

ПАТАПСИХОЛОГІЯ

Поняття симптому і синдрому в патопсихології.

Симптом - (гр. - випадок, ознака) – будь-яка зміна в організмі або його функціях, виявлена на підставі скарг хворого (*суб'єктивний симптом*) або встановлена при обстеженні лікарем (*об'єктивний симптом*). Якщо клінічні дослідження виявляють закономірності проявів порушених психічних процесів, то патопсихологічне дослідження повинно дати відповідь на питання як саме порушене протікання психічних процесів.

Патопсихологічний синдром – це відносно стійка, внутрішньо пов'язана сукупність окремих симптомів.

До основних патопсихологічних синдромів належать
шизофренічний патопсихологічний синдром, олігофренічний патопсихологічний синдром, екзогенно-органічний патопсихологічний синдром, ендогенно-органічний (епілептичний) патопсихологічний синдром, особистісно-аномальний (психопатичний) синдром, невротичний синдром, афективні синдроми.

1. Невротичний синдром. Термін "неврози" було введено в практику шотландським лікарем W.Gullen (1776). Найприйнятнішим є визначення неврозів Б.Д. Карвасарського (1990). "Невроз – це психогенний (зазвичай конфліктогенний) нервово-психічний розлад, що виникає внаслідок порушення особливо значущих життєвих стосунків людини, проявляється

специфічними клінічними феноменами за відсутності психотичних проявів".

Основні особливості неврозів: 1) психогенний чинник як причина; 2) вегето-соматичні розлади; 3) особистісний характер; 4) тенденція до переробки порушень у відповідності із соціальною значущістю психічної травми.

Причинами неврозів у розвинених країнах у 50% пацієнтів є проблеми подружнього життя, у 20% - виробничі проблеми, у 30% - змішані сімейні і виробничі.

Причинами психічної травматизації дітей з неврозами є конфлікти в сім'ї, алкоголізація та розлучення батьків, грубе ставлення батьків, надмірна опіка або пестощі, виховання поза сім'єю, сварки з братами і сестрами, дізнання про усиновлення, шкільні конфлікти.

Патогенність зовнішніх обставин проявляється лише в поєднанні з відповідним значущим ставленням до них особистості, що вказує на важливу роль передневротичного фону в розвитку неврозів (наприклад, *акцентуації характеру, підвищеної тривожності, невміння долати життєві труднощі, схильність до фрустрацій і ін.*).

На формування **передневротичних властивостей** у період формування особистості в дітей важливу роль відіграють різноманітні несприятливі *соціально-психологічні чинники* (емоційна ізоляція дитини, психологічна несумісність батьків і дітей, одностороннє домінування одного з дорослих),

соціальнокультурні (проживання у великому місті, прискорені темпи сучасного життя, недостатні умови для відпочинку), *соціально-економічні* (незадовільні матеріально-побутові умови проживання, ранній вихід матері на роботу) обставини. Взаємодія психічної травми з особливостями структури особистості формує психологічний інтрапсихічний невротичний конфлікт, який в результаті генерує патологічні симптоми неврозу.

Дослідники розглядають три основних типи невротичних конфліктів - *істеричний, obsесивно - психастенічний і неврастенічний*. Істеричний тип невротичного конфлікту визначається надмірно завищеними претензіями особистості, які поєднуються з недооцінкою або повним ігноруванням об'єктивних реальних умов і вимог оточуючих ("Я хочу, хоч і не маю права"). *Obsесивно-психастенічний тип невротичних конфліктів* зумовлений суперечливими внутрішніми тенденціями і потребами, боротьбою між бажанням та обов'язком, між моральними принципами й особистими уподобаннями ("Я хочу, але не можу навчатися"). *Неврастенічний тип* становить суперечність між можливостями і завищеними вимогами до себе ("Я хочу, але в мене не вистачає сили").

Згідно з Міжнародною і традиційною класифікацією виділяють такі форми неврозів:

1) Тривожно-фобічні розлади (невроз страху) - група розладів, які появляються в дитинстві і молодому віці, при яких тривога викликається виключно або переважно певними

ситуаціями або об'єктами (ізолювані, специфічні фобії), в результаті чого їх уникають або переносять із почуттям страху (висоти, темноти, закритих просторів, певних хвороб); **агорафобія** - страх відкритих просторів і натовпу; **соціофобії** - страхи відчути увагу оточуючих у малих групах людей, що призводить до уникнення таких ситуацій (почервоніння, тремор рук, нудота, позиви сечовипускання).

2) Панічний розлад - головним проявом є повтори і приступи тяжкої тривоги (паніки), які не обмежуються певною ситуацією і тому непередбачувані. Домінуючі симптоми різноманітні у різних хворих, але спільним є *раптове серцебиття, болі в грудях, відчуття задихи, запаморочення*.

3) Obsесивно-компульсивний розлад проявляється повторенням нав'язливих думок і рухів (дій, ритуалів).

4) Посттравматичний стресовий розлад – виникає як запізніла або тривала реакція на подію, що виходить за межі звичайного людського досвіду (війни, природні катастрофи, терористичні акти, відбування покарання в місцях позбавлення волі, насильство або тортури), або на "стреси повсякденного життя" - соціально-стресові розлади у людей, які знаходяться в складних життєвих ситуаціях, обумовлених мікросоціальними чинниками.

Клінічно **посттравматичні стресові розлади** проявляються такими невротичними симптомами: вегетативними дисфункціями, розладами сну, астеничними й істеричними розладами, панічними

розладами, а також загостренням особистісно-типологічних рис із порушенням адаптації.

5) Дисоціативні (конверсійні, істеричні) розлади: психогенні за походженням, обумовлені негативним афектом, викликаним проблемами і конфліктом, які індивід не може вирішити, і трансформовані в різноманітні психічні, соматичні або неврологічні симптоми захворювання (*амнезії, ступор, транс, розлади відчуттів і рухів, судоми, псевдонапади, розлади чутливості, болі і ін.*).

6) Соматоформні розлади: повторна поява фізичних (*соматичних*) симптомів з вимогами медичних обстежень всупереч негативним результатам і запевненням лікарів про відсутність фізичної основи для симптоматики (*іпохондричний розлад, соматоформна вегетативна дисфункція серцево-судинної, дихальної, шлунково-кишкової, сечостатевої систем, дисморфофобія, нервова анорексія і булімія*).

7) Неврастенія – підвищена втомлюваність при розумовій роботі (*зниження професійної продуктивності*), виснажуваність і фізична слабкість при мінімальних зусиллях, дратівливість (*астенічний синдром*), ангедонія (*втрата почуття радості, насолоди*), пригніченість і тривожність. Поява неприємних сомато-вегетативних розладів сну, головні болі, запаморочення, тахікардія, пітливість, холодні руки, розлади шлунково-кишкового тракту, сексуальні дисфункції та ін.

У дитячій психіатрії проводиться розмежування між емоційними розладами, специфічними для дитячого і підліткового віку, і типами неврозів у дорослих, припускаючи, що вони мають різні механізми розвитку, а також передовсім є перебільшенням нормальних тенденцій розвитку, ніж патологією:

1) *Тривожний розлад (невроз страху)*: у зв'язку з розлукою в дитячому віці: ключовою діагностичною ознакою є надмірна тривога у зв'язку з відлученням від тих людей, до яких дитина прив'язана (батьки чи інші члени сім'ї). Тривога може мати різні форми: страх, що вони не повернуться або що з ним може трапитись нещастя (загубитися, може бути вкрадений, вбитий і т.д.), відмовляється іти до школи, відмовляється спати на самоті, нічні жахи про розлучення, поява фізичних симптомів нудота, блювання, головні болі; емоційний дистрес, плач, роздратування, страждання, та ін.

2) *Фобічний тривожний розлад дитячого віку*: у дітей, як і в дорослих, можуть спостерігатися страхи, сфокусовані на широкому діапазоні предметів і ситуацій (фобії).

3) *Соціальний тривожний розлад*: постійний страх або уникнення незнайомих. Уникнення або страх соціально неочікуваних зустрічей виходить за нормальні межі для віку дитини, що утруднює соціальне функціонування.

4) *Тікозні розлади*: проявляються якою-небудь різновидністю тіку. Тік є мимовільний, швидкий, повторюваний, неритмічний рух (звичайно обмеженої м'язової групи) або голосова продукція, яка

проявляється раптово і безцільно. Звичайно прості рухові тіки включають мигання, сіпання шиї, посмикування плечима, гримаси обличчя, прості локальні тіки: відкашлювання, фиркання, шипіння і т.п.

5) *Неорганічний енурез*: розлад, який проявляється мимовільним випусканням сечі вдень або вночі, що є невідповідним щодо розумового розвитку дитини. Енурез може починатися у віці 5-7 років, може бути моносимптомом або поєднуватися з іншими емоційними розладами.

6) *Неорганічний енкопрез* – мимовільне відходження калу.

2. Шизофренічний патопсихологічний синдром.

Шизофренія (від гр. *shcizo* - розщеплюю, *fren* – душа) - це ендогенне прогресивне (процесуальне) психічне захворювання, яке зазвичай дебютує у молодому, а також дитячому віці і характеризується як основними (негативними), дефіцитарними розладами - *апатією, аутизмом, дисоціацією психічної діяльності*, так і додатковими (позитивними) - *маренням, ілюзіями і галюцинаціями, рухово-вольовими, а також афективними симптомами*. Захворювання досить поширене, причому, його справжня частота невідома, оскільки частина хворих ніколи не потрапляє до лікарні. Психопатологічні прояви шизофренії різноманітні, строкаті, нерідко полюсні за своїм характером. Деякі з них найчастіше спостерігаються в початковому або "гострому" періоді хвороби, інші - при повільному перебігу захворювання, ще

інші – при так званому дефекті. Внаслідок тенденції хвороби до прогресуючого перебігу (безперервного злоякісного або повільного, приступоподібного (епізодичного) або періодичного (ремітуючого), різні "негативні" і "позитивні" симптоми можуть з'являтися, зникати, а потім виникати знову і т.д. Залежно від особливостей клінічної симптоматики, розрізняють параноїдальну, гебефренічну, кататонічну, просту та інші форми шизофренії.

Дитяча шизофренія найчастіше починається в період першої вікової кризи (2,5 - 3 роки), рідше - у віці 5-7 років і ще рідше пізніше. Перебіг, як правило, безперервний, без ремісій (повільно або злоякісно) із загостренням у наступному критичному віковому періоді. Діагностика дитячої шизофренії повинна будуватись на наявності обов'язкової (специфічної, негативної) симптоматики (*розщеплення, аутизм, втрата психічної активності й емоційної адекватності*); психологічно незрозумілої поведінки; прогресуючої динаміки з наростанням більш або менш вираженого емоційно-вольового дефекту при відсутності такого в інтелектуальній сфері, а також включень, хоча і малоспецифічних, продуктивних симптомів (*галюцинацій, маячіння, кататонічних*).

Одночасно із порушенням мовного й емоційного контакту виникає і регрес мови (збіднення, порушення структури мовних складів, інтонацій, ехोलалії, персерверації, незрозумілі неологізми), які на початку носять зворотній характер (дитина може деколи вимовляти і складні слова, фрази). При злоякісному протіканні хвороби може відбутися і повна втрата мови. Інші регресивні

симптоми у вигляді втрати вікових навичок і заміни їх більш примітивними і викривленими (стереотипії, атетозноподібні рухи, розгойдування) мають діагностичне значення в поєднанні з неадекватністю реакцій на оточуюче, дисоціацією мовлення і поведінки.

Неадекватність емоцій проявляється у відсутності страху перед реальною загрозою і психологічно нез'ясованою тривогою з приводу звичних речей, власних фантазій, подвійним відношенням до матері, близьких. Невмотивовані, безпредметні страхи у дітей можуть бути єдиним проявом продуктивної симптоматики. Порушується сон. Фантазії дитини залишаються відірваними від реальності, нерідко з елементами спотворення потягів. Дефект при ранньому початку шизофренії, злоякісному її протіканні набуває "псевдоолігофренічного" характеру, оскільки через різку психічну дезорганізацію порушується формування вищих форм понятійно-логічного мислення, мови, необхідних навиків і спілкування. В інших випадках переважають симптоми зміни особистості (дисоціативний дефект), інфантилізація психіки з дитячою поведінкою, негативною симптоматикою. Порушення пізнавальної діяльності нерідко починаються з розладів сприйняття. Одним з них є розлад відчуття знайомості навколишнього - "сторонність", "відчуженість" добре знайомого та звичного і, навпаки, "знайомість" уперше побаченого, - що найчастіше спостерігається в "гострих станах", особливо при *онейроїдному* порушенні

свідомості. Нерідко відмічають у цих станах також метаморфопсії та ілюзії, утруднення перцепції цілісного образу.

Найчастішими при шизофренії є галюцинації різного характеру і ступеня розвитку. Найтиповішими з них вважають слухові – від елементарних (акозми, шуми, гудки, тріск, шелест, шипіння) до цілком оформлених, схожих на реальні слова і фрази, що здебільшого безпосередньо стосуються хворого і мають іноді форму наказів ("імперативні").

Порушення мислення є найтиповішим для шизофренії. Воно виявляється у своєрідних змінах, що мають назву *розірваності* мислення і мови. Ці явища можуть стосуватися лише змісту при збереженні граматичних і синтаксичних форм, супроводжуватися втратою послідовності, цілеспрямованості, логічності суджень, схильністю до абстракції і символіки, утворення нових понять (неологізмів), одночасним існуванням протилежних за спрямованістю думок. Розщеплення мислення виявляється також у резонерстві – безплідному словесному мудруванні, по суті, позбавленого чіткого змісту, але із своєрідним емоційним захопленням. У міру наростання хвороби, при її тривалому перебігу і великій тяжкості процесу, а також у станах дефекту спостерігається повний розпад мислення й мови, внаслідок чого порушуються не тільки їх змістові, а й синтаксичні і граматичні закони. У таких випадках, коли мова абсолютно безладна, її називають "*словесною мішаниною*".

Емоційні порушення при шизофренії також дуже різноманітні. Для хворих є характерною неадекватність емоцій як вияв "розщеплення" в емоційній сфері. Цей симптом називається ***паратимією***. Іноді він супроводиться ***парамімією*** (тобто міміка не відповідає змістові слів та емоцій). Для шизофренії дуже характерна манерність міміки і пантоміміки. Найхарактернішим для шизофренії, особливо для її форм із тривалим перебігом, є зниження емоцій, яке часто досягає емоційної тупості. Нерідко, однак, цей симптом буває найпершим, особливо при повільному розвитку захворювання, коли зберігається критичне ставлення до свого емоційного дефекту, що нерідко є причиною самогубств, зокрема "непояснених", "безмовних".

Загальна поведінка (*вольова діяльність*) хворих на шизофренію - як інстинктивна, так і цілеспрямована - різко порушується. Нерідко спочатку, а іноді й протягом усього захворювання *хворий усамітнюється, перестає чим-небудь цікавитися, не вмивається, не купається, не їсть* і т.п. Такий стан називають ***аутизмом***, причому цей термін звичайно розуміють як ігнорування реальності і вияв "життя в самому собі" (Є. Блейлер), хоч це далеко не завжди відповідає дійсності; іноді аутизм маскує маячні ідеї, приховувані від усіх.

Найтипніше для хворих - це незрозуміла поведінка, відсутність звичайних логічних мотивувань. Дивують нерідко безглузді вчинки навіть тих хворих, у яких достатньо збережені формальні інтелектуальні функції. У гострих станах часто

спостерігається кататонічне і алюцинаторно-маячне збудження, мовне і рухове, її ж тільки рухове з *мовним мутизмом*, а також імпульсивність, агресивність тощо. Нерідко бувають порушення активності в бік її різкого зниження, аж до ступору, а також її викривлення, і виявляються в ряді кататонічних симптомів (негативізм активний або пасивний).

Шизофренічний патопсихологічний синдром складається з таких симптомів: *порушення структури та ієрархії мотивів, розлади мисленнєвої діяльності; порушення цілеспрямованості мислення (резонерство, різноплановість, "зісковзування", неадекватність асоціацій, "пуста символіка" при збереженні операційної сторона; емоційні розлади (апатія, сплющення і неадекватність емоційних проявів); зміна самооцінки і самосвідомості (аутизм, відчуженість).*

Шизофренічне резонерство (безплідне мудрування) може бути спровоковане виконанням будь-якого завдання або запитаннями експериментатора. Характерними ознаками резонерства при шизофренії є втрата цілеспрямованості мислення ("сковзання", різноплановість), неадекватний вибір предмету обміркування, схильність до великих узагальнень з приводу незначних об'єктів судження, багатослівність, багатозначність і недоречний пафос висловлювань. *Непродуктивність мислення* є проявом порушення цілеспрямованості мислення і виявляється за особливостями проведення хворими шизофренією класифікації і вилучення. При дослідженні цими методами спостерігається

викривлення, перекручування процесів узагальнення: розподілення карточок на групи проводиться хворими надмірно узагальнено, без зв'язку з реальним змістом явищ, за несуттєвими, незвичними, неадекватними ознаками (наприклад, за закінченнях слів), або різними неспівставними критеріями. Разом з тим, виконання окремих, достатньо складних завдань свідчить про збережений інтелектуальний рівень.

Різноманітність мислення виявляється методиками, в яких передбачається виконання цілого ряду аналогічних завдань (класифікація, вилучення, пояснення приказок визначення понять) і проявляється виконанням одного і того ж завдання в різних варіантах, при цьому один з них може бути іноді вірним. "Зісковзування" проявляється тоді, коли хворий вірно вирішуючи завдання чи вірно міркуючи про якийсь предмет, раптово збивається з вірного ходу думки, по неправильній, неадекватній асоціації, а далі здатний виконувати завдання послідовно, не виправляючи допущеної помилки. Ці "зісковзування" у хворих шизофренією виникають не в зв'язку з виснажуваністю, а зумовлені своєрідним порушенням асоціативного процесу і переважно не підлягає корекції, оскільки хворий відстоює своє рішення, приводячи паралогічні, резонерські мотивації. Неадекватність асоціацій проявляється в тому, що мовна реакція хворих в асоціативному експерименті не зв'язана з словом-подразником, а яким-небудь стороннім подразником (звуковим, зоровим), або

спостерігається атактична мовна реакція (наприклад, відповіді ехолоалічні, за співзвучністю, зв'язані з маячними ідеями і т. п.).

Неадекватні асоціації виявляються також в піктограмах хворих шизофренією, коли вибір образів для запам'ятовування неадекватний за змістом ("справедливість" - склянка або стовп), або спостерігається беззмістовний, формальний, або викривлений спосіб відображення дійсності (використовуються тільки крапки, лінії, числа, геометричні фігури, абстрактні значки - "пуста символіка").

Множинний тип вибору, коли для опосередкування вибираються декілька предметів з розпливчастим і символічним поясненням, також характерний для шизофренії і відображає порушення цілеспрямованості психічних процесів. Порушення мотиваційного компонента у сприйманні хворих шизофренією вдається виявити в умовах різної мотивації, яка створюється з допомогою різних інструкцій при невизначеності зображення (наприклад, група схвильованих жінок, або плями Роршаха, нечіткі зображення квітів і ін.). Хворі шизофренією, не дивлячись на інтелектуальну спрямованість дослідження, не проявляють зацікавленості завданням, не реагують на оцінку експериментатора, не коригують помилки. Їх діяльність формальна, без пошукової активності, вираженої у здорових. Іноді судження хворих беззмістовні, відірвані від реальної ситуації, багатослівні, резонерські.

Афективно-особистісні особливості хворих шизофренією спостерігаються в процесі експериментально-психологічного дослідження: хворі часто байдуже ставляться до завдання, не реагують на успіх, невдачу чи зауваження експериментатора.

Емоційне зниження у хворих шизофренією виявляється також при пред'явленні їм гумористичних малюнків. Порухення почуття гумору досить різноманітні: іноді вони носять парціальний характер – окремі гумористичні малюнки інтерпретуються вірно, тоді як інші сприймаються формально, поверхнево; не схоплюється комізм ситуації, часом комічними сприймаються індиферентні елементи сюжету.

3. Олігофренічний патопсихологічний синдром. *Олігофренія* (розумова відсталість, природжене недоумство, недорозвинення інтелекту) є збіркою різних за етіологією, патогенезом та клінічним проявом непрогресивних патологічних станів, загальною ознакою яких є наявність вродженого чи набутого в ранньому дитинстві загального та психічного недорозвинення з переважанням інтелектуального дефекту. ***Розумова відсталість (олігофренія)*** – стан, що проявляється порушенням здібностей, які забезпечують загальний рівень інтелектуальності, тобто когнітивних, мовних, моторних і соціальних здібностей. Враховуючи можливість більш високої продуктивності в одній окремій сфері (наприклад, механічній пам'яті, зорово-просторових завданнях), визначення ступеня розумової відсталості (дебільність,

імбецильність, ідіотія) повинно проводитись за всією доступною інформацією, включаючи клінічні дані, адаптивну поведінку, результати експериментально-психологічного, в числі психометричного тестування.

Легка розумова відсталість (дебільність, легка IQ - 50-69), набувають мовних навичок із затримкою, можуть використовувати мову в повсякденному житті, підтримувати розмову і брати участь в клінічному розпитуванні. Більшість з них досягають повної незалежності в самообслуговуванні (приймання їжі, одягання, вмивання, контроль за функціями кишечника і сечового міхура). Основні проблеми виникають в сфері шкільної успішності, але освіта в умовах спеціалізованих допоміжних шкіл може дати певні позитивні результати. У багатьох випадках можливе трудовлаштування у сфері некваліфікованої або напівкваліфікованої ручної праці. При помітній емоційній і соціальній незрілості спостерігається непридатність до сімейного життя або виховання дітей, труднощі адаптації до культурних традицій і норм. Емоційно вперті, збудливі, загальмовані або адекватні.

Помірна розумова відсталість (помірна імбецильність, помірна олігофренія, IQ - 35-49) - у таких осіб розуміння і використання мови значно обмежене (впізнають і вимовляють букви, склади, розуміють прості слова, фрази з 2-3 слів), у зв'язку з чим освітні програми можуть дати можливість таким дітям засвоїти при навчанні невеликий об'єм матеріалу. У зрілому віці придатні до

простої фізичної роботи під наглядом. Дуже рідко придатні до самотійного проживання, але можуть встановлювати контакти, спілкуватися з іншими людьми і брати участь в елементарних соціальних заняттях.

Тяжка розумова відсталість (різко виражена імбіцильність, тяжка олігофренія, IQ - 20-34) за клінічними проявами подібна з помірною розумовою відсталістю. Мова бідна, слова з повсякденного вжитку, також засвоюють окремі навички самообслуговування, у більшості хворих спостерігаються виражені моторні розлади і вади розвитку ЦНС.

Глибока розумова відсталість (ідіотія, глибока олігофренія, IQ нижче 20) - пацієнти дуже обмежені у здібностях розуміти і виконувати інструкції. Більшість обмежені в рухомості і не засвоюють навички ходи, мова відсутня, не придатні до елементарного самообслуговування, стереотипні розгойдування в моториці, потребують постійного догляду і допомоги, не придатні турбуватися про свої основні потреби, знаходяться в будинках-інтернатах. Для діагностики розумової відсталості, особливо легкого та помірного ступенів, треба, крім опису клінічної картини, застосовувати шкільний, соціальний та психометричний критерії.

Шкільний критерій. Діти з легким ступенів розумової відсталості можуть навчатися в школі або відстають від ровесників на два роки до дев'ятирічного віку і на три - після дев'яти.

Соціальний критерій. Слід оцінити можливість самотійно існувати, забезпечити своє життя. Особи в стані легкої розумової

відсталості можуть працювати самотійно, у стані помірної - виконувати нескладну роботу під контролем інших.

Психометричний критерій. Визначають інтелектуальний коефіцієнт за допомогою патопсихологічних тестів.

Олігофренічний патопсихологічний синдром (розумової відсталості) включає такі розлади: *нездатність до навчання і формування понять, дефіцит інтелекту, дефіцит загальних відомостей і знань, примітивність і конкретність мислення, нездатність до абстрагування, підвищена навіюваність, емоційні розлади (недорозвиток почуттів).* Встановити характер і важкість розумової відсталості можна як з допомогою психометричних методів вимірюванню коефіцієнта інтелекту тестів Векслера або Равена, Біне-Сімона, так і за результатами експериментального дослідження операцій сприймання, мислення, уваги, пам'яті. Недорозвиток сприймання, при розумовій відсталості виявляється при короткочасному показі сюжетних кольорових малюнків, незавершених зображень. Сповільнення зорового сприймання проявляється в тому, короткочасний показ малюнка не дозволяє розумово відсталому впізнати зображення. Розумово відсталі "бачать" на одному і тому ж малюнку менше предметів між психічно здорові, що свідчить про звужений об'єм зорового сприймання. Виражена недиференційованість сприймання проявляється в нездатності розрізняти вирази облич, кольори або перспективу на малюнках. Розумово відсталі не прагнуть розглянути малюнок у всіх деталях, не впізнають перевернені,

контурні, накладені, незавершені зображення, що свідчить про інактивність сприймання.

Порушення операційної сторони мислення: (низький рівень процесу узагальнення - в мисленні переважають конкретні зв'язки між предметами (конкретність мислення), які заміняють загальні ознаки, втрачається здатність до абстрагування, розуміння і утворення складних понять) виявляється при патопсихологічному дослідженні за методами "Класифікація предметів", "Вилучення предметів і слів", "Суттєві ознаки", "Прості аналогії", "Порівняння понять", "Пояснення прислів'їв і метафор", "Розуміння змісту сюжетних малюнків та оповідань", "Встановлення послідовності подій".

Порушення уваги при розумовій відсталості (олігофренії) характеризується її малим об'ємом і важкістю переключення з одного виду діяльності на інший, що можна виявити методом запам'ятовування слів або образів чи методом Шульте.

Порушення пам'яті необхідно оцінювати при аналізі співвідношення результатів дослідження механічної (заучування 10 слів) і смислово-логічної (асоціативної) пам'яті. З метою виявлення ступеня дебільності використовуються методики, які передбачають можливість корекції, щоб виявити ефективність підказки в процесі експерименту.

Можливість перенесення вже засвоєного досліджуваним досвіду на виконання аналогічних завдань набуває особливе значення у встановленні ступеня вираженості дебільності і

визначається за допомогою різних методик (наприклад, дослідження рівня узагальнення і абстракції, порівняння понять). Таке дослідження характеризує можливість розумового розвитку дитини ("зона найближчого розвитку"), яка визначається переходом від того, що вона вміє робити самостійно до того, що вона в стані робити з допомогою дослідника. З цією метою використовується методика навчаючого експерименту. А.Я. Іванова перетворила методику Кооса в навчаючий експеримент. Для орієнтації дитині пропонується фігура № 1. Якщо вона не справляється з завданням складання фігури за зразком, дослідник сам виконує роботу на очах дитини. Навчання починається з фігури № 3. Перший урок - дослідник повертає кубики потрібною стороною догори. Другий урок - дослідник складає фігурки на очах у хворого і, зруйнувавши зроблене, пропонує дитині самій виконати завдання. Третій урок - детально розповідається, пояснюється і показується як потрібно скласти фігуру. Якщо завдання виконано, дитині пропонують скласти фігуру № 4 для встановлення можливості переносу способу дії. Діти з інтелектуальною відсталістю відрізняються пасивною орієнтацією на першому етапі навчального експерименту, великою кількістю навчаючих уроків, пониженою здатністю до логічного перенесення навиків на нове завдання. Одним із експертних завдань психолога є розмежування **олігофренії** (легкої розумової відсталості – дебільності) від **затримки психічного розвитку** при вирішенні питання про направлення на навчання в допоміжні спеціалізовані школи.

Затримка психічного розвитку (ЗПР) – межовий стан між нормою і дебільністю, який характеризується сповільненням темпу розвитку психіки дитини і проявляється в недостатності загального запасу знань, незрілістю мислення, переважанням ігрових інтересів, швидким пересиченням в інтелектуальній діяльності.

Виділяють декілька типів ЗПР залежно від їх походження, а саме:

- а) *гармонійний психофізичний інфантилізм конституційного походження часто зустрічається в інших членів сім'ї. При цьому типі дитина відстає від ровесників також і у фізичному розвитку (рості, вазі). Затримка в основному проявляється недостатністю довільної регуляції діяльності, мислення, уваги (емоційно-вольової сфери особистості);*

- б) *органічний інфантилізм виникає на основі перенесених у ранньому дитинстві органічних уражень головного мозку (травм, інфекцій). У таких дітей, крім незрілості емоційно-вольової сфери, спостерігаються характерні риси органічного ураження ЦНС: інертність психічних процесів, незграбність моторики. В одних дітей з органічним інфантилізмом переважає підвищений фон настрою з руховою розгальмованістю, непосидючістю, недисциплінованістю. В інших – переважання загальмованості і тривожності, що формує шкільну тривожність: вони тяжко переживають свої невдачі в навчанні, на "уроках дисципліновані, але бояться відповідати перед класом біля дошки. У підлітковому віці при цьому типі ЗПР можлива поява розладів соціальної адаптації, втечі з дому і школи;*

- в) *церебрально-органічна затримка психічного розвитку більшою мірою стосується пізнавальної сфери, а не емоційно-вольової. При патопсихологічному дослідженні спостерігається рухова розгальмованість, недостатнє розуміння інструкцій, виражена виснажуваність психічних процесів, недостатні об'єм і концентрація уваги, слаборозвинена пам'ять, особливо запам'ятовування вербального матеріалу, сповільнений темп сенсомоторики, порушена точна координація рухів. Спостерігається бідність словникового запасу, дефекту мови й емоційні порушення (прояви грубості, імпульсивності, розгальмованості). При цьому типі можливі також симптоми вогнищевого ураження ЦНС: агнозії - розлади сприйняття, труднощі просторового сприймання;*

- г) *соматогенна затримка психічного розвитку може виникнути у дітей дошкільного віку при важких соматичних захворюваннях (пневмонії, хірургічні втручання), які повторюються часто, коли дитина не може засвоїти необхідних умінь і навичок дошкільного віку. При патопсихологічному обстеженні виявляється, що пам'ять та інтелектуальні здібності незначно порушені, а на перший план виступає виснажуваність, порушення концентрації уваги, емоційна лабільність (при невдачах плачуть, не можуть виконувати завдання, розвивається шкільна тривожність, самооцінка занижена). При тривалому перебуванні дитини без матері в лікарні чи в "Домах дитини" в несприятливих умовах розвивається явище госпіталізму: дитина відчуває страх,*

одинокість, а активні реакції протесту через деякий час змінюються пасивним, апатичним станом. У результаті сторонньої депривації у дітей виникає необхідність у самостимуляції: стереотипні розгойдування, смокчуть палець чи ковдру, можлива поява мастурбації;

- д) педагогічна і мікросоціальна занедбаність – розвивається у дітей із здоровою нервовою системою і нормальними передумовами інтелектуального розвитку, які виховуються в несприятливих умовах (у сім'ях психічно хворих і розумово відсталих, в умовах гіпоопіки і бездоглядності, в сім'ях алкоголіків чи наркоманів). При патопсихологічному обстеженні виявляється нормальна працездатність, пам'ять, увага. Однак, відстає запас знань і навиків, необхідних в школі. При наданні допомоги діти придатні до нормального для свого віку навчання. У результаті несприятливого соціального оточення виникає соціальна незрілість, порушення інтересів, недостатність почуття обов'язку, небажання вчитися відвідувати школу.

4. Екзогенно-органічний патопсихологічний синдром.
Екзогенно-органічний патопсихологічний синдром характеризується такими симптомами: загальне зниження інтелекту, розпад раніше набутих відомостей і знань, розлади довготривалої і оперативної пам'яті, нестійкість уваги і виснажуваність розумової працездатності, порушення операційної сторона мислення з вираженою тенденцією до утворення ситуативних зв'язків, зміни емоційної сфери з афективною

лабільністю і слабодухістю, суб'єктивна втомлюваність і коливання якості відповідей по мірі збільшення інтелектуального навантаження, зниження критики і самоконтролю. Цей синдром відображає психічні розлади з відомою етіологією, яка полягає в мозкових захворюваннях судинного, інфекційного, травматичного, інтоксикаційного або іншого походження.

Залежно від ступеня тяжкості патологічного процесу **при екзогенноорганічному синдромі** переважають два варіанти психічних розладів: а) межові функціонально-органічні розлади в формі неврозоподібних (астенічних і ін.) і психопатоподібних синдромів; б) переважання набутого слабоумства (деменції) з вираженими розладами пам'яті та інтелекту.

Деменція – це набуте недоумство, розпад колишнього інтелекту внаслідок психічних захворювань. Вона характеризується стійким зниженням і виснажуваністю пізнавальної діяльності людини, прогресивним перебігом, порушенням поведінки та збідненням морально-етичного ядра особистості. Розрізняють **лакунарну і тотальну деменції**. **Лакунарна деменція** (*парціальна, часткова*) виявляється частковими дефектами інтелекту внаслідок зниження пам'яті. Людина стає малоздатною до операцій мислення. У цьому разі обмежуються асоціативні зв'язки, що призводить до недостатності кмітливості. При **лакунарній деменції** спостерігається емоційна нестійкість, зниження працездатності, але зберігаються до певної міри професійні навички. На початку розвитку **лакунарної деменції** особистість хворого та критичне

ставлення до його власного психічного стану збережені. *Лакунарна деменція* буває при судинних захворюваннях, черепно-мозковій травмі, сифілітичному ураженні головного мозку та ін.

Тотальна деменція (глобальна, дифузна) виявляється зниженням усіх форм пізнавальної діяльності. Хворий поступово втрачає здатність користуватися операціями мислення, критично оцінювати свій стан, вчинки, а також навколишній світ. Відбувається загальне (глобальне) зниження розумової діяльності із розпадом ядра особистості. Глибоко порушується пам'ять на поточні та минулі події. Нерідко буває ейфорія. Хворий не здатний до цілеспрямованої діяльності, потребує догляду й нагляду. Тотальна деменція розвивається при старечому недоумстві, прогресивному паралічі, хворобах Альцгеймера, Піка та ін.

У структурі деменції спостерігаються такі особливості когнітивних розладів:

- 1) *порушення короткотривалої і довготривалої пам'яті*: низький об'єм, несправжні спогади (конфабуляції), іноді (при церебральному атеросклерозі) механічне запам'ятовування (10 слів) менше збережене в порівнянні з смисловологічним (у пробі на асоціативну пам'ять);
- 2) *порушення операційної сторони мислення* проявляється помітним зниженням рівня узагальнення, ладами абстрактного мислення (нездатністю знайти подібність і відмінність між спорідненими словами, утрудненням при визначенні понять та ін.);

3) інші розлади вищих нервових функцій, такі як **афазія** (розлад мовлення), **апраксія** (неспроможність здійснювати рухи, пов'язані із звичною діяльністю), **агнозія** (нездатність упізнавати предмети) характерні для локально-органічного ураження певних структур головного мозку.

Отже, **екзогенно-органічний патопсихологічний синдром** включає в себе цілий ряд вищенаведених характерних розладів когнітивної, емоційної і мотиваційної сфер, особливості структури якого обумовлені тяжкістю перебігу мозкового патологічного процесу (астенія, психопатизації, деменція). Виснажуваність психічних процесів, як характерна ознака астенії, проявляється в зниженні інтелектуальної працездатності під кінець виконуваного хворим завдання. Така закономірність виявляється при експериментально патопсихологічному дослідженні уваги, пам'яті, інтелектуальної працездатності і функції мислення. Розлади інтелектуальних процесів також виявляють при патопсихологічному дослідженні пам'яті, мислення, критичних здібностей з допомогою відповідних якісних і кількісних експериментальних методів.

5. Ендогенно-органічний (епілептичний) патопсихологічний синдром.

Епілепсія (гр. epilepsy - захоплюю) – поліетіологічне монопатогенетичне прогресивне нервово-психічне захворювання. Характеризується воно судомними й безсудомними психічними нападами (пароксизмами), що повторюються, а також

специфічними хронічними стійкими порушеннями психіки (змінami особистості). Саме повторні напади є її основою. Напад виникає на фоні повного здоров'я або під час різкого загострення хронічного процесу й виявляється скороминучими моторними і сенсорними або психічними ознаками.

Напади епілепсії характеризуються: а) *раптовістю виникнення і припинення;* б) *короткочасністю;* в) *стереотипністю;* г) *повторюваністю.* Великі судомні напади можуть мати характер *первинно- і вторинно-генералізованих.* Первинно-генералізовані великі судомні напади характеризуються: раптовою непритомністю, падінням (найчастіше вперед); *фазою тонічних судом* (до 30 с) із загальним напруженням усіх м'язів. Можуть бути прикушування язика. Фаза клонічних судом (1-2 хв.) завершується стадією *постнападного оглушення.* Розвитку нападу можуть передувати віддалені (1-2 доби) або ближні (від 1 год. до 30 хв.) провісники у вигляді слабкості, загального нездужання, розбитості, головного болю, зниження настрою, дратливості.

У 50 % випадків напади починаються з аури (грец. aura - подув вітру), що виявляється швидкоплинними *сенсорними* (звук, світло, запах, заніміння, тепло, холод та ін.), *моторними* (судомні посмикування), *сомато-вегетативними* (нудота, пітливість, почервоніння), *психічними* (тривога, страх) феноменами. Фаза тонічних судом супроводжується затримкою дихання, блідістю, а потім ціанозом. Зіниці на світло не реагують, можуть бути мимовільні сечовипускання і дефекація. Після нападу – повна

амнезія, головний біль, дистимічний настрій. Нерідко судомні напади бувають атиповими і виявляються абортивно, тільки з тонічною або клонічною фазою судом, іноді - з послабленням м'язів, без судом. Великі судомні напади, що настають один за одним, і хворий не встигає опритомніти, називають **епілептичним статусом.**

До малих нападів належать:

- а) простий абсанс (2-15 сек) із непритомністю, застиглим поглядом, але без порушення статички;*
- б) складний абсанс - окрім короткочасної непритомності спостерігається зміна тону м'язів тих чи інших м'язів (обличчя, шиї). При цьому. розрізняють атонічний, міотонічний вегетативний абсанси;*
- в) пікнолептичні напади - короткочасна непритомність із блідістю шкіри обличчя, слинотечею. Рухи спрямовані назад. Парціальні психічні напади пов'язують з нейронними розрядами у скроневій або лобовій частках, з афективною і когнітивною симптоматикою. Для нападів з афективною симптоматикою характерні **короткочасність** (секунди, хвилини), **емоційні переживання** - від легких до різко виражених (страх, тривога, депресія, гнів).*

Когнітивні пароксизми - це відчуття нереальності того, що відбувається або самого себе (відчуття вже баченого або ж ніколи не баченого, дереалізація і ін.) Безсудомні форми пароксизмів (*психічні еквіваленти*) проявляються якісними змінами свідомості (*присмеркові, сноподібні стани із фантастичним мрійним*

маячінням, амбулаторні автоматизми) і без її розладів (афективні пароксизми, каталептичні, психомоторні та ін.).

Дисфорія при епілепсії характеризується пароксизмальними розладами настрою з різними відтінками злосливо-гнівного афекту. Стійкі порушення психіки у сфері характеру й інтелекту вважають специфічно епілептичними і розглядають як важливу діагностичну ознаку епілепсії. Порушення характеру вирізняються полярністю емоційно-вольових реакцій. Звуження кола зацікавлень, егоцентризм, експлозивність та агресивні дії з актами жорстокості, солодкавою догідливістю. Хворим властива підкреслена акуратність, нерідко - карикатурний педантизм щодо порядку в своєму домі, на робочому місці. Улесливість, підвищена чутливість і ранимість, солодкавість поєднуються із злостивістю й недоброзичливістю, злопам'ятністю.

Діапазон стійких порушень психіки при епілепсії широкий - від легких епілептичних змін особистості до переважання в клініці специфічного інтелектуального дефекту - *епілептичного слабоумства* (деменції у 11-24% хворих) з вираженими розладами пам'яті, абстрактного мислення, олігофазією (малослів'ям), *сповільненням рухомості* (інертністю) *психічних процесів*, звуження об'єму і деталізуючий тип сприйняття; трудність переключення уваги; зниження темпу асоціативного процесу, в'язкість, малорухливість мислення).

Ендогенно-органічний (епілептичний) патопсихологічний синдром включає такі психічні розлади: інертність і порушення

рухомості психічних процесів (сповільнення, в'язкість мислення, деталізація), *порушення операційної сторони мислення* (зниження рівня процесів узагальнення і абстракцій) *та цілеспрямованість мислення* (особливе епілептичне резонерство), *загальне зниження пам'яті і інтелекту*, *порушення критики і самоконтролю*, *характерні емоційно-особистісні зміни* (егоцентризм, полярність і вибуховість емоцій, патологічний педантизм, гіперсоціальність).

Сповільнення темпу психічних процесів виявляють при дослідженні таблицями Шульте: хворі епілепсією витрачають на одну таблицю 1,5-3 хвилини, тоді як здорові - 40-50 секунд. Інертність і порушення рухомості психічних процесів можна виявити методом поперемінного називання пар живих і неживих предметів. Хворі епілепсією при виконанні такого завдання обмежуються назвами предметів в межах одного поняття (наприклад, називаються тільки домашні тварини, або тільки посуд і т. п.), часто повторюються одні і ті ж слова, неправильно чергують пари слів.

В'язкість мислення виявляється особливо виразно в словесному (*асоціативному*) експерименті, в якому аналізується характер мовних реакцій-відповідей і швидкість їх виникнення на слова-подразники. Про **інертність психічних процесів** свідчить збільшення латентного періоду, часті ехолалічні реакції, одноманітне повторення одних і тих же відповідей, наявність стереотипних рядів слів або слів з власного вжитку, іноді як реакції-відповіді підбираються прикметники, які характеризують

колір даного предмету, іноді реакції-відповіді відносяться до попередніх слів-подразників ("запізнені" мовні реакції); при вираженому недоумстві мовні реакції-відповіді стереотипні, однорідні, на всі слова хворий відповідає 2-3 словами ("добрий", "поганий", "знаю", "не знаю").

Нерідко словесні реакції відображають відношення хворого до предметів (наприклад, "ліс – люблю", "хліб – смачний"), що може відображати властивий хворим егоцентризм. Такі ж особливості виявляються при дослідженні методикою підбору слів-синонімів і антонімів, які є варіантами словникового експерименту. Збіднення словникового запасу призводить до того, що хворий при утворенні слова протилежного значення додає частку "не" до заданого слова. Надмірна докладність, деталізація, яка є характерною особливістю епілептичного мислення, особливо чітко виступає при описанні хворим складного малюнка або при переказі оповідання. При цьому хворі помічають зовсім несуттєві деталі і фіксують на них свою увагу. Описавши таким чином малюнок, хворий не може схопити його зміст. Хворі з вираженою епілептичною деменцією при дослідженні методикою встановлення послідовності подій за серію малюнків детально описують з несуттєвими подробицями кожний малюнок, але співставити їх не можуть, так як не здатні диференціювати суттєві і другорядні ознаки.

Зниження рівня процесів узагальнення і абстракції, проявляється складністю виділення суттєвих ознак предметів і явищ. При дослідженні методикою "Вилучення предметів" хворі

детально характеризують кожний з чотирьох зображених на малюнках предметів і заявляють, що не знаходять між ними різниці, або що предмети нічого спільного між собою не мають. Класифікацію предметів хворі епілепсією також проводить по конкретноситуаційній ознаці (наприклад лікар, дитина, термометр - "це все в лікарні..."). Характерним також при класифікації є утворення декількох дрібних, близьких за змістом груп (наприклад, головні убори не об'єднується з одягом). При дослідженні методикою "Складання картинок з відрізків" діяльність хворих визначається неплановим синтезом. Звичайно хворі вибирають найбільший відрізок і до нього почергово приміряють педантично всі інші. Іноді пусті міркування хворих епілепсією складають враження особливого резонерства. Такі висловлювання мають характер неглибоких, поверхневих, бідних за змістом суджень, містять шаблонні, банальні асоціації, з бідним словниковим запасом – олігофазія. Це – один з найбільш характерних розладів мови при епілепсії, проявляв пряму кореляцію з рівнем узагальнення та абстрагування в процесі розвитку недоумства. Для встановлення олігофазії недостатньо обмежитися показом хворим предметів з проханням назвати їх, а необхідно провести патопсихологічне дослідження з допомогою вищеперелічених методик (підборі слів протилежного значення, в пробі на черговість і ін.). Особливість резонерства проявляється також в повчальному тоні висловлювань, які відображають деяку патетичність і переоцінку власного досвіду. Таке резонерство можна виявити і

при пред'явленні гумористичних малюнків. Нерозуміння гумору є також характерним для епілептичного недоумства. Інтерпретація сюжету малюнка проводиться з приверненням уваги до власного життєвого досвіду і сформованих непереборно-інертних уявлень в плані обговорюваних питань. Послаблення пам'яті також є характерною ознакою перебігу епілепсії. Спочатку виявляється порушення довільної репродукції, а на наступних етапах – запам'ятовування і утримування (така ж закономірність проявляється при церебральному атеросклерозі). В пробі на запам'ятовування кількість відтворених слів з кожним наступним повторенням або незначно збільшується, або залишається попереднім ("плато").

При дослідженні особистісних властивостей методом Роршаха, у хворих епілепсією виявляється деталізуючий тип сприймання (перцептивної діяльності). Особливості сприймання проявляються в своєрідному "застряганні" на деталях. При формуванні образу в інтерпретації плям не враховується все представлене хворому зображення, а вибирається яка-небудь деталь (наприклад, хворі епілепсією дуже рідко дають відповідь, зв'язану з баченням цілої людської фігури, а скоріше інтерпретації відносяться до різних частин тіла людини). Для епілептичного інтелектуального дефекту характерним при інтерпретації плям є поєднання таких ознак: підвищена кількість стандартних інтерпретацій, відсутність кінетичних інтерпретацій, зниження кількості відповідей з інтерпретаціями плями як цілого, бідність,

стереотипність змісту. Крім того, з прогресивністю захворювання зростає кількість відповідей за кольором ("вогні... червоний, голубий"). Характерні *емоційно-особистісні епілептичні особливості* виявляються методом "Незавершені речення". Частіше на перший план виступає значне переважання словесних реакцій по типу імпульсивних, які відображають тенденцію до нівелювання можливих конфліктних факторів (наприклад, "Якщо всі проти мене ... я стараюсь, щоби все було добре"). Цей приклад свідчить про переважання афективної в'язкості, зворушливості, розчуленості. Іноді при зміні ситуації, при внесенні в неї фруструючих факторів виступає протилежний компонент епілептичної афективності – злостивість, запальність ("Якщо всі проти мене, то... я буду боротися і не перед чим не зупинюсь"). Часто виявляється тенденція, яка свідчить про характерні зміни особистості, які в психіатричній літературі отримали назву "гіперсоціальності епілептиків" (наприклад, "Я завжди хотів... жити і трудитися на благо колективу"). В міру зростання психічного дефекту зростає недостатня критичність до себе, частіше спостерігається перебільшено-оптимістична оцінка майбутнього ("Думаю, що я достатньо здібний... щоб вчитися в університеті"). Таким чином, методика "Незавершених речень" дає об'єктивну характеристику характерологічних змін хворого епілепсією і може бути використана для визначення ступеня вираженості психологічного дефекту, при вирішенні діагностичних і експертних питань, а також при побудові реабілітаційних програм.

6. Особистісно-аномальний (психопатичний) синдром

Психопатії (у МКХ-10 "розлад особистості") - стійкі й виражені аномалії особистості, що проявляються патологією характеру і призводять до порушень поведінки, стосунків із оточуючими, утруднюючи соціальну адаптацію індивіда. Через патологічний склад характеру такі люди страждають самі або мучать тих, хто поруч. Психопатії проявляються розладами в емоційній і вольовій сферах за непорушеного інтелекту.

Перші ознаки розвитку психопатії спостерігаються уже з дитинства або в підлітковому віці, а завершується її формування в юнацькому віці (18-20 років) коли, головним чином, завершується становлення особистості. Психопатіям не властива прогредієнтність, проте упродовж життя вони мають певну динаміку (компенсації, декомпенсації, психопатичні реакції, фази, напади). Необхідно також диференціювати психопатії від патохарактерологічних (психопатичних) розвитків, які обумовлені патогенним впливом на сформовану особистість різних екзогенних чинників (хронічних соматичних захворювань, черепно-мозкових травм, алкоголізації та ін.) і характеризуються клінічною симптоматикою подібною до відповідних типів психопатій (паранояльних, емоційно нестійкий, істеричний та ін.).

У генезі розладу особистості можуть переважати:

- 1) конституційні чинники;
- 2) тривалий несприятливий соціально-психологічний вплив;

3) органічне ураження головного мозку в період його розвитку.

Головні діагностичні критерії розладу особистості:

1) хронічний характер аномального стилю поведінки, який завжди виникає в дитинстві або підлітковому віці і продовжується все життя;

2) аномальний стиль поведінки є всеосяжним і проявляється в широкому діапазоні особистісних і соціальних ситуацій;

3) соціальна дезадаптація є наслідком патології характеру, а не певних ситуацій.

Міжнародна класифікація психічних і поведінкових розладів (10-й перегляд) розрізняє такі специфічні розлади особистості:

1) Параноїдний: надмірна чутливість до невдач і відмов, тенденція постійно бути невдоволеним ким-небудь; відмова пробачати образи, нанесену шкоду або зверхнє ставлення; підозрілість і загальна тенденція трактувати дії інших людей як ворожі; стан безпідставної підозри відносно сексуальної вірності партнера; тенденція до переживання своєї підвищеної значущості.

2) Шизоїдний: емоційна холодність, відчужена або знижена афективність, ангедонія, нездатність проявляти теплі, ніжні почуття до інших людей; незначна цікавість до сексуальних контактів; байдужість до переважаючих соціальних норм; відсутність близьких друзів (або наявність тільки одного); схильність до

фантазування і заглиблення у внутрішній світ (інтроспекція), надають перевагу самотній діяльності ("аутистичним заняттям").

3) Дисоціальний: безсердечна байдужість до почуттів інших; груба і стійка позиція безвідповідальності і нехтування соціальними правилами й обов'язками; низька толерантність до фрустрацій, а також низький поріг розряду агресії, включаючи насильство; нездатність відчувати почуття провини і враховувати користь із життєвого досвіду, особливо покарання; виражена схильність звинувачувати оточуючих у конфліктних ситуаціях.

4) Емоційно нестійкий, при якому спостерігається яскраво виражена тенденція діяти імпульсивно, без врахування наслідків, на фоні нестійкого настрою; спалахи інтенсивного гнівливого афекту часто призводять до насильства або "поведінкових вибухів". Вони легко провокуються, коли імпульсивні акти засуджуються оточуючими або їм перешкоджають.

5) Істеричний: характеризується самодраматизацією, театральністю, перебільшеною емоційністю; підвищеною навіюваністю оточуючими або обставинами; поверховістю і лабільністю емоційності; постійним прагненням до визнання зі сторони оточуючих і діяльності, в якій пацієнт знаходиться в центрі уваги; неадекватною спокусливістю в зовнішньому вигляді і поведінці; надмірною стурбованістю фізичною привабливістю.

6) Ананкастичний (обсесивно-компульсивний) тип: надмірна схильність до сумнівів та обережності; стурбованість правилами, порядком, організацією або графіками; прагнення до

досконалості, підвищена педантичність, впертість; необґрунтованість вимоги того, щоби інші все робили точно, як він сам; поява нав'язливих думок і потягів.

7) Тривожний розлад особистості характеризується: постійним загальним почуттям напруження і важкими передчуттями; уявленням про свою соціальну непридатність, особистісну непривабливість і приниженість у стосунку до інших; підвищеною стурбованістю критикою на свою адресу або неприйняттям у соціальних ситуаціях; ухилянням від соціальної або професійної діяльності, пов'язаної з міжособистісними контактами через страх критики.

8) Залежний особистісний розлад характеризують активне або пасивне перекладання на інших більшої частини важливих рішень у своєму житті; підпорядкування своїх власних потреб потребам інших людей, від яких залежить пацієнт, і неадекватна податливість їх бажанням; небажання пред'являти навіть розумні вимоги людям, від яких індивід залежить; почуття незручності і безпомічності в самотійності через над мірний страх непридатності до самотійного життя; обмежена придатність приймати повсякденні рішення без посиленних порад і підбадьорювання зі сторони інших осіб.

Межа між розладом особистості і здоровою психікою не завжди чітка, іноді їй властиві "перехідні стани" (В. М. Бехтерев, 1866), що отримали різні назви. Із них найвідоміші такі, як акцентуована особистість (К. Леонгард, 1968) та акцентуація

характеру (А.Е. Лічко, 1977). *Акцентуації особистості (характеру)* – крайній варіант норми, за якого окремі риси характеру надто виражені, внаслідок чого виявляється вибіркова уразливість щодо певного роду психогенних впливів за доброї і навіть підвищеної стійкості до інших. *Акцентуації характеру (акцентуйовані особистості)* поділяються на окремі варіанти, які частіше відповідають відомим формам психопатії (нестійкий, істероїдний, шизоїдний), інші відрізняються від них (наприклад, конформний) або формують змішані (проміжні) типи. *Акцентуації особистості* притаманні здоровим людям і не є самі собою клінічним діагнозом. Проте вони можуть бути преморбідним тлом, ґрунтом, поштовхом до розвитку психогенних (гострих афективних, невротичних і психопатичних реакцій, неврозів, психопатій, реактивних психозів), а також психосоматичних розладів. У дитинстві або підлітковому віці (до 16-17 років) навіть при вираженій аномалії характеру не рекомендується діагностувати розлад особистості (психопатії), враховуючи можливість корекції поведінки. Більш адекватним в цей період є встановлення акцентуацій характеру.

На відміну від психопатій, акцентуації характеру: 1) звичайно проявляються в підлітковому віці і можуть мати зворотний розвиток; 2) проявляються тільки в певних ситуаціях; 3) не супроводжуються соціальною дезадаптацією.

Приведемо короткі характеристики типів акцентуацій (за А.Е. Лічко), а також їх кореляції з особливостями девіантної поведінки

підлітків (алкоголізацією, наркоманією, нікотинomanією та ін.). **Гіпертимний тип** відрізняється піднесеним настроєм, переоцінкою власної особи, схильністю до легковажних вчинків, непосидючістю. Такі підлітки схильні до групових форм девіантної поведінки, вони намагаються лідирувати серед асоціальних однолітків, стають організаторами правопорушень. Через легковажність гіпертимні прагнуть отримати засоби для розваг і задоволень, проявляють цікавість до пияцтва, інших одурманюючих середників, до ранніх сексуальних стосунків. Психастеніки характеризуються підвищеним самоаналізом, боязливістю, тривожністю, надумливістю, нерішучістю, нав'язливими страхами (фобіями).

Шизоїдному типу властива роздвоєність, замкнутість, емоційна холодність, трудність у міжособистісних стосунках, схильність до витіюватої фантазії, символіки, "філософської інтоксикації". Для них комунікативним допінгом є алкоголь. У шизоїдів незграбна і витіювата (дивна) психоморика. Шизоїдні підлітки скривають свої асоціальні наміри і вчинки, добре їх обдумують, діють самотійно без спільників і тому потрапляють у поле зору міліції пізніше від інших акцентуантів.

Епілептоїдному типу властиве поєднання злосливої гнівливості, жорстокості з бережливістю, акуратністю, педантизмом, у період дисфорії вони дають бурхливі афективні спалахи, здійснюють сексуальні ексцеси з садомазохістськими проявами.

Циклоїдний тип характеризується безпричинними змінами настрою: піднесений з активністю, схильністю до алкоголізації (1-2 тижнів) може змінитися пониженим настроєм до субдепресії.

Лабільний тип характеризується крайньою нестійкістю настрою, який змінюється з незначної причини. Це люди настрою, тимчасового капризу, чутливі до знаків уваги, прив'язані до рідних і близьких.

Сенситивний тип відрізняється вразливістю, прагненням до інтелектуально-естетичних захоплень, переживанням своєї неповноцінності.

Астено-невротичний тип проявляється дратівливістю, капризністю, поганим сном та апетитом, іпохондричністю. Делінквентності, алкоголізації, втеч з дому у них як і в сенситивних акцентуантів не зустрічається. Суїцидальні дії та агресивність можуть виникати під впливом ряду невдач, що буває цілком неочікуваним для оточуючих, які не вникають у світ їх ранимої психіки.

Нестійкий тип характеризується безвольністю, безініціативністю, легкою підпорядкованістю стороннім. Ці особи часто потрапляють у сумнівні компанії, схильні до делінквентної поведінки, азартних ігор, бездіяльності, прагнуть задоволень, ранній сексуальний досвід супроводжується розпустою і збоченнями.

Істероїдний тип відрізняється егоцентризмом, прагненням привернути до себе увагу. Вони прагнуть вислуховувати тільки

похвалу на свою адресу, часто претендуючи на роль лідера. Їх почуття неглибокі, воля ослаблена, схильні до патологічного фантазування, брехні. У всіх вчинках спостерігається демонстративність, театральність, награність, неприродність. Втечі з дому й алкоголізація у істероїдних акцентуантів також мають демонстративний характер і не супроводжуються серйозними правопорушеннями.

Конформний тип акцентуації характеризується розчиненням особистості в оточуючих. Ці особи пристосовуються до будь-якого оточення, наприклад, "за компанію" порушують поведінку, спиваються і т.п. Якщо в одного і того ж підлітка виявляється поєднання декількох типів, тоді говорять про змішаний тип акцентуації характеру.