

**МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ**

**Харківський національний університет внутрішніх справ**

**Кафедра кримінального процесу, криміналістики та експертології  
Факультет № 6**

**ТЕКСТ ЛЕКЦІЇ**

з навчальної дисципліни «Судова медицина та психіатрія»  
вибіркових компонент освітньої програми першого (бакалаврського) рівня  
вищої освіти  
Спеціальність: 081 «Право»

**за темою – ЗАГАЛЬНІ ПОНЯТТЯ ПРО СИМПТОМИ І СИНДРОМИ  
ПСИХІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ В СУЧАСНІЙ ПСИХІАТРІЇ**

Харків 2023

**ЗАТВЕРДЖЕНО**

Науково-методичною радою  
Харківського національного  
університету внутрішніх справ  
Протокол від 30.08.2023 р. № 7

**СХВАЛЕНО**

Вченою радою факультету № 6  
Протокол від 25.08.2023 р. № 7

**ПОГОДЖЕНО**

Секцією науково-методичної ради  
ХНУВС з юридичних дисциплін  
Протокол від 29.08.2023 р. № 7

Розглянуто на засіданні кафедри кримінального процесу, криміналістики та експертології факультету № 6. Протокол від 21.08.2023 року № 7

**Розробник:**

Доцент кафедри кримінального процесу, криміналістики та експертології факультету № 6, кандидат психологічних наук, доцент Лозова С.М.

**Рецензенти:**

Голова Київського районного суду м. Харкова, доктор юридичних наук, доцент Шаренко С.Л.

Професор кафедри криміналістики, судової експертології та домедичної підготовки факультету № 1 Харківського національного університету внутрішніх справ, доктор юридичних наук, професор Степанюк Р.Л.

## План лекції

1. Поняття про симптоми та синдроми психічних розладів.
2. Розлади сприйняття: види та ознаки.
3. Розлади пам'яті: види та ознаки.
4. Розлади мислення: види та ознаки.
5. Розлади емоцій: види та ознаки.
6. Розлади рухової діяльності: види та ознаки.
7. Розлади волі: види та ознаки.
8. Розлади свідомості: види та ознаки.

## Література:

1. Білецький Є.М. Судова медицина та судова психіатрія: Навч. посібник. - Х.: Одиссей, 2008. - 200 с. URL: [https://library.nlu.edu.ua/POLN\\_TEXT/KNIGI-2011/SUD\\_MED\\_2003.pdf](https://library.nlu.edu.ua/POLN_TEXT/KNIGI-2011/SUD_MED_2003.pdf)
2. Жабокрицький С.В. Судова психіатрія: Навч. посібник. - К.: МАУП, 2004. - 173 с. URL: <https://scicenter.online/kniga-ukraine-sudoproizvodstvo-scicenter/sudova-psihiatriya-navch-posib-jabokritskiy.html>
3. Левенець І. В. Судова психіатрія: Навчальний посібник. – Тернопіль: Економічна думка, 2005. – 275 с. URL: [http://library.wunu.edu.ua/files/EVD/np\\_sud\\_psyhiatria\\_ui.pdf](http://library.wunu.edu.ua/files/EVD/np_sud_psyhiatria_ui.pdf)
4. Лозова С. М. Особливості розслідування суспільно небезпечних діянь, учинених особами з психічними захворюваннями або тимчасовими розладами психіки // [Теорія та практика судової експертизи і криміналістики](#). - 2014. - Вип. 14. - С. 106-112 URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Tpsek\\_2014\\_14\\_18](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Tpsek_2014_14_18)
5. Лозова С.М. Особливості вивчення особистості злочинця з психічними аномаліями в процесі розслідуванні зґвалтування // Вісник Харківського національного університету внутрішніх справ, № 3 (70), 2015, с. 68-74 URL: <http://dspace.univd.edu.ua/xmlui/handle/123456789/390>
6. Судова медицина та психіатрія: навч. посібник / [Кікінчук В.В., Лозова С.М., Гусева В.О. та ін.]; МВС України, Харків. нац. ун-т внутр. справ. – Харків, 2019. – 184 с. URL: <http://dspace.univd.edu.ua/xmlui/handle/123456789/6323>
7. Тагаєв М.М. Судова медицина: підручник ВНЗ МВС України. Харків: «Факт», 2003. 1253 с. URL: [https://kingmed.info/knigi/Sudebnaya\\_meditcina/book\\_3168/Sudebnaya\\_meditcina-Tagaev\\_NN-2003-pdf](https://kingmed.info/knigi/Sudebnaya_meditcina/book_3168/Sudebnaya_meditcina-Tagaev_NN-2003-pdf)
8. Цільмак О.М. Судово-психіатрична експертиза: навчальний посібник. [ Текст ] / О.М. Цільмак. – Одеса : 2014. – 104 с. – з іл. URL: <http://dspace.onua.edu.ua/bitstream/handle/11300/12969/Tsilmak%20SPE.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

9. Щербаковський М. Г. Судова експертологія: Навчальний посібник. – Х.: Вид-во Харк. нац. ун-ту внутр. справ, 2008. – 192 с. URL: <https://studfile.net/preview/7249841/>

10. Щербаковський М. Г. Проведення та використання судових експертиз у кримінальному провадженні : монографія. Харків : В деле, 2015. 560 с. URL:[http://dspace.univd.edu.ua/xmlui/bitstream/handle/123456789/6020/Provedenni  
a%20ta%20vykorystannia%20sudovykh%20ekspertyz%20u%20kryminalnomu%20p  
rovadzhenni\\_monohrafiia\\_M%20H%20Shcherbakovskyi\\_2015.pdf?sequence=1](http://dspace.univd.edu.ua/xmlui/bitstream/handle/123456789/6020/Provedenni%20ta%20vykorystannia%20sudovykh%20ekspertyz%20u%20kryminalnomu%20p%20rovadzhenni_monohrafiia_M%20H%20Shcherbakovskyi_2015.pdf?sequence=1)

## Текст лекції

### 1. Поняття про симптоми та синдроми психічних розладів.

Психічні хвороби виявляються, перш за все, в порушенні процесів сприйняття, пам'яті, мислення, інтелекту, емоцій, волі, потягів. Тому при описуванні і класифікації ознак (симптомів) психічних хвороб виходять з особливостей названих змін.

**Симптоми** – це окремі ознаки психічних захворювань.

**Синдроми** – це певні поєднання симптомів, що мають закономірні внутрішні зв'язки.

З виявлення симптомів і синдромів починається обстеження хворих із психічними розладами. Симптоми або синдроми, взяті ізольовано один від одного, не мають певної специфічності (тобто не визначають конкретну психічну хворобу), оскільки практично одні й ті ж самі клінічні прояви можуть зустрічатися при різних психічних захворюваннях або розладах. Симптом набирає відповідного значення тільки тоді, якщо розглядається у рамках синдрому. Синдром має діагностичну цінність лише тоді, коли вивчається в динаміці захворювання, у співвідношенні з таким важливим критерієм, як особливості змін особи, що виникають під час перебігу психічної хвороби.

### 2. Розлади сприйняття: види та ознаки

**Сприйняття** – відображення предметів і явищ, оточуючої нас дійсності, що безпосередньо впливають на органи чуттів.

Найпоширеніші розлади сприйняття:

**1) галюцинації** – сприйняття, що виникає без наявності реального об'єкта і супроводжується переконаністю в тому, що даний об'єкт і в даному місці дійсно існує; це найбільш яскраві порушення процесу сприйняття, які істотно змінюють поведінку людини і можуть бути хворобливими спонуканнями до дій.

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

За видами аналізаторів галюцинації поділяються на:

– **зорові (оптичні)** – сприйняття неіснуючих зорових образів: *аделоморфні* (нечіткі розмиті зорові образи); *мікро- та макроскопічні* (зменшені чи збільшені); *поліоптичні* (чисельні однакові зорові образи); *аутоскопичні* (хворий бачить поряд із собою власного двійника); *негативні аутоскопичні* (хворий не бачить себе у дзеркалі); *геміаноскопічні* (виникають в одній половині поля зору);

– **слухові (вербальні)** – сприйняття акустичних образів, голосів, яких насправді не існує. Голоси можуть бути: *коментуючими* (коментують вчинки

хворого); *імперативними* (наказовими, що особливо небезпечно); *контрастуючими* (діалог голосів, які ведуть суперечку. Зазвичай, частина голосів при цьому засуджує хворого, а частина виправдовує); *нейтральними* (їх зміст не стосується особи хворого);

– *тактильні* – відчуття повзання по шкірі або під шкірою якихось істот;

– *нюхові* – сприйняття уявних запахів різної інтенсивності і відтінків.

Переважно, вони мають неприємний відразливий характер – трупний запах, гниття, запах сірководню;

– *смакові* – їжа набуває невластивих їй смакових властивостей. Як і при нюхових галюцинаціях, йдеться про відразливі відчуття, які викликають відмову від вживання їжі;

– *вісцеральні* – хворий стверджує, що всередині його тіла, частіше за все в животі, знаходяться живі істоти – жаби, змії. Вони можуть «пересуватись, повзати» тощо, викликаючи вкрай неприємні відчуття;

– *комбіновані (складні)* – одночасне існування різних видів галюцинацій. Наприклад, хворий бачить змію, чує її шипіння і відчуває її холодний дотик.

За реальністю проекції галюцинаторного образу галюцинації бувають:

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

– *псевдогалюцинації* – помилкові образи без проекції зовні. Наприклад, голос, що чується в голові «внутрішнім вухом», образ, що бачиться «внутрішнім оком».

Також за періодом виникнення виокремлюють:

– *гіпнагогічні галюцинації* – видіння чи слухові обмани, які виникають при закритих очах перед засинанням чи у дрімотному стані;

– *гіпнопомпичні галюцинації* – видіння чи різні слухові обмани, що виникають під час пробудження;

2) **ілюзія** – хибне сприйняття реально існуючого об'єкта. За органами чуттів розрізняють: зорові, слухові, нюхові, тактильні та смакові ілюзії, а також ілюзії загального відчуття (становища у просторі). Ілюзія може виникати і у психічно здорової людини в стані тривожного очікування, страху тощо. Наприклад, краплі дощу сприймаються як шепіт, окремі різкі звуки – як постріли, одяг, що висить на вішалці, – як людська фігура;

3) **дереалізація** – відчуження світосприйняття з утратою орієнтації у часі та просторі. Такі хворі скаржаться на те, що світ змінився, все навколишнє сприймають чужим, мертвим, тьманим, застиглим, нереальним. Мають багато спільного з дереалізацією симптоми, що виникають при поєднанні розладів сприйняття і пам'яті: *deja-vu* – «раніше бачене»; *jamaïs vu* – «ніколи не бачене»; *deja entendu* – «раніше почуте».

### 3. Розлади пам'яті

**Пам'ять** – психічний процес, що полягає у фіксації, збереженні і

відтворенні минулих вражень, досвіду та іншої інформації.

Виділяють наступні розлади пам'яті:

1) **амнезія** – розлад пам'яті у вигляді порушення здатності запам'ятовувати, зберігати і відтворювати інформацію. Види амнезії:

– *ретроградна* – порушення пам'яті, при якому неможливо відтворити інформацію про події, що сталися до початку захворювання.

– *антероградна* – труднощі відтворення стосуються часу після виникнення хвороби;

– *антероретроградна* – амнезія, що поєднує антероградну і ретроградну, тобто випадіння з пам'яті подій, що передували захворюванню, а також тих, що мали місце після його початку;

2) **часткове порушення пам'яті** (порушення пам'яті часткового характеру):

– *гіпомнезія* – зниження пам'яті. Зустрічається при психозах старечого віку, церебральному атеросклерозі, при прогресуючих органічних захворюваннях (енцефаліти, травматична хвороба, алкогольні енцефалопатії). Легка гіпомнезія – при неврозах, депресивній формі афективних психозів, виснаженні, втомі.

– *гіпермнезія* – підвищення пам'яті. Зустрічається при афективних психозах, іноді при олігофренії, епілепсії. Маніакальні хворі швидко запам'ятовують, утримують та відтворюють дати і події власного життя;

3) **парамнезія** – хворобливий психічний стан, який проявляється розладом пам'яті, що виникає внаслідок амнезії, коли прогалини в пам'яті заповнюються несправжніми спогадами.

**Розрізняють наступні види парамнезії:**

– *конфабуляція* – обман пам'яті, при якому нездатність закарбовувати події і відтворювати їх призводить до відтворення видуманих подій (зустрічається при старечих психозах);

– *псевдоремінісценція* – порушення хронології в пам'яті, при якому окремі події минулого переносяться в теперішнє;

– *криптомнезія* – розлади пам'яті, при яких прочитане, почуте, побачене уві сні здається пережитим насправді, а факти, думки, запозичені в інших або вчитані з книжки, вважаються власними.

#### 4. **Розлади мислення**

**Мислення** – вища форма відображення і пізнання об'єктивної реальності людиною, встановлення внутрішніх зв'язків між предметами і явищами навколишнього світу. Розлади мислення (асоціативного процесу) можуть мати місце при будь-яких психічних хворобах.

Розлади мислення поділяються на три групи:

1. *Розлади перебігу думок* – прискорення, загальмованість, ґрунтовність. *Прискорене мислення* характеризується тим, що думки швидко змінюють одна одну, асоціації виникають надзвичайно легко, часто за співзвучністю, подібністю, суміжністю. Думки і судження стають все більш поверховими, зумовленими випадковими враженнями. Знижується

продуктивність мислення і здатність до прогнозу своїх дій. З'являються образні уявлення, що переважають над абстрактними ідеями. Найсильнішим виявом прискорення мислення є *ментизм* – мимовільний, безперервний потік спогадів, думок, стрибки ідей. Наплив може виражатися в паралельності двох і більше суджень, в результаті чого виникає плутанина і «засмічення» думок. Ментизм, як процес, несподівано виникає і також різко обривається. *Загальмованість процесу мислення* – уповільнення виникнення асоціацій і зменшення їх кількості. Наприклад, коли думки і уявлення створюються важко, їх мало, зміст одноманітний. Хворі на загальмованість процесу мислення скаржаться на втрату здатності мислити, послаблення розумових здібностей, інтелектуальну неспроможність. *Шперунг (закупорка мислення)* – раптова зупинка, розрив думки, її блокування. Хворий замовкає, втрачає думку, а, намагаючись змінити тему розмови, знову її втрачає через «закупорку». *Докладність, ґрунтовність мислення* – загальмованість створення нових асоціацій через існування попередніх. При цьому людина втрачає здатність розрізняти основне і другорядне, суттєве і несуттєве, що призводить до зниження продуктивності мислення. Наприклад, при викладанні будь-яких думок додає непотрібні деталі, старанно описує дрібниці, що не мають жодного значення.

2. *Порушення відчуття володіння своїми думками* – розірваність, паралогічність, резонерство, персерверація. *Розірваність, безладність мислення* – втрата здатності до створення асоціативних зв'язків, аналізу, синтезу, узагальнення. Наприклад, коли мова складається з набору окремих слів, які вимовляються хаотично і граматично не пов'язані. *Паралогічне мислення* – поєднання непорівнянних обставин, явищ, положень, протилежних ідей, образів з довільною заміною одних понять іншими, втратою логічних зв'язків. *Резонерство (безплідне мудрування)* – цей вид порушень мислення проявляється в схильності до порожніх міркувань на банальні, повчальні теми, нерідко з великою домішкою демагогічних висловлювань. Мова сповнена словесних штампів, повторень, численних відступів і уточнень. Висловлювання пишномовні, багатозначні. Такі міркування в народі називають «переливанням з пустого в порожнє», вони непродуктивні і, по суті, беззмістовні. *Персеверація мислення* – тривале домінування однієї думки, одних і тих же слів при відповіді на питання різного змісту, що виявляється на тлі утрудненого розумового процесу.

3. *Специфічні види патологічного мислення – маячення та обсесії.*

*Нав'язливі явища (обсесії)* полягають у тому, що у хворих примусово, нездоланно виникають думки, уявлення, спогади, сумніви, страхи, бажання, дії, рухи при усвідомленні їх хворобливості та критичному до них ставленні. Легкою мірою це явище відоме всім, коли цілий день у людини безперервно повторюється якийсь мотив або рядок з вірша. Такі явища зазвичай дратують, але незабаром проходять. Вони з'являються в стані стомлення, іноді після хвороби. При психічних розладах нав'язливі ідеї відрізняються стійкістю, тривалістю існування і впливають на психічну працездатність хворого. Вони поділяються на *манії і фобії*, останні зустрічаються значно частіше. Зустрічаються нав'язливі поєднання, при яких хворий відчуває болісні



побоювання в правильності своїх повсякденних дій: чи вимкнув газ; замкнув двері, йдучи з дому; чи поклав лист у відправлений конверт тощо. Ці сумніви змушують людину по декілька разів перевіряти свої вчинки, викликають постійну тривогу. Буває нав'язлива лічба, коли хворий мимоволі прагне підраховувати зовсім непотрібні речі: поверхи або вікна будинків, повз яких йде; підсумовує номери зустрічних автомашин. При нав'язливих спогадах спливають в пам'яті частіше неприємні епізоди власного життя. Особливо тяжкі для хворих нав'язливі страхи (фобії), яких налічується велика кількість. Можна згадати наступні: агорафобія – страх відкритих просторів; клаустрофобія – страх закритих просторів; акрофобія – страх висоти, аерофобія – страх перед польотами, аквафобія – страх води, нозофобія – страх хвороби, танатофобія – страх смерті.

*Маячення* – некориговане встановлення зв'язків і відношень між явищами, подіями, людьми без реального підґрунтя. Ідея вважається маячною, коли вона не відповідає дійсності, викривлено відображає реальність, повністю охоплює свідомість, попри наявні суперечності стає недоступною для виправлення. Найчастіше виникають *маячні ідеї переслідування* (фізичного впливу), *отруєння* (непохитна впевненість хворого в тому, що його хочуть отруїти, і з метою його знищення таємно використовуються різні отруйні речовини, які додаються в харчі, страви або розпилюються в приміщенні, де він знаходиться, тощо), *відношення* (впевненість особи в тому, що її думки, почуття і вчинки перебувають під впливом якоїсь зовнішньої сили, яка, здебільшого, має негативний вплив), *іпохондричні* (впевненість у наявності невиліковної хвороби) тощо.

## 5. Розлади емоцій.

**Емоції** (від лат. *emovere* – збуджувати, хвилювати) – переживання нашого ставлення до зовнішнього середовища і до самого себе.

Залежно від інтенсивності емоцій виділяють:

– **настрій** – відносно стійкий емоційний стан. Настрій може коливатись у бік підвищення чи зниження. Відповідно до цього визначають і *розлади настрою*:

1) **ейфорія** – підвищений настрій з відтінком благодущності, задоволення, радощів, що не відповідає ситуації і обставинам особистого життя хворого;

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

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

4) **емоційна лабільність** – коливання настрою, легкі переходи від благодущності до гнівливого чи пригніченого стану;

– **афект** – інтенсивний, короткочасний емоційний стан. Для нього характерні швидкий, бурхливий початок, виразні вегетативні симптоми; супроводжується істотними змінами в поведінці; може призводити до дезорганізації поведінки і немотивованих учинків. Афекти властиві усім

людям. За певних умов (сумна звістка, нещастя, радісна подія) вважаються нормальними емоційними реакціями. До розладів афектів відносять:

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

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

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

Види фобій:

– **агорафобія** – страх відкритих просторів (наприклад, страх переходу вулиць, якими рухається потік машин чи натовп людей; людину лякає не сам відкритий простір, а те, що вона може втратити свідомість, знепритомніти і бути затоптаною людьми чи збитою машиною у несвідомому стані);

– **клаустрофобія** – страх закритих приміщень (що перебування, наприклад, у ліфті стане перешкодою для надання людині допомоги у випадку, скажімо, непритомності);

– **соціофобія** – страхи, при яких людина побоюється засудження з боку оточуючих за якісь дії: почервоніти при людях, не втримати газу, розсміятись у незручний для цього час тощо;

– **нозофобія** – страхи захворіти на якісь недуги тощо;

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

**Інші розлади емоцій:**

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

– **неадекватність емоцій** – парадоксальність емоційних реакцій: при сумних подіях спостерігається радісний настрій, а при радісних – тужливий. Такі розлади бувають у хворих на шизофренію. Існує ще паратимія –

неадекватний афект, що кількісно і якісно не відповідає причині, яка його викликала;

– **анатія** – хвороблива байдужість, відсутність емоцій. При цьому емоційні реакції або не виникають, або слабо виражені. Поєднується зі звичайною втратою активності, ініціативи, повною бездіяльністю;

– **туга** – почуття напруження, що межує з болем, який хворі локалізують у ділянці серця (рухова загальмованість).

– **відчуття втрати почуттів** – переживання незворотної втрати можливості почувати;

– **амбівалентність** – одночасне співіснування протилежних почуттів;

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

– **ангедонія** – втрата людиною почуття радості, задоволення.

### ***Синдроми розладу емоцій, афективні синдроми:***

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

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

## **6. Розлади рухової діяльності.**

**Психомоторні (рухові) розлади** – це порушення складної рухової поведінки, яка може виникнути при різних нервових і психічних захворюваннях.

*Рухові розлади, викликані психічними захворюваннями, поділяються на:*

– **гіпокінезію** (при таких розладах спостерігається зменшення рухового обсягу);

– **гіперкінезію** (при таких розладах спостерігається збільшення рухового обсягу).

**Гіпокінезія.** Найчастіше зустрічається загальмованість або повна знерухомленість – ступор (заціпеніння). При загальмованості хворі повільно пересуваються, рухи рук і ніг нескординовані. Мова монотонна, без емоційного забарвлення, повільна, погляд спрямований у нікуди. У важких випадках розвивається **кататонічний ступор (кататонія)** – повна знерухомленість, різко підвищений тонус мускулатури, особливо на обличчі, плечах і передпліччях, кистях і стопах. Такий стан може ускладнюватися: **негативізмом** – невмотивованою протидією хворого виконувати рухи, що здійснюються за допомогою іншої особи; **каталепсією (восковою гнучкістю)** – тривале збереження положення тіла, рук, ніг у позах, навіть незручних для хворого; **емоційними розладами** – страх, жах; **галюцинаціями і маренням**. Часто спостерігається **мутизм** – німота, втрата мови при збереженні функцій мовного апарату, тобто втрачається психічна складова мови. Може спостерігатися

*симптом «повітряної подушки»*, тобто хворий у положенні на спині не торкається потилицею до подушки, голова висить у повітрі, і *поза ембріона* – тулуб хворого напівзігнутий, ноги зігнуті в колінах і підібрані до живота, руки зігнуті в ліктях і приведені до тулуба, голова до грудей.

Також виділяються такі види ступору:

– *депресивний ступор*, або меланхолійне заціпеніння – характеризується нерухомістю, пригніченим настроєм. Але при цьому зберігається здатність реагувати на зовнішні подразники;

– *галюцинаторний ступор* – з'являється при галюцинаціях унаслідок отруєнь, органічного психозу, шизофренії. У цьому випадку загальна нерухомість доповнюється мімічними рухами – відповіддю тіла на утримання ілюзій;

– *астенічний ступор* – полягає в байдужому ставленні до чого б то не було, небажання спілкуватись, відповідати на питання;

– *істеричний ступор* – трапляється у хворих з істеричним типом характеру. Таким людям необхідно привертати до себе увагу, висловлювати свої емоції на публіку. В стані ж істеричного ступору така людина тривалий час залишається без руху, не відповідає на звернення;

– *психогенний ступор* – з'являється як реакція індивіда на серйозну психічну травму, зазвичай супроводжується частим серцебиттям, підвищенням потовиділення і коливаннями артеріального тиску та іншими порушеннями з боку вегетативної нервової системи.

**Гіперкінезія.** Протилежний розлад рухової сфери називається *кататонічним збудженням*, яке виявляється у вигляді стереотипних рухів. Одночасно в мовленні хворого переважає одноманітне повторення слів, словосполучень. До цієї групи розладів належать гримасування, химерність рухів, дисоціація міміки – поєднання протилежних мімічних рухів. Кататонічне збудження розвивається імпульсивно. Хворі раптово зриваються, біжать, можуть нападати на оточуючих, виявляти невмотивовану лютю.

Увагу оточуючих приваблюють і інші ознаки:

– *ехолалія* – мимовільне повторення почутих фраз;

– *ехопраксія* – повторення побачених у оточуючих рухів;

– *ехомімія* – повторення виразу обличчя співрозмовника.

Цікавим є *маніакальне збудження* – надмірне прагнення до невмотивованої діяльності, яка характеризується незакінченістю і несподіваним переходом до реалізації іншої мети. Цей розлад нерідко поєднується з підвищеним афектом, прискореним мисленням.

Також спостерігаються:

– *істеричне збудження* – як правило, це реакція на те, що відбувається навколо, тому це порушення є дуже демонстративним. Коли хворий розуміє, що увагу спрямовано на нього, воно помітно посилюється;

– *гебефренічне збудження* – виглядає як безглузда, радісна, алогічна поведінка, що супроводжується перебільшеною мімікою (типове для хворих на шизофренію);

– *галюцинаторне збудження* – це активна реакція хворого на зміст його

галюцинацій.

## 7. Розлади волі

**Воля** – здатність свідомо і цілеспрямовано контролювати свою діяльність і направляти її. Воля виявляється в діяльності людини. Цілеспрямована діяльність людини є свідомою і включає уявлення про кінцеві або передбачувані результати праці.

Вольовий процес можна описати у вигляді трьох етапів:

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

**Розлади волі:**

1) **незрілості і недорозвинення волі** – некерованість вольовою поведінкою (синдром дефіциту уваги, гіперкінетична поведінка, олігофренія);

2) **надмірної активності**. Хворобливе посилення вольової активності буває у наркоманів під час пошуків наркотиків, у маніакальних хворих, психопатичних осіб і має назву **гіпербулія**. Ця активність має однобічний характер, її продукція є хворобливою, супроводжується підвищеною балакучістю;

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

4) **перекручення вольової активності** – *парабулія* – трапляється при шизофренії та деяких хворобах, що супроводжуються зниженням інтелекту. Виявляється *негативізмом* – безпідставною впертістю, невиконанням діяльності; *амбітендентністю* – одночасною наявністю активних дій або відмовою від них; *імпульсивністю* – безмотивністю дій і вольовою некерованістю, **розладами потягу**.

**Потяг** визначається потребами і є складним явищем, яке формується на основі безумовних рефлексів – інстинктів, що опосередковуються корою півкуль великого мозку і відображаються у вольовій діяльності. Крім інстинктивних потреб, потяг включає в себе потреби вищого рівня.

**Розлади потягу:**

1) **послаблення і посилення харчового потягу:**

– *анорексія* (втрата бажання споживати їжу), зниження чи відсутність апетиту, повна відмова від їжі. Може бути пов'язана з наявністю в особи маячних ідей отруєння, самозвинувачення, нюхових чи смакових галюцинацій, ступору, тяжкої депресії, істеричного неврозу. Постійна відмова від їжі може призвести до виснаження хворого;

– *булімія* – підвищення (посилення) харчового потягу, що виявляється підвищеним апетитом і почуттям голоду;

- *поліфагія* – багатоядність;
- *парафагія* – вживання неїстівного;
- *полідінсія* – нестримна спрага;
- *копрофагія* – поїдання власних екскрементів;

**2) послаблення і посилення статевого потягу:**

- *гіперсексуальність* – посилення статевого потягу, часто трапляється при маніакальних станах, при органічних захворюваннях головного мозку;
- *гіпосексуальність* – зниження статевого потягу, часто буває при депресії, шизофренії, астеничних станах, неврозах;

**3) перекручення потягу** – може стосуватися різних інстинктів:

- *розлад інстинкту самозбереження* – виявляється прагненням завдати собі шкоди гострими предметами, проковтнути неїстівні речі (цвяхи, голки, ложки, ножиці). Інколи це робиться через хворобливе прагнення стати об'єктом хірургічної операції для видалення проковтнутих предметів. Трапляється потяг до самогубства (суїцидоманія), копрофагія.

- *перекручення статевого потягу (перверсія)* – стосується різних форм статевого життя. Найчастіше трапляються:

- *гомосексуалізм* – потяг до особи однойменної статі (на даний час в нашій країні не розглядається як психічний розлад, за винятком насильницьких гомосексуальних дій);

- *трансвестизм* – хворобливий потяг до переодягання в одяг протилежної статі;

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

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

- *мазохізм* – бажання зазнати від статевого партнера больових відчуттів;

- *вуаєризм* – потяг до підглядання за статевим актом, голими людьми з метою статевого задоволення.

Рідше трапляються:

- *педофілія* – статевий потяг до дітей;

- *некрофілія* – статевий потяг до трупів;

- *зоофілія* (скотолозтво) – статевий потяг до тварин;

- *фетишизм* – статевий потяг до предметів жіночого туалету (білизна, одяг);

**4) імпульсивні потяги і дії** – виникають раптово. За своїм змістом імпульсивний потяг вступає у суперечність із усталеними міжособистісними і соціальними відносинами. Цим нагадує невідчепні ідеї. Відрізняється від них нездоланністю прагнення до реалізації, втратою здатності боротися з потягом, що нерідко набуває кримінального характеру. До імпульсивних дій належать такі види потягу:

- *піроманія* – потяг до підпалів;

- *клептоманія* – потяг до крадіжок без корисливої мети;

- *дромоманія* – потяг до бродяжництва;

- *гемблінг* – патологічне захоплення азартними іграми;

- *трихотиломанія* – потяг до виривання власного волосся тощо.

## 8. Розлади свідомості

**Свідомість** – це здатність до концентрації уваги і орієнтування людини в собі (ідентифікація), в часі і просторі.

### Розлади свідомості:

1) *приглушений стан свідомості (оглушення або виключення).*

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

- обнубіляція *свідомості* – легкий ступінь, при якому можливі лише відповіді на сильні больові, звукові, світлові подразники у вигляді малодиференційованих реакцій – повертання голови, рухи кінцівок;

- сопор – характеризується відсутністю всіх видів орієнтування; мовний контакт неможливий; зберігається больова і тактильна чутливість;

- кома – стан, при якому повністю відсутні всі рефлекси при збереженні життєвих функцій;

2) *затьмарений стан свідомості.*

Виокремлюють *наступні форми затьмарення свідомості*: делірій, аменцію, онейроїд, сутінкове затьмарення свідомості (паморочний стан).

*Делірій* – галюцинаторне затьмарення свідомості. При делірії порушена здатність хворого орієнтуватися у просторі та часі, хоча орієнтація у власній особистості зберігається. Такий розлад свідомості супроводжується руховим збудженням, станом тривоги і яскравими зоровими, сценоподібними, часто жахливими галюцинаціями. Хворі обороняються від страшних нападаючих чудовиськ, утікають або кидаються з метою захисту на уявні образи.

У лікувальній практиці цей розлад свідомості здебільшого спостерігається у хворих на алкоголізм (біла гарячка), при тяжких інфекціях, інтоксикаціях, при гострих соматичних захворюваннях. Після виходу з делірію хворий частково пам'ятає пережите. При алкогольному делірії галюцинаційні образи постають у вигляді звірів, комах, різних чудовиськ, мерців, бандитів тощо, характерне чорно-біле «зображення». У епілептиків галюцинації яскраво пофарбовані, нерідко релігійного змісту. Характерно посилення симптоматики у вечірні та нічні години.

*Аменція* – форма затьмарення свідомості, при якій переважають розгубленість, мовчання, безладність мислення та руху. У хворого порушується здатність орієнтуватися не лише у часі та просторі, а й у власній особистості. Аментивний стан звичайно триває кілька тижнів, і спогади про свої переживання у хворого не зберігаються. Хворі розгублені, метушливі, їхню

мову і мислення характеризує плутаність. Типовий зовнішній вигляд хворого – гарячкове почервоніння обличчя, сухі, запечені губи. Це порушення спостерігається при інтоксикації, інфекціях тощо.

*Онейроїдний синдром* – затьмарення свідомості, що характеризується руховим загальмуванням і поринанням у фантастичні сновидіння. Хворий ніби з боку спостерігає незвичайні сцени, часто космічного змісту. Онейроїд нагадує сон наяву. Хворий неначе подумки бере участь у подіях, які переживає. На відміну від делірію, при якому хворий неначе бере участь у галюцинаторних переживаннях, при онейроїді хворий залишається тільки глядачем. Емоційний стан при онейроїді відповідає його переживанням. Спогади про перенесені переживання частково зберігаються.

*Сутінкове затьмарення свідомості (паморочний стан)* – стан, що раптово виникає і так само раптово закінчується, після чого настає амнезія. Зовні поведінка хворого здається упорядкованою. Правда, відразу ж складається враження, що хворий ніби відчужений від дійсності. Коли виникають страхітливі галюцинації, вчинки хворого можуть становити загрозу для оточуючих. Паморочні зміни виникають при органічних ураженнях головного мозку та епілепсії. Після виходу із паморочного стану хворого спогадів про пережите у нього не залишається. Однак при поступовому виході з паморочного стану у свідомості хворого залишаються уривчасті спогади про пережите. У таких випадках можливе формування й окремих фрагментів хворобливих переживань, так званого залишкового марення.

Як різновиди сутінкових станів (сутінки з упорядкованою поведінкою) розрізняють наступні:

– *амбулаторний автоматизм* – перебуваючи в сутінковому стані, хворі виконують зовнішньо впорядковані дії, переїжджають з місця на місце, іноді досить далеко. При цьому вони поводять себе адекватно ситуації, за необхідності контактують з оточуючими, але залишають враження децю 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, виявляючи при цьому рухову спритність, у 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 затьмареної свідомості або звуженого поля свідомості;

– *фуга* – стан звуження поля свідомості. При цьому хворий, не усвідомлюючи навколишнього, виконує (переважно збуджено) низку дій,



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