повторювались 1 раз у 2 місяці. У 30 років на фоні лікування напади змінилися, став застигати на декілька секунд. Закінчив технікум, вчився добре. Дуже пунктуальний, вимогливий, ретельний. Останні 5 – 7 років жінка помітила, що буває роздратованим, відповідає зі злобою. Неодноразово був агресивним, іноді бив жінку, дітей, але через 30 – 40 хвилин просив вибачення. З сусідами постійно конфліктував, під час одного з конфліктів вдарив два рази сусіда драбиною по голові. Свідки казали, що бив свідомо, голосно кричав «так йому і треба». В такому стані доставлено в міліцію.

Який емоційний розлад зумовив правопорушення?(дисфорія)

Для якого захворювання це характерно?

Чи повинен хворий відповідати за правопорушення?(дисфорія при епілепсії)

4. Хвора 38 років, не працює, в минулому зоотехнік. Психічно хвора 12 років, зараз одержує пенсію по 2 групі інвалідності. Скарги на болі в животі, «внаслідок поганої води та сонця», загальну слабкість. Багаторазово лікувалась в психіатричних закладах. Розповідає, що «погано мислити»; є неприємні відчуття в голові, серці. Завжди мовчазна, безпорадна. Дома нічим не займається, постійно дивиться на живіт, за спеціальними рецептами готує собі їжу. Соматичний та нервовий статус без патології. В відділенні ні з ким не контактує, не можна чимось зацікавити. Особливо пов'язує голову хусткою, затикає вату вуха. Зовсім не питає про дім, більшість часу проводить у ліжку..

Який ведучий емоційно - вольовий синдром?

Які симптоми складають синдром?

Які патопсихологічні методи бажано застосувати?(апато – абулічний).

### **Нетипові задачі (III рівень) для заключного етапу заняття**

1. Жінка 38 років, по професії енергетик. Заміжня, має 2 здорових дітей. Взаємовідносини у родині добрі. Вважає себе хворою три роки, коли почала відчувати стомленість, напади запаморочення, почуття постійної важкості в голові, загальну слабкість, після навіть маленького фізичного навантаження слабкість, що має лягати у ліжку. Зверталась амбулаторно до лікарів лікування. Ніяких змін внутрішніх органів знайдено не було, але виявлялись низький артеріальний тиск(90/60). Після загальноукріплюючого лікування довгий час почувала себе задовільно, одного разу лікувалась у стаціонарі. Зараз звернулась із скаргами, що вона невиліковно хвора, можливо онкопатологією. Не виходить на вулицю, постійно плаче. Прислухається до пульсу, часто перевіряє тиск, який зараз 110/70. Хвору хвилює зниження

бажань до всього, концентрація тільки на своєму стані. каже, що не може зовсім працювати.

Які симптоми виявляються у хворої? (на початку симптоми астенії далі іпохондричні).

Яка на протязі хвороби трансформація симптомів?

З яким соматичним захворюванням поєднуються ознаки психічних порушень?

2. Службовець 37 років, має вищу освіту, завжди стриманий та коректний до людей, зробився роздратованим та розв'язним, в особливості до жінок, розповідав їм еротичні анекдоти. Почав частіше випивати спиртні напої. Поступово з'явилась забутливість, сльозливість та періоди гнівливості з дрібниць. Почав більше приділяти увагу їжі, плутався у службових завданнях. Колегам казав, що одержав підвищення, запрошував їх до себе. В період відпустки звернувся до лікарів, діагностовано неврастенію, пройшов курсове лікування.

Однак далі почав пригощати незнайомих людей, робив недоречні оптові закупки, роздавав гроші незнайомим. Зробився еротичним, розповідав, що має скарби, незвичайний успіх у жінок. У лікарні обіцяв лікарю багато золоту, себе хворим не вважає.

При неврологічному огляді реакція на світло відсутня. на конвергенцію . Міофібрилярний тремор язика, легкий тремор пальців рук, підвищені колінні рефлекси. Скрутність вимовляння важких слів. Різке зниження пам'яті, рахування.

Які симптоми виявляє хворий? ( прояви псевдопаралітичного синдрому)

Яка динаміка симптомів?

З якими захворюваннями диференціювати психічні розлади?

Які додаткові обстеження допоможуть в уточненні хвороби?

3. Жінка 42 років. У дитинстві виховувалась без особливостей, активна, зацікавлена. Закінчила 8 класів, вчилась добре, нічим не хворіла. В подальшому два рази виходила заміж, але зараз розведена (звинувачує в цьому чоловіків). На одній роботі довго не втримувалась, там конфліктувала, була збудженою. Два рази притягалась до судової відповідальності - за бійку з сусідкою та крадіжку. Поступила в лікарню після довготривалої суперечки з сусідами. Була збуджена, розірвала на собі одяг, причитала та падала на підлогу, чому й була госпіталізована. В лікарні грубить, вередує, ображається. В бесіді з лікарем люб'язна, заохотливо розповідає про себе, але брехню: що вона зараз працює, що чоловік трагічно загинув. Соматичних порушень не виявлено. Сприйняття, пам'ять, інтелект без патології. Скаржиться на поганий сон, дратівливість, стомленість.

Які симптоми головні та в якій психічній сфері виявляються? (емоційно - вольова сфера)

До яких захворювань можливо відносити ці розлади?

## РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

### Основна

1. Психіатрія і наркологія : підруч. для студ. вищ. мед. навч. закл. / Г. Т. Сонник [та ін.] ; за ред. О. К. Напрєєнка. - К. : ВСВ Медицина, 2015. - 424 с.
2. Психіатрія і наркологія : підруч. / В. Л. Гавенко [та ін.] ; за ред.: В. Л. Гавенка, В. С. Бітенського. - 2-е вид., переробл. и доп. - К. : ВСВ Медицина, 2015. - 512 с.
3. Емоційно-вольові розлади (курс психіатрії) : лекція
4. Психологія емоцій і волі (курс медичної психології) : лекція

### Додаткова

1. Психотерапия : учебник для врачей-интернов высших медицинских учебных заведений III-IV уровней аккредитации / Б. В. Михайлов, С. И. Табачников, И. С. Витенко, В. В. Чугунов. - Х.: Око, 2002 - 768 с.
2. Синицкий В. Н. Депрессивные состояния : патофизиологическая характеристика, клиника, лечение, профилактика / В. Н. Синицкий. - К. : Наук. думка, 1988. - 271 с.
3. Чугунов В. В. Клиника и дисциплинарная история психотерапии. – 2-е изд., стереорипп / В. В. Чугунов. – К.: Здоров`я; Х.: Око = Наука, 2008. – 768с.
4. Юрьева Л. Н. Клиническая суицидология / Л. Н. Юрьева. – Днепропетровск : Пороги, 2006, - 472с.