

ПАТАПСИХОЛОГІЯ

1. Предмет і завдання патопсихології

Патопсихологія -

галузь психології, що вивчає хворобливі зміни психіки. Вивчаючи закономірності зміни і розпаду психіки, патопсихологія зіставляє їх із закономірностями протікання нормальної психічної діяльності.

Патопсихологія виникла на стику *психіатрії і психології*.

Предмет патопсихології -

розробка питань аномального психічного розвитку, дослідження дефектів окремих психічних функцій, а також інволюційних і деструктивних психічних станів.

Завдання патопсихології:

Діагностичне-

вирішення питань диференціального діагнозу, питань експертизи судової, трудової, військової, педагогічної).

Корекційна -

проведення психотерапевтичної роботи з дорослими і корекційно-розвиваючої роботи з дітьми.

Дослідницьке -

отримання нових наукових фактів і теоретичних узагальнень, важливих як для патопсихології, так і для психології в цілому.

Профілактичне - превентивні заходи, що створюють позитивний клімат в робочому колективі, сім'ї і суспільстві, пропаганда і популяризація патопсихологічних знань і здорового способу життя.

2. Поняття патопсихологічних синдромів

У патопсихології була розроблена ідея патопсихологічних синдромів: *пізнавально-когнітивних, мотиваційно-вольових та особистих* сфер психічних захворювань.

Відчуття та сприймання стосуються сфери сенсорного пізнання та орієнтації у світі.

Відчуття та сприймання стосуються сфери сенсорного пізнання та орієнтації у світі. *Відчуття* - це найпростіший психічний процес відображення окремих властивостей та якостей навколишнього середовища з прямим впливом на конкретні рецептори відчуттів фізичних, хімічних, механічних та інших подразників.

Сприймання є значущим і безпосереднім процесом відображення сукупності властивостей та якостей, що залежить від мети життя. Сприймання - це необхідна передумова для аналізу та знань світу, регулювання та контролю поведінки, а також впливає на почуття та настрої. Не будь-яке порушення процесів відчуття та сприймання є ознакою психічного розладу.

Порушення можливі в певних умовах, таких як тимчасові функціональні розлади центральної нервової системи, наприклад, перевантаження, а також "розхитуванні" зовнішнього фону сприйняття. Тільки ті порушення відчуттів та сприймань, що призводять до різкого порушення знань про навколишнє

середовище та утворення психічних розладів, визнані патологічними.

Порушення сенсорних знань можна класифікувати на різних підставах: за відчуттями або на рівні сприймання.

I. Кількісні і якісні порушення відчуттів. Відчуття – це процес відображення в свідомості людини окремих властивостей предметів та явищ, що відбуваються в світі, який її оточує. Розлади відчуттів бувають кількісні – *гіперестезія, гіпестезія, анестезія, алгії та якісні – сенестопатії, синестезія*. Гіперестезія – посилена чутливість до звуків, запахів, дотиків. Це загальне зниження порогу чутливості, сприймається хворими як емоційно неприємне почуття з відтінком роздратування. Хворі скаржаться, що не можуть заснути, бо "будильник цокає прямо у вухо", "накрохмалене простирадло гримить, як трамвай", "місяць світить прямо в очі". *Гіперестезія органів чуття* спостерігається при астенії, неврозах, органічних ураженнях головного мозку, початкових проявах гострого психозу.

Гіпестезія – зниження чутливості до зовнішніх подразників, що виявляється у підвищенні порога чутливості. При цьому, навколишнє оточення втрачає для хворого чіткість і визначеність. Звуки стають глухими, невиразними; кольори – тьмяними, неясними; предмети втрачають форму і яскравість, стають малорухомими. *Гіпестезія* характерна для неврозів, реактивних психозів, органічних уражень мозку.

Анестезія полягає у повній втраті чутливості до подразників і клінічно виявляється сліпотю, приглухуватістю, втратою нюху, смаку, чутливості шкіри. Часто виникає при істеричному неврозі (і має функціональний характер), а також ураженнях центральної та периферичної нервової системи (органічного походження).

Парестезії – це частий неврологічний симптом, який спостерігається при ураженні периферичних нервових стовбурів (наприклад, при алкогольній полінейропатії). Він виражається в знайомому багатьом почутті оніміння, поколювання, "повзання мурашок".

Агнозії – розлади впізнавання характеристик предметів і звуків. Агнозії бувають зорові, слухові, нюхові. Цей вид патології зустрічається головним чином при органічному ураженні головного мозку, однак, іноді, агнозія буває функціонального характеру (частіше істеричною, коли хворий після стресу перестає відчувати запахи, смак їжі, «не чує» неприємну для нього інформацію).

Сенестопатії неприємні обтяжливі патологічні відчуття поколювання, печії, перекручування, здавлювання, змертвіння, не пов'язані із соматичним захворюванням. Часто розвиваються в напрямку знизу вгору (по кінцівках і хребетному стовпу до голови, серця). Поява незвичних відчуттів викликає у хворих тривогу та підозру щодо важкого невилікованого захворювання. *Сенестопатії* спостерігаються при неврозах та психозах, особливо характерні для *шизофренії*.

Синестезії – рідкісна особливість відчуття, коли подразнення одного аналізатора викликає відповідь кількох аналізаторів (слухово-звукова та ін.).

II. Розлади сприймання є предметом опису загальної психопатології. Ці розлади сприйняття, насамперед, включають явища *дереалізації, ілюзій та галюцинацій*.

Розлади сприймання трапляються у людей, починаючи з дошкільного віку, і вони виявляються у двох формах.

1. Спотворене сприйняття об'єктів зовнішнього світу: їх розмір і величина, форма, сталість кольорової гами, просторове положення та стабільність, кількість та цілісність, відчуття уповільнення або прискорення часу. Існують системні спотворення сприйняття об'єктів зовнішнього світу - *дереалізація*. Коли реальний світ, здається ніби мертвим, намальованим, неприродним; людина може відзначити незвичне сприйняття освітлення, кольорову гамму. Світ, здається, як уві сні. *Дереалізація* зазвичай проявляється не раніше 6-7 років;

2. Спотворене сприйняття власного тіла: порушення тілесних відчуттів, положення його частин, ваги, обсягу тощо. Людина переконана, що її фізичне і психічне "Я" якось змінилося, але не може конкретно пояснити, як це змінилося. Зміни сприйняття тілесного вигляду, говорять про *соматичну деперсоналізацію*. Вона проявляється як відчуття відчуження чи відсутності частин тіла чи внутрішніх органів, а також їх функцій.

Якщо пацієнт відчуває зміни у своєму розумовому «Я», вони говорять про *аутопсихічну деперсоналізацію*. Вона проявляється у вигляді недостатньої виразності сприйняття процесів мислення, пам'яті, почуттів та сприйняття самого себе. Відчуття зміни сприйняття під час деперсоналізації зазвичай супроводжується болісним порівнянням сприйняття себе на даний момент із спогадами про попереднє «нормальне» сприйняття.

Ілюзії як помилкове сприйняття реально існуючих предметів.

Ілюзія – це змінене сприймання реально існуючих предметів чи явищ. Ілюзії бувають: фізичні, фізіологічні та ілюзії неуважності. В психопатології виділяють велику кількість різноманітних слухових, зорових, нюхових, смакових і тактильних галюцинацій, їх налічують близько 30 різновидів. Фізіологічні ілюзії пов'язані з фізіологією аналізаторів. Так, уміло підмальовані очі сприймаються як більші, чорний одяг худить, білий повнить.

Ілюзії неуважності відзначаються, коли при надзвичайній зацікавленості літературним твором психічно здорова людини не помічає граматичних помилок, помилок в тексті.

Ілюзії, пов'язані з патологією психічної сфери (психічні ілюзії) бувають:

- **афективні** (афектогенні) – виникають у хворих в стані сильного страху, напруженого чекання, тривоги в ситуації недостатньо освітленого приміщення;

- **вербальні або слухові ілюзії** появляються також на фоні якого-небудь афекту і полягають у спотвореному сприйнятті

смислу реальної розмови, коли в нейтральних судженнях і зауваженнях хворому вчуваються звинувачення, погрози, образи;

- *парейдолічні ілюзії* – пов'язані з діяльністю уяви при фіксації погляду на предметах, які не мають чіткого зображення, їхній зміст є фантастичним, образним. Парейдолічні ілюзії завжди виникають при зниженому тонусі свідомості на фоні різних інтоксикацій і є важливою діагностичною ознакою.

Загальне уявлення про галюцинації.

Істинні та хибні галюцинації. В психопатології виділяють велику кількість різноманітних слухових, зорових, нюхових, смакових і тактильних галюцинацій, їх налічують близько 30 різновидів. До слухових вербальних галюцинацій належать: *імперативні галюцинації (наказуючі)* - хворий чує накази, заперечувати яким не може. *Коментуючі галюцинації* – дуже неприємні для хворого і виражаються в тому, що голоси постійно ніби обговорюють вчинки хворого, його думки і бажання. *Контрастуючі (антагоністичні) галюцинації.* Носять характер групового діалогу: одна група голосів гнівно засуджує хворого, вимагає застосовувати до нього тортури, а друга боязко, невпевнено його захищає, просить відстрочити, переконує, що хворий виправиться.

Зорові галюцинації займають друге місце за частотою після слухових. Вони коливаються від *елементарних (фотопсії)* у вигляді диму, туману, іскор до панорамних, коли хворий бачить динамічні сцени з багатьма людьми.

Нюхові – уявне сприймання дуже неприємних, часто гідких запахів тління, горіння тощо. Такі хворі нерідко відмовляються від їжі. Смакові часто поєднуються з нюховими і виражаються у відчутті наявності в ротовій порожнині гниття, негативних запахів. Тактильні галюцинації – відчуття дотику до тіла чогось гарячого чи холодного.

Деперсоналізація. Дерееалізація. Порушення схеми тіла.
Дереалізація – це викривлене сприймання навколишнього світу, відчуття його неприродності, нереальності. До *дереалізації* належать явища "уже баченого" (Deja-vu), коли в незнайомій ситуації з'являється відчуття, що все це колись було. Пов'язані з дереалізацією і такі явища: "ніколи не баченого" (Jamais-vu) - відчуження сприйняття; "раніше чутого" (Deja entendu) - вперше почуте здається знайомим; "вже пережитого" (Deja vecu); "ніколи не пережитого" (Jamais vecu). Дерееалізація часто поєднується з деперсоналізацією (відчуженням від самого себе), що належить до розладів сфери сприйняття з порушенням свідомості (самосвідомості). Характерними для деперсоналізації є відчуття зміни Я, зміни та втрати почуттів, думок, спогадів, які сприймаються як "чужі", "пороблені", штучно нав'язані ззовні. Спотворюються величини чи форми предметів та простору - *метаморфозії*. Всі предмети здаються хворому зменшеними (*мікропсія*), збільшеними (*макропсія*), видовженими, розширеними, скрученими (*дисмегалопсія*). Спотворене сприйняття величини предметів звичайно супроводжується сприйняттям зміни простору,

що здається вкороченим, коли всі предмети наближені, або ж нескінченно видовженим (*поропсія*). Предмети, що оточують хворого, можуть у його уяві неприродно переміщуватися (*психічна алестезія*). Метаморфопсія часто супроводжується *аутометаморфопсією* - відчуттям спотворення форми та величини власного тіла. Виникає хворобливе відчуття збільшення чи зменшення розмірів та маси власного тіла, спотворення чи зміщення його окремих частин (порушення "схеми тіла"). Інколи розлади "схеми тіла" виникають у формі уявлень про подвоєння чи зникнення.

Патопсихологічний підхід до характеристики порушень пам'яті.

Пам'ять – це психічний процес *запам'ятовування* (фіксації), *збереження* (ретенції), *відтворення* (репродукції) та *впізнавання* інформації. Вона пов'язує минуле з теперішнім, надає людському досвіду характеру безперервності, є основою психічного розвитку та однією з передумов інтелекту.

Розрізняють такі види пам'яті: *рухову* (проявляється здатністю до репродукції рухів та поведінки, є основою умінь і звичок); *зорову, слухову, тактильну, смакову та нюхову* (чуттєву); *емоційну* (афективну); *логічну; механічну* (на противагу логічній задовольняється механічним запам'ятовуванням, не зв'язує матеріал за законами логіки). Процеси запам'ятовування, відтворення та впізнавання є активними компонентами пам'яті. Для них важливе значення має стан свідомості. При повній втраті свідомості до

відповідного відрізка часу спогади відсутні. При частковому її порушенні запам'ятовування та репродукція фрагментарні, спогади неповні й неточні.

Кількісні порушення пам'яті.

У клініці психічних захворювань розрізняють такі патології пам'яті: *гіпермнезія, гіпомнезія та амнезії* (ретроградна, антероградна, антеро-ретроградна, ретардована, фіксаційна, прогресуюча); *парамнезії* (псевдоремінісценції, конфабуляції, криптомнезії). Гіпермнезія, гіпомнезія та амнезії належать до кількісних, а парамнезії – до якісних розладів пам'яті.

Гіпермнезія проявляється підвищеною здатністю до відтворення інформації з минулого, хоча не втрачена можливість і посиленого запам'ятовування. Спостерігається при маніакальних станах (МДП), шизофренії з афективними коливаннями, гарячці.

Гіпомнезія (ослаблення пам'яті) проявляється утрудненнями під час запам'ятовування чи відтворення матеріалу або може стосуватися обох зазначених процесів. Спостерігається при астеничних і депресивних станах, судинних та органічних захворюваннях головного мозку, на початку старечої недоумкуватості. Такі хворі погано засвоюють нове, події відтворюють неповно, розпливчасто.

Амнезія – це втрата пам'яті на події певного відрізка часу. Вона спостерігається при органічних ураженнях головного мозку, хронічному алкоголізмі, після втрати чи потьмарення свідомості.

- Якщо втрата пам'яті стосується подій, котрі передували розладу притомності, йдеться про **ретроградну амнезію**. Прогалинами в спогадах на період після опритомнення характеризується **антероградна амнезія**. Поєднання обох описаних станів визначають як **антероретроградну амнезію**.

- Якщо порушення пам'яті виникає через певний час після опритомнення, діагностують **ретардовану амнезію**. Під **фіксаційною амнезією** розуміють втрату здатності запам'ятовувати поточні події, дати, імена. Наростаюча втрата здатності запам'ятовувати з поступовим спустошенням запасів пам'яті характеризує **прогресуючу амнезію**. При цьому, відбуваються процеси у порядку, що зворотний до такого під час набування запасів пам'яті - від недавно отриманої інформації до старої (закон зворотного руху пам'яті, або закон Рібо). В останню чергу втрачається давно набутий, добре організований матеріал пам'яті, який стосується автоматизованих навичок. **Анекфорія** - порушення пам'яті (головним чином - відтворення), коли окремі події, образи згадуються під час споминів про них інших людей. **Амнезія системна** - втрата пам'яті, пов'язана з психічною травмою, що стосується не певних відрізків часу, а змісту окремих деталей. Пам'ять про загальну ситуацію збережена.

Амнезії, що стосуються певного відрізка часу, спостерігаються при пароксизмальних та сутінкових розладах свідомості, епілепсії, травмах голови, тяжких мозкових інфекціях, патологічному сп'янінні. Стійке зниження пам'яті характерне

для церебрального атеросклерозу, сифілісу мозку, прогресивного паралічу, тяжких хронічних отруєнь, епілептичного недоумства.

Якісні порушення пам'яті.

Парамнезії – спотворення або обман пам'яті. Серед них виділяють *псевдоремінісценції, конфабуляції та криптомнезії*.

Псевдоремінісценції - найпростіший та найпоширеніший вид парамнезій. Характеризуються помилковим спогадом часу - давно пережита подія згадується як така, що недавно відбулася. Хворий, який тривалий час провів у психіатричному стаціонарі, на запитання, що він робив учора ввечері, розповідає про відвідини кінотеатру, зустріч з колегами або якусь іншу цілком реальну подію з минулого.

При *конфабуляціях* прогалини пам'яті заповнюються фантастичними, вигаданими спогадами. Змістом конфабуляції можуть бути неймовірні події, яких насправді не було і, які не могли бути в житті хворого (зустрічі з видатними людьми, геніальні відкриття, незвичайні пригоди). Такі фантастичні конфабуляції спостерігаються при *прогресуючій амнезії* та певних видах порушення мислення (*парафренна маячня*).

Криптомнезія - це спотворення пам'яті, що проявляється її ослабленням та втратою різниці між подіями, котрі справді спостерігалися в житті хворого, й почутим, побаченим уві сні, прочитаним. В одних випадках почуте, побачене, прочитане згадується як подія з власної біографії (*механізм присвоєння*), у

інших, навпаки, - реальні події з життя хворого пригадуються як почуте, побачене, прочитане, таке, що відбувалося з іншими людьми (*механізм відчуження*).

До порушення пам'яті належить корсаковський амнестичний синдром при хронічному алкоголізмі, описаний уперше в 1887 р. Для нього характерне *поєднання фіксаційної, ретро- і антероградної амнезії, амнестичної дезорієнтації та парамнезій (псевдоремінісценцій, конфабуляцій)*. При корсаковському синдромі часто спостерігається конфабуляторна сплутаність, втомлюваність, млявість, інактивність, інколи ейфорія. Окрім хронічного алкоголізму, корсаковський амнестичний синдром буває й при інших органічних ураженнях головного мозку, інтоксикаціях, пухлинах, прогресивному паралічі.

Патопсихологічний підхід до характеристики порушень мислення.

Мислення - психічний процес, за допомогою якого людина відображає найістотніше, головне в явищах навколишнього світу, усвідомлює їхній взаємозв'язок. Завдяки йому забезпечуються рівень суджень, узагальнення фактів, умовиводів, накопичуються знання, вибудовуються гіпотези, теорії, розв'язуються задачі, які ставить особистість і суспільство. **Мислення** - активна функція інтелекту.

Розрізняють патологію мислення за темпом, зв'язком асоціацій (формою) і змістом.

- Розлади мислення за темпом перебігу асоціацій: прискорене, ментизм, сповільнене, деталізоване (в'язкість), зупинка мислення (шперунг).
- Розлади мислення за зв'язком асоціацій (формою): резонерське, паралогічне, незв'язне (інкогерентне), розірване, символічне, персевераторне тощо.
- Розлади мислення за змістом асоціацій: маячні ідеї (стосунків); фізичного, психічного впливу; отруєння; втрати, шкоди, пограбування; маячноподібні тощо.

Характеристика маячних синдромів. Маячні ідеї - розлад мислення з помилковим, неправильним судженням, що спотворено відображає дійсність. Цілком оволодіває свідомістю хворого і не піддається логічній корекції (переконанню). З точки зору хворого, він мислить правильно, отож не сумнівається. Маячню неможливо виправити ні переконанням, ні за допомогою наочних доведень. Саме цим вона відрізняється від помилкових суджень, вірувань. *Маячні ідеї* можуть з часом втратити свою яскравість, актуальність, але спроба щось довести тільки зміцнює віру хворого в його правоту й дає поштовх до подальшого розвитку недуги. Тут доцільно згадати афоризм: "Сто мудреців не в змозі переконати одного божевільного".

В. Грізингер, А. В. Снєжневський та інші психіатри об'єднували маячні ідеї за змістом у три групи

I. Маячні ідеї переслідування. Хворий вважає, що за ним стежать, переслідують його і його рідних, хочуть убити і т. ін. Серед них виділяють: Маячні ідеї отруєння. Хворий переконаний, що хочуть його смерті, а тому в їжу підсипають отруту, дають токсичні ліки, в квартиру напускають газ тощо. Маячні ідеї ревнощів. Хвора людина вважає, буцімто дружина (чоловік) зраджує, і разом з коханцем (коханкою) хочуть її (його) убити. Причому факти, що їх наводить недужий, аби довести зраду, нереальні, фантастичні, часом безглузді.

1. 1. Маячні ідеї кверулянтські (сутяжницькі). Хворий стверджує, що його обмежують у правах, ображають, а тому в нього виникає непереборна схильність відстоювати свої права, інтереси шляхом численних скарг, позовів, заяв до суду, прокуратури, органів влади.

1. 2. Маячні ідеї еротичного змісту - різновид маячні стосунку, впливу, що іноді поєднується з маячними ідеями переслідування: певна особа протилежної статі кохає хвору (хворого), почуває сильну пристрасть до неї (нього) і тому різними способами намагається привернути до себе увагу, привабити, викликати симпатію.

II. Маячні ідеї величі. Хворий переконаний у своїй винятковості ("здібний, все може, багатий, має високе суспільне становище"). Виникає на тлі піднесеного настрою. Маячня величності проявляється по-різному.

2. 1. Маячні ідеї багатства. Хворі стверджують, що у них заробітна плата обчислюється мільярдами, що вони мають тонни дорогоцінних металів і каменів, велику спадщину тощо.

2. 2. Маячні ідеї високого походження. Пацієнт вірить, що він за походженням із знатного роду, має кровні зв'язки з людьми, які займають провідне становище в політиці, мистецтві, науці тощо.

2. 3. Маячні ідеї винаходу і відкриття - розлад мислення, коли особа безпідставно, часто не маючи спеціальної освіти й досвіду, "винаходить" апарати, двигуни, ліки, "відкриває" закони, застосування яких, на його думку, сприятиме прогресу й ошчасливить людство.

III. Маячні ідеї самоприниження - хворобливий стан мислення, коли хворий вважає себе нездарою, нікчемою, неповноцінною людиною.

3.1. Маячня гріховності. Хворі приписують собі аморальні спонукання, намагання, прагнення, вчинки, вважають себе грішниками, котрі не мають права на життя, бо через них страждають рідні, близькі, весь світ.

3.2. Маячня самозвинувачення. Хворі звинувачують себе у життєвих помилках, аморальних думках і бажаннях, у "скоєнні" аморального вчинку чи злочину, за який мають бути тяжко покарані.

Розлади інтелекту. Порухення інтелектуальної діяльності при психічних захворюваннях досить різноманітні. Стани, за яких спостерігається недостатність інтелекту, називаються

недоумством. Воно може бути набутиим (**деменція**) і природженим (**олігофренія**). **Деменція** – це набуте недоумство, розпад колишнього інтелекту внаслідок психічних захворювань. Вона характеризується стійким зниженням пізнавальної діяльності людини, прогресивним перебігом, порушенням поведінки та збідненням морально-етичного ядра особистості. **Лакунарна деменція** (парціальна, осередкова) виявляється частковими дефектами інтелекту внаслідок зниження пам'яті, обмежуються асоціативні зв'язки, що призводить до недостатної кмітливості. На початку розвитку **лакунарної деменції** особистість хворого та критичне ставлення його до власного психічного стану збережені. **Лакунарна деменція** буває при осередкових захворюваннях головного мозку (судинні захворювання, черепномозкові травми, сифілітичні ураження головного мозку та ін.).

Тотальна деменція (глобальна, паретична, дифузна) виявляється зниженням усіх форм пізнавальної діяльності. Хворий поступово втрачає здатність користуватися операціями мислення, критично оцінювати свій стан, вчинки, відбувається загальне (глобальне) зниження розумової діяльності із розпадом ядра особистості. Розвивається при старечому недоумстві, прогресивному паралічі, хворобах Альцгеймера, Піка та ін.

Олігофренія – вроджене недоумство – є збірною групою різних за етіологією, патогенезом та клінічним проявом непрогресивних патологічних станів. Загальними ознаками **олігофренії** є:

- структура недоумства з тотальністю психічного недорозвитку та переважанню слабкості абстрактного мислення;
- непрогредієнтність інтелектуальної недостатності;
- сповільнений темп психічного розвитку індивіда.

Виділяють *форми олігофренії*: дебільність, імбецильність, ідіотія.

Дебільність (лат. debilis - слабкий, немічний) є легким ступенем психічного недорозвинення, що наближається до середньої норми. Не здатні абстрактно мислити, робити узагальнення, утворювати складні поняття. У них переважає конкретно-описовий тип мислення. Сприйняття неточне, увага нестійка. Програму загальноосвітньої школи засвоїти не можуть, особливо з математики. Значно легше дається навчання в допоміжній спеціальній школі. Із складною роботою вони не справляються, потребують допомоги з боку старших. Легко піддаються навіюванню, потрапляють під чужий вплив. Інтелектуальний коефіцієнт (IQ 70- 50).

Імбецильність (лат. imbecillus - незначний, такий, що потребує опори) - середній-ступінь затримки психічного розвитку. Пізнавальна функція порушена більшою мірою, ніж при дебільності. Набувають навичок із самообслуговування (одягання, елементарна охайність тощо). Розуміють просту мову і самі оволодівають невеликим запасом слів. Засвоюють новий матеріал лише на рівні конкретних уявлень. Чужі мову, міміку, жести хворі розуміють у межах повсякденного життя. Потребують нагляду.

Інтереси досить примітивні й стосуються винятково задоволення фізіологічних потреб. Поведінка їхня залежить від афективного стану й сили потягів. (IQ 49-20).

Ідіотія (грец. ideoteia - невігластво, своєрідність) – найтяжчий ступінь природженого недоумства, що характеризується нездатністю до пізнавальної діяльності. У таких осіб різко обмежене сприйняття, вони не можуть мислити і говорити. Промовляють лише окремі звуки. Не розуміють інших людей, не впізнають навіть близьких родичів, не розрізняють їстівне і неїстівне. Вираз обличчя тупий. Пізно починають ходити, інколи, пересуваються поповзом. Не набувають навичок щодо самообслуговування, неохайні. Інколи спостерігаються афекти гніву (кусаються, плюються). Нерідко у них виявляють природжені фізичні вади. (IQ до 20).

Визначення уваги, її види та властивості.

Увага є формою організації психічних процесів, що проявляється *вибірково (селективно), у певній концентрації та відносній стійкості*. Як організуючий чинник активної поведінки увага дає можливість зосередитися на об'єкті, який, у свою чергу, здатний привернути до себе увагу. Умовні зв'язки, що виникають у разі повторного задоволення потреби, визначають *концентрацію та вибірковість акту уваги*, який первинно, за походженням, є орієнтувальним рефлексом. *Селективність уваги* впливає з утворення в кірковій речовині головного мозку джерела збудження

– домінанти. *Концентрація уваги* пов'язана з посиленням збудження в доміні, яке супроводжується пригніченням інших ділянок кори. Відносна стійкість уваги залежить від здатності доміні зберігати збудження. Традиційно розрізняють пасивну та активну увагу. *Пасивна увага* є, власне, безумовним орієнтувальним рефлексом на подразники, що мають життєве значення. Основна потреба в самозбереженні змушує організм до орієнтації - уваги. *Активна увага* передбачає задум, несе в собі елемент творчості. У цьому разі увага спрямовується на об'єкт шляхом свідомої організації психічної діяльності, котра складається в процесі соціального досвіду з урахуванням інтересів, досвіду, професії. В межах норми увага неоднакова в різних людей. Вона змінюється в одній і тій самій особі залежно від інтересу до об'єкту, настрою, стану свідомості, втому, прийому алкоголю, наркотиків, ліків. Увага – складна функція. В ній розрізняють низку якостей, а саме: *об'єм; розподіл; перемикання; концентрація; стійкість*. Важливою якістю є об'єм уваги – можливість охопити низку об'єктів одночасно. З цією характеристикою пов'язаний *розподіл уваги*, що полягає в здатності одночасно стежити за об'єктами різної природи. Уміння розподілити увагу є індивідуальним, може поліпшуватися шляхом тренування. Велике значення для психічної активності має здатність *перемкнути увагу* з одного об'єкта на інший. У нормі це відбувається цілеспрямовано, зі збереженням *концентрації та стійкості*.

Концентрація та стійкість уваги надають можливості зосередитися на тривалий час у певному напрямку. Недостатня стійкість уваги призводить до *відволікання, неуважності*.

Загальна характеристика розладів уваги.

Патологія уваги зустрічається практично у всіх психопатологічних синдромах і соматичних захворюваннях. До патології уваги відносять наступні порушення.

Розсіяність – порушення здатності зберігати спрямованість уваги, при цьому страждає зосередженість. Увага стає нестійкою та переважно мимовільною.

Відволікання уваги – надмірна рухливість уваги, перемикання її з одного об'єкта на інший. Воно характерне для маніакальної фази маніакально-депресивного психозу. Зворотне явище – ***загальмованість уваги*** – спостерігається в депресивну фазу цього ж самого МДП, при хронічному епідемічному енцефаліті, інших органічних ураженнях головного мозку. *Недостатня здатність до перемикання (загальмованість) уваги пов'язана із в'язкістю мислення та схильністю до деталізації, притаманна хворим на епілепсію, з органічними ураженнями головного мозку.*

Зменшення об'єму уваги та порушення її розподілу спостерігаються при ураженні судин мозку, особливо при церебральному атеросклерозі.

Виснаження уваги проявляється у швидкому прогресуванні послаблення її інтенсивності у процесі роботи при початковій достатньо високій здатності до зосередження. В результаті

продуктивна робота протягом тривалого часу стає неможливою.
Звуження об'єму уваги – патологічне зосередження, зумовлене слабкістю розподілу, при якому змістом свідомості стають найближчі хворому враження та об'єкти, які мають ситуаційне або індивідуально-особистісне значення.

Своєрідне спотворення уваги спостерігається при шизофренії. Хворий зосереджується на патологічних переживаннях (*галюцинації, нав'язливі стани, маячні ідеї*). В окремих випадках шизофренія супроводжується й загальним ослабленням уваги, її відволіканням, загальмованістю.

Апрозексія - повне випадіння уваги. Виражене недоумство супроводжується повною дезінтеграцією активної уваги. Довше зберігається інтактною пасивна увага, коли хворий все ще повертається до джерела інтенсивного світла чи звуку.

Загальна характеристика різних груп розладів свідомості.
Свідомість – функція головного мозку людини, що полягає у відображенні об'єктивних властивостей предметів і явищ навколишнього світу, процесів, що відбуваються у ньому та регулюванні взаємозв'язків людини з природою і соціальною дійсністю.

А.В. Сніжневський розрізняв 4 ознаки ясної свідомості:
адекватне, правильне сприйняття оточуючого світу (не ілюзорне, не маячне і т.д.); правильна орієнтація в просторі, часі і оточуючих особах; послідовність мислення, відсутність явищ

безладності, інкогеренції; збереження пам'яті, а також здатність до адекватного вербального та рефлексивного контакту. Якщо всі ці 4 ознаки мають зміни, то це свідчить про розлад свідомості.

У кожний конкретний момент душевне життя людини може мати різні ступені свідомості від повністю ясного до несвідомого стану. Порушення свідомості може наставати раптово або розвиватись поступово. Поступовому (наприклад, *деліріозному*) передуює стан розгубленості, стрижень цього стану - *гіперметаморфоз* – стан надмірного відволікання, коли кожний новий подразник відразу привертає увагу хворого. Хворий втрачає домінуючу лінію поведінки, відбувається постійне переключення уваги, дії набувають хаотичного характеру. Цей синдром вперше був описаний Верніке. А.В.

Класифікація розладів свідомості.

I. Непсихотичні (непродуктивні) розлади свідомості. Ці розлади ще називають *виключенням свідомості*. Вони характеризуються одночасним порушенням раціонального і чуттєвого пізнання через виключення свідомості *при ураженні стовбурової системи мозку.*

До них належать:

- ***Оглушеність*** – при цьому стані до свідомості доходять тільки сильні (фізичні або психічні) подразники. Сприйняття оточуючого неясне, розмите, спогади різко обмежені або відсутні.

Орієнтування в місці і часі різко порушене або відсутнє, емоції знижені. Рухова активність відсутня або ослаблена. Міміка хворих невиразна. Вони звичайно сидять або лежать в одному положенні. Іноді спостерігаються явища ейфорії.

- **Обнубіляція** – легка короткочасна форма оглушення з моментами просвітлення, коли до хворого на деякий час повертається свідомість, а потім знову ніби закривається хмарою.

- **Сомноленція** - більш глибокій ступінь оглушення, який може перейти в сопор і кому. Сопор – синдром загального порушення свідомості. Хворі нерухомо лежать, іноді спостерігаються безладні рухи. Із зовнішніх подразників сприймаються тільки дуже сильні, наприклад, біль. Знижена рефлекторна діяльність. Можуть спостерігатися патологічні рефлекси, вегетативні порушення. Спогади на період сопору не зберігаються. Кома – повна втрата свідомості, відсутність реакцій на зовнішні та внутрішні подразники, зникнення рефлексів.

II. Психотичні (продуктивні) розлади свідомості. Такі розлади ще називають *потьмаренням свідомості*. Вони характеризуються дезінтеграцією психічної діяльності внаслідок кіркових уражень.

- **Деліріозний синдром** представлений масивною продуктивною психосимптоматикою. Спостерігаються множинні, рухомі, сюжетні галюцинації, переважно зорові, тактильні. Маячні ідеї відношення, переслідування нестійкі, пов'язані з галюцинаціями та ілюзіями *метаморфозії*. Емоційний стан і

поведінка хворого відповідають змісту галюцинацій. Найчастіше **делірійний синдром** зустрічається при хронічному алкоголізмі (алкогольний делірій або біла гарячка).

- **Онейроїд** - проявляється малочисельними галюцинаціями фантастичного надприродного змісту, в яких хворий не бере участі, але відчуває особливу відповідальність за все, що відбувається. Галюцинації змішуються з реальною дійсністю і складають єдине ціле (подвійне орієнтування). Реальність, як правило, знижена у своєму значенні або зовсім не сприймається хворим. Спостерігається *ілюзорно-галюцинаторне* сприйняття оточуючого світу, емоційне напруження (страх, чекання).

- **Аменція** - характеризується грубим порушенням сприйняття та орієнтації, галюцинаціями, переважно слуховими, уривчастими маячними ідеями, фрагментарністю відображення навколишнього, аментивною мовною безладністю, руховим збудженням, почуттям страху, безпорадності та розгубленості. Після аментивного синдрому настає повна амнезія, рідше фрагментарні спогади. Аменція переважно виникає при соматичних захворюваннях з важким перебігом.

- **Сутінковий стан** - синдром потьмарення свідомості з глибоким дезорієнтуванням у оточуючому, галюцинаціями, уривчастими маячними ідеями стосунку, впливу, переслідування, афективними реакціями страху і гніву, руховим збудженням. Сутінки раптово виникають і швидко припиняються, іноді

приводячи хворого до немотивованих вчинків, агресивних дій.
Закінчується цей стан глибоким сном і амнезією.

Сутінковий розлад свідомості має *п'ять диференційних ознак*:

- 1. Короткотривалість** - від декількох хвилин до декількох днів;
- 2. Початок** – виникають раптово, критично;
- 3. Емоційне напруження** - виразний афект гніву, злоби;
- 4. Цілеспрямованість дій** - вчинки послідовні, іноді, навіть неможливо запідозрити порушення свідомості;
- 5. Наявність гострого чуттєвого маячення** або галюцинацій.

Залежно від переважання окремих складових компонентів сутінкової свідомості виділяють галюцинаторний, маячний та дисфоричний варіанти.

1. Маячний (параноїдний). Характеризується впорядкованою, послідовною поведінкою, але визначається чуттєвим маренням і напруженим афектом. Хворі часто можуть бути соціально небезпечними.

2. Галюцинаторний. В клінічній картині переважають галюцинації. Хворі збуджені, агресивні. Часто такий стан є проявом епілептичного еквіваленту.

3. Дисфоричний (орієнтований). Спостерігаються явища часткового орієнтування. Хворий елементарно орієнтується у місці та власній особистості, але при цьому також можливий напружений афект і агресивно руйнівні дії.

В якості різновиду **сутінкових станів** (сутінки із впорядкованою поведінкою) розрізняють наступні:

- *Амбулаторний автоматизм* - знаходячись в сутінковому стані хворі виконують зовнішньо впорядковані дії, переїзять з місця на місце, іноді, досить далеко. При цьому, вони поводять себе адекватно ситуації, при необхідності контактують з оточуючими, але залишають враження дещо розгублених, зосереджених людей. Вчинки, що здійснюються в стані *амбулаторного автоматизму*, як правило, *амнезуються*.

- *Сомнамбулізм* – стан зміненої свідомості, властивий амбулаторному автоматизму, який настає під час сну, коли хворий встає вночі з ліжка, виконує в квартирі або на вулиці ряд складних дій, проявляючи при цьому рухову спритність, в ряді випадків недоступну в нормальному стані, а потім засинає знову і вранці не пам'ятає цих подій.

- *Просонковий стан* – легка форма розладу свідомості, яка нагадує стан, що виникає у людини, коли її раптом розбудити вночі і коли “Я” повернулося, але орієнтування в часі, місці і навколишньому середовищі ще немає. У здорової людини такий стан короткотривалий (секунди, хвилини), а у психічно хворих він зберігається надовго.

- *Транс* – психічний розлад, що характеризується автоматичністю актів поведінки у стані потьмареної свідомості або звуженого поля свідомості.

- *Фуга* – стан звуження поля свідомості. При цьому хворий, не усвідомлюючи навколишнього виконує (переважно збуджено) ряд

дій, наприклад, кружляє на одному місці, кидається бігти, у тролейбусі знімає одяг тощо. Людина діє автоматично, безтямно.

Порушення емоційно-особистісної сфери.

Патопсихологічний аналіз емоційного реагування та настрою.

Емоції - це переживання людиною ставлення до себе та оточення. Широкий діапазон людських переживань охоплює як пов'язані із задоволенням біологічних потягів нижчі емоції, так і вищі, соціальні форми емоційної діяльності - почуття. Нижчі емоції (голоду, сексуального інстинкту, уникнення небезпеки та ін.) виникають за інстинктивних потреб. До вищих емоцій - почуттів належать **естетичні, інтелектуальні, моральні**. За тривалістю та інтенсивністю переживань виокремлюють емоційні стани - **настрій, пристрасть, афект**. Відносно тривале, стійке емоційне тло – позитивне чи негативне – називають настроєм. Сильне й тривале почуття називають пристрастю. Афект – короткочасна, з бурхливим перебігом емоція, яка супроводжується руховими і вегетативними проявами. Розрізняють фізіологічний та патологічний ефекти. *Фізіологічний афект* – емоційний вибух, зумовлений хвилюванням (гнів, відчай, страх тощо). Для здорових людей характерні також емоційні коливання. Це свідчить про здатність реагувати на враження та переживання. Коливання настрою, афект стають патологічними, коли вони виражені такою мірою, що порушують цілеспрямованість психічної діяльності, призводять до втрати працездатності.

Класифікація порушення емоцій. Симптоми емоційних порушень.

1. Патологічне посилення емоцій (манія, депресія). **Манія** (гіпертимія, маніакальний афект) - стійке підвищення настрою з посиленням потягів, активності, прискоренням мови та мислення. Для **маніакального афекту** характерні відчуття веселості, оптимізму, щастя, нестійкість та відволікання уваги, балакучість, загострення пам'яті. Помірно виражена манія називається *гіпоманією*.

Патологічне підвищення настрою може переходити в **ейфорію** - стан безпричинного щастя з відтінком безтурботності, пасивності, блаженства в поєднанні з підвищеним самопочуттям та браком активності. **Ейфорія** найчастіше спостерігається в стані алкогольного та наркотичного сп'яніння, під впливом хронічних інтоксикацій, при органічних психозах. Якщо уражено лобні частки мозку, **ейфорія** поєднується з руховою розгальмованістю, безглуздою поведінкою, придуркуватістю, примітивними, вульгарними жартами, зниженням інтелекту (морія). Підвищений настрій може набувати форми *екстазу-переживання* надзвичайного щастя, без прискореного перебігу психічних процесів та пожвавлення моторики. Такі хворі схильні до патетичних висловлювань. **Екстаз** може досягати найвищого ступеня захоплення й замилювання, які поєднуються зі скованістю рухів, заціпенінням. **Стан екстазу** спостерігається *при епілепсії, шизофренії, істерії.*

Депресія (*гіпотимія, депресивний афект*) – стан, коли хворий перебуває у пригніченому настрої, смутку, який супроводжується зниженням фізичної активності, загальмованістю мислення, з'являються думки про власну неспроможність, передчуття нещастя, дискомфорт з відчуттям тяжкості в грудній клітці, суїцидальні наміри та спроби. Самооцінка вкрай низька, переважно з відчуттям власної нікчемності, гріховності, втратою віри у власні сили. Сповільнення психічних процесів поєднується з ослабленням потягів, втратою апетиту, сну. Такий стан характерний для депресивної фази маніакально-депресивного психозу. За помірного прояву цих відхилень кажуть про *субдепресію*. **Депресивний афект**, іноді, супроводжується руховим збудженням (*ажитована депресія*), млявістю (*адинамічна депресія*), надмірним виснаженням (*астенічна депресія*), роздратуванням та гнівом (*гнівлива депресія*), відчуттям нестерпного болю від втрати почуттів (*анестетична депресія*). В останньому разі хворі надзвичайно тяжко реагують на свій стан, усвідомлюючи власну байдужість до всього. Нерідко вдаються до суїциду. Може спостерігатися втрата почуттів (*психічна анестезія - anaesthesia psychica dolorosa*).

Дистимія – патологічно знижений, пригнічений настрій, який виникає безпричинно. Іноді, саме **дистимія** є основною причиною суїцидальних думок, намірів, спроб.

2. До патологічного ослаблення емоцій належать *емоційне сплющення, емоційна тупість, параліч емоцій, апатія*. Під *емоційним сплющенням* та *емоційною тупістю* розуміють,

незворотну наростаючу недостатність яскравості емоційних проявів, втрату переживань, душевну холодність, байдужість, спустошення в емоційній сфері. Це поступове збіднення тонких емоційних реакцій, пропадання естетичних, моральних, етичних, інтелектуальних почуттів. Хворий втрачає здатність до співчуття, делікатності, проявляє грубу безцеремонність, емоційну холодність, байдужість до долі близьких людей. Таке емоційне порушення типове для шизофренії. Ці стани можуть супроводжуватися розгальмованістю потягів, брутальністю, агресивністю. Спостерігаються при шизофренії (простій формі), органічних ураженнях головного мозку.

Апатія – стан емоційної тупості байдужості, бездумності. Ніщо у хворого не викликає інтересу, емоцій, у тому числі й особиста життєва перспектива. *Апатія* буває наслідком тяжкої патології - шизофренії, пухлин мозку, атрофічних процесів у головному мозку, хвороб Піка, Альцгеймера.

Психотравмівні події надзвичайної сили (звістка про смерть близької людини, стихійне лихо із загибеллю людей, землетрус) можуть **спричинити параліч емоцій** – раптову втрату почуттів. Клінічна картина такого стану також полягає у повному зникненні інтересів, загальмуванні моторики, бездіяльності, бездумності, але, на відміну від апатії, параліч емоцій – короточасний і оборотний, процес.

3. Порушення рухливості емоцій може проявлятися у формі їхньої **надмірної лабільності, інертності.** Для **емоційної**

лабільності характерні легкий, швидкий перехід від підвищеного настрою до зниженого і навпаки без явної причини. У дитинстві емоційна лабільність є фізіологічною нормою.

Як патологія вона найчастіше спостерігається в дорослих істеричних осіб, а також після травм мозку. З будь-якого приводу може з'явитися бурхлива, афективна реакція з вегетативними розладами, руховим збудженням. Усвідомлюючи її неприродність, хворі досить швидко заспокоюються, визнають, що не змогли стриматися.

Емоційна лабільність, емоційна слабкість, слабкодухість – виражена нестійкість настрою: з найменшого приводу людина легко переходить від плачу до сміху і навпаки – від замилювання до гніву. Сльози чи сміх може зумовити якийсь спогад, перегляд мелодрами чи військових фільмів. **Слабкодухість** характерна для хворих із ураженням судин головного мозку, особливо атеросклеротичним.

Інертність емоцій - тривале зосередження на неприємних емоціях, відчутті провини, образі, злості. Зустрічається при епілепсії, психопатіях (розладах особистості).

Емоційна неадекватність (паратимія) – невідповідність характеру емоцій причині, яка їх зумовлює. Прикладом емоційної неадекватності може бути веселий настрій хворого при звістці про смерть близької людини. Той самий хворий виявив бурхливий гнів, коли йому поміняли старі тапочки на нові. Паратимія характерна для шизофренії.

При **амбівалентності емоцій** хворий одночасно переймається двома протилежними почуттями. Наприклад, любові й ненависті, жалю та жорстокості.

4. До порушень **адекватності емоцій** належить дисфорії – це немотивований сумно-злобний настрій з активним незадоволенням навколишніми або собою і вираженою екстрапунітивною поведінкою. Характерна висока дратівливість і афект злості, які спричинюють раптові безпричинні спалахи руйнівних реакцій та агресії до навколишніх. Хворий стає пригніченим, злостивим, похмурым. Надто чутливим до зовнішніх подразників, напруженим, гнівливим.

Патологічний афект має характер окресленого в часі нападу. Це короткочасне порушення психічної діяльності у вигляді бурхливої емоційної реакції з *затьмаренням свідомості*. **Патологічний афект** виникає при епілепсії, травматичному ураженні головного мозку, психопатії, під впливом різноманітних несприятливих чинників (*алкогольне сп'яніння, психічна травма, перевтома*). Подразник незначної сили спричинює таку емоційну реакцію, що хворий стає здатним до руйнівних та агресивних дій. **Патологічний афект** виникає раптово, триває від кількох секунд до кількох хвилин (рідше годин) і закінчується глибоким сном з подальшою *повною або частковою амнезією*.

У літературі, присвяченій проблемам психіатрії, часто йдеться про **симптоми тривоги і страху**. **Страх** виражається у відчутті напруження з очікуванням небезпеки чи нещастя. Супроводжується

прагненням уникнути небезпеки, втекти. Хворий сконцентрований на загрозі та небезпеці, які свідомо розпізнаються. При тривозі відчуття небезпеки не має конкретного змісту. Це смуток, спрямований в майбутнє, хвилювання, неспокій, зумовлений безпричинними очікуваннями сильних неприємностей, катастрофи, яка відбудеться із самим хворим чи його близькими.

Тривога може бути ситуативно зумовленою, пов'язаною з конкретною, часто перебільшеною життєвою ситуацією і дифузною, не пов'язаною з якимись конкретними фактами чи подіями. **Тривога** переважно супроводжується вираженими вегетативними реакціями, руховим збудженням, часто пов'язана з депресією і виступає в єдиному тривожно-депресивному синдромі при багатьох психічних та соматичних розладах, особливо в інволюційному періоді.

Порушення волі, потягів, інстинктів. Воля – це усвідомлена цілеспрямована психічна активність людини спрямована на виконання або затримку дії. *Вольові дії* скеровані до свідомо визначеної мети, що супроводжується зосередженням на ній уваги. *Автоматизовані дії* також спрямовані до свідомо поставленої мети, але, на відміну від вольових, не вимагають зосередження на них уваги. *Інстинктивні дії* також цільові, однак не супроводжуються свідомим спрямуванням їх до певної мети, а зумовлені фізіологічними потребами. **Потяг** – це недостатньо усвідомлений внутрішній прояв потреби, що проявляється імпульсивним емоційним напруженням, що спонукає до дії, визначає поведінку

людини до задоволення потреби. Те, що змушує людину до дії з метою задоволення її потреб, називається мотивацією. **Потреби** є внутрішнім, а мета зовнішнім проявом мотивації.

Гіпербулія – загострення, посилення волі – полягає в підвищеній діяльності, руховому неспокої, прискоренні та посиленні мовної продукції. Такі хворі хапаються за безліч справ, але жодної не доводять до кінця. Спостерігається при *маніакальних станах*, у осіб з *психопатичними рисами особистості*. Осередково-ситуативне підвищення волі притаманне наркоманам, коли їм треба добути наркотичні речовини.

Гіпобулія – послаблення волі – проявляється зниженням вольової активності, спонукань, потягів і бажань. Моторика, міміка, пантоміміка, жестикуляція збіднені. Пацієнти не стежать за зовнішнім виглядом, одягом, схильні до самотності. Характерна для астеничних та депресивних станів, шизофренії, енцефаліту.

Абулія – повна втрата вольової активності, прагнень, спонукань до діяльності. Через втрату вольової діяльності інколи розгальмовуються автоматизовані та інстинктивні дії. Може досягти ступеня, коли у хворих залишаються лише дії, що вкрай потрібні для підтримки життєдіяльності.

Спостерігається загальмованість мімічних та пантомімічних рухів, мови. Означена патологія завжди поєднується зі зниженням або втратою почуттів, внаслідок чого формується апато-абулічний синдром. ***Абулія*** є типовим симптомом *шизофренії*, а також виникає як наслідок інших психічних недуг.

Парабулія – це спотворення вольової активності людини, коли змінюються не тільки вольові дії, але й автоматизовані та інстинктивні. Розлади *потягів* виявляються непереборним прагненням, що оволодіває хворим усупереч здоровому глузду, почуттям та волі, *виконати безглузді дії*. До них належать: *дромоманія* – *непереборний потяг, без будь-якої мотивації до бродяжництва*; *піроманія* – *пристрасть до підпалювання без будь-яких мотивів*; *клептоманія* – *бажання красти зовсім непотрібні речі без будь-якої мотивації, стимулів і зацікавлення*; *міфоманія* – *потяг до обману, брехні, вигадок, фантазій (без розладу пам'яті)*; *арифмоманія* – *непереборне, нав'язливе бажання рахувати будь-які предмети*; *дипсоманія* – *раптовий, непереборний потяг до алкоголю, періодичні запої*; *копролалія* – *непереборний потяг говорити непристойності, цинічно лаятися*.

Імпульсивні розлади потягів спостерігаються у психопатичних особистостей при неврозі, на початку розвитку шизофренії. Хворобливі розлади харчового інстинкту проявляються його посиленням – *поліфагія, булімія* (надмірне поїдання їжі). Спостерігаються вони при невротичних станах, шизофренії, органічних ураженнях головного мозку.

Для ослаблення харчового потягу (*анорексії*) характерна відмова від їжі. Іноколи поліфагію змінює анорексія, що спостерігається при нервовій анорексії. Ослаблення харчового інстинкту супроводжує депресивні й астеничні стани, шизофренію, тривалі соматичні захворювання.

Спотворення харчового інстинкту називається **копрофагією**. Хворі їдять неїстівне (кал, землю, п'ють сечу тощо). Це патологічне явище буває при розумовій відсталості, деменції, органічних ураженнях головного мозку.

Розлади інстинкту самозбереження проявляються його посиленням, ослабленням і спотворенням. Посилення цього інстинкту виражається агресивними або панічними реакціями, немотивованими скаргами, суїцидальними намірами, тенденціями та вчинками. Спотворення інстинкту самозбереження проявляється психомоторним збудженням з нанесенням самопошкоджень. Ці розлади бувають в осіб з психопатичною структурою особистості, у хворих на шизофренію.

Розлади статевого інстинкту виявляються **гіперсексуальністю** (у чоловіків сатиріаз, у жінок - німфоманія), **гіпосексуальністю**, або ж ослабленням лібідо, та **статевими збоченнями** (статеві перверзії, парафілія). **Гіперсексуальність** спостерігається при маніакальних станах, органічних ураженнях головного прогресивному паралічі, старечому недоумстві, епідемічному енцефаліті, олігофренії. **Гіпосексуальність** супроводжує депресивні й астеничні стани, неврози, шизофренію.