

**МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ВНУТРІШНІХ СПРАВ**

*Факультет №6
Кафедра соціології та психології*

ТЕКСТ ЛЕКЦІЇ

з навчальної дисципліни «**Основи психіатрії**»
вибіркових компонент освітньої програми першого
(бакалаврського) рівня вищої освіти

053 Психологія (практична психологія)

Тема №9 «Розлади ефекторно-вольової сфери»

Харків 2023

ЗАТВЕРДЖЕНО

Науково-методичною радою
Харківського національного
університету внутрішніх справ
Протокол від 30.08.23 р. №7

СХВАЛЕНО

Вченою радою факультету
Протокол від 25.08.23 р. №7

ПОГОДЖЕНО

Секцією Науково-методичної ради
ХНУВС з гуманітарних та соціально-
економічних дисциплін
Протокол від 29.08.23 р. №7

Розглянуто на засіданні кафедри соціології та психології
Протокол від 15.08.2023 №8.

Розробник:

доцент кафедри соціології та психології, кандидат психологічних наук, доцент
Жданова І.В.

Рецензенти:

1. Доцент кафедри педагогіки та психології Харківської державної академії фізичної культури, кандидат психологічних наук, доцент Павлик О. М.
2. Доцент кафедри соціології та психології факультету № 6 Харківського національного університету внутрішніх справ, кандидат психологічних наук, доцент Шиліна А.А.

План лекції (4 год):

1. Поняття про ефекторно-вольову сферу, потяг, потребу та інстинкт.
2. Класифікація та характеристика ефекторно-вольових розладів.
3. Розлади потягів.
4. Синдроми розладів ефективно-вольової сфери.

Рекомендована література:

Основна:

1. Бітенський В. С., Горячев П. І., Мельник Е. В. та ін.; За ред. В. С. Бітенського. Психіатрія: курс лекцій: навч. посібник. Одеса: Одес. держ. мед. ун-т, 2014. 354 с.
2. Психіатрія та наркологія в загальній медичній практиці: навчальний посібник / Г.М. Кожина, Н.О. Марута, Л.М. Юр'єва. К.: ВСВ «Медицина», 2019. 344 с.
3. Психіатрія і наркологія : підручник / В.Л. Гавенко, В.С. Бітенський, В.А. Абрамов та ін. ; за ред. В.Л. Гавенка, В.С. Бітенського. 2-ге вид., переробл. і допов. К. : ВСВ "Медицина", 2015. 512 с.
4. Психіатрія і наркологія: підручник / Г.Т. Сонник, О.К. Напрєєнко, А.М. Скрипніков, Л.В. Животовська, Н.Ю. Напрєєнко ; за ред. О.К. Напрєєнка. 3-є вид., випр. К. : ВСВ «Медицина», 2017. 424 с.
5. Психіатрія і наркологія : підручник / О. К. Напрєєнко, М. І. Винник, І. Й. Влох, О. З. Голубков, О. А. Двірський; ред.: О. К. Напрєєнко. К. : Медицина, 2018. 527 с.

Допоміжна:

1. Критерії діагностики і психотерапії розладів психіки та поведінки / Під ред. Б. В. Михайлова, С. І. Табачнікова, О. К. Напрєєнка, В. В. Домбровської. *Новини української психіатрії*. Харків, 2013.
2. Левенець І. В. Судова психіатрія: Навчальний посібник. – Тернопіль: Економічна думка, 2005. 328 с.
3. Мушкевич М. І. Основи психотерапії : навч. посіб / М. І. Мушкевич, С. Є. Чагарна ; за ред. М. І. Мушкевич. Вид. 3-тє. Луцьк : Вежа-Друк, 2017. 420 с.
4. Ніконенко Ю.П. Клінічна психологія: Навчальний посібник. Вид. КНТ Київ, 2016, 368 с.

Текст лекції

Питання 1. Поняття про ефекторно-вольову сферу, потяг, потребу та інстинкт.

Діяльність людини визначається її потребами, інтересами й ідеалами. Вона детермінована самим життям. Усі потреби людини соціально опосередковані.

Діяльність потрібно розглядати як прояв трьох форм дії: вольової, автоматизованої й інстинктивної. Жодна з них не проявляється ізольовано: вони поєднані.

Воля - усвідомлена цілеспрямована психічна активність людини на виконання або затримання 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 потребують зосередження на них уваги.

Інстинктивні дії також цільові, однак не супроводжуються свідомим спрямуванням, а зумовлені фізіологічними потребами.

Поведінка психічно здорової людини зумовлена її *потребами*.

➤ Потреба - це випробовувана людиною нужда в чому-небудь, що лежить поза ним (Рубінштейн).

➤ Потреба - стан нужди людини або тварини у певних умовах, котрих не дістає для нормального існування і розвитку (Немов).

➤ Потреба - стан людини, що створюється нуждою в об'єктах, необхідних для її існування, і яка є джерелом її активності (Слободчиков, Ісаєв).

➤ Потреба - це специфічна, сутнісна сила живих організмів, що забезпечує зв'язок із зовнішнім середовищем для самозбереження і саморозвитку, джерело активності живих систем у навколишньому світі (Симонов).

Потяг - це недостатньо усвідомлений внутрішній прояв потреби, що характеризується імпульсивним емоційним напруженням, яке спонукає до дії, визначає поведінку людини щодо задоволення потреб. Зазначене імпульсивне емоційне напруження називають мотивацією. Потреби є внутрішнім, а мета - зовнішнім проявом мотивації.

Питання 2. Класифікація та характеристика ефекторно-вольових розладів

Розлади ефекторно-вольової сфери.

Гіпербулія (загострення, посилення волі) полягає в підвищеній діяльності, руховому неспокої, прискоренні та посиленні мовленнєвої продукції. Такі хворі хапаються за безліч справ, але жодної не доводять до кінця. Гіпербулію спостерігають при маніакальних станах, у осіб з психопатичними рисами особистості. Вогнищеве підвищення волі притаманне хворим на наркоманію, коли їм потрібно добути наркотичні речовини. Гіпербулія властива також хворим з паранояльними та парафренними маячними ідеями: вони "борються" за власні ідеї, права, проти уявних ворогів тощо.

Гіпобулія (ослаблення волі) характеризується зниженням вольової активності. У таких хворих спостерігають зниження спонукань, потягів і бажань, збіднення моторики, міміки, пантоміміки, жестикуляції. Пацієнти не стежать за зовнішнім виглядом, одягом, схильні до усамітнення. Гіпобулія характерна для астеничних і депресивних станів, шизофренії, енцефаліту.

Абулія - повна втрата вольової активності, прагнень, спонукань до діяльності. Через втрату вольової діяльності інколи розгальмовуються автомати-

зовані та інстинктивні дії. Абулія може досягти такого ступеня, коли хворі здатні виконувати лише дії, що вкрай потрібні для підтримання життєдіяльності. У таких пацієнтів спостерігають загальмованість мимічних і пантомимічних рухів, мовлення. Зазначена патологія завжди поєднується зі зниженням або втратою почуттів, унаслідок чого формується *анатоабулічний синдром*. Абулія є типовим симптомом шизофренії, а також виникає як наслідок інших психічних хвороб.

Парабулія - це спотворення вольової активності людини, коли змінюються не лише вольові дії, а й автоматизовані й інстинктивні. Парабулія має багато клінічних проявів.

Питання 3. Розлади потягів.

Потяг - це недостатньо усвідомлений внутрішній прояв потреби, що характеризується імпульсивним емоційним напруженням, яке спонукає до дії, визначає поведінку людини щодо задоволення потреб. Зазначене імпульсивне емоційне напруження називають мотивацією. Потреби є внутрішнім, а мета - зовнішнім проявом мотивації.

Розлади потягів характеризуються непереборним прагненням, яке заволодіває хворим усупереч здоровому глузду, почуттям і волі, виконати безглузді дії.

До розладів потягів належать:

- *дромоматія* - непереборний потяг, без будь-якої мотивації, до бродяжництва;
- *піроманія* - нездоланна 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, брутально лаятися.

Імпульсивні розлади потягів спостерігають у психопатичних особистостей при невроті, на початку розвитку шизофренії.

Хворобливі розлади харчового потягу (інстинкту) проявляються, з одного боку, його посиленням — *поліфагія*, *булімія* (надмірне поїдання їжі без відчуття ситості), що спостерігають при невротичних станах, шизофренії, органічних ураженнях головного мозку, з іншого - його ослабленням (анорексія - відмова від їжі). У деяких випадках, при нервовій анорексії, замість поліфагії розвивається *анорексія*. Ослаблення харчового інстинкту супроводжує депресивні й астеничні стани, шизофренію, тривалі соматичні захворювання.

Спотворення харчового інстинкту (потягу) називають *копрофагією*. Такі хворі їдять неїстівне (кал, землю, п'ють сечу тощо). Це патологічне явище спостерігають при розумовій відсталості, деменції, органічних ураженнях головного мозку.

Хворобливі розлади інстинкту самозбереження полягають у його посиленні, ослабленні та спотворенні. Посилення цього інстинкту супроводжується агресивними або панічними реакціями, немотивованими скаргами, ослаблення - суїцидальними намірами, тенденціями та вчинками. Спотворення інстинкту самозбереження характеризується психомоторним збудженням із завданням собі фізичної шкоди. Ці розлади спостерігають в осіб з психопатичною структурою особистості, при депресії, у хворих на шизофренію.

Хворобливі розлади статевого інстинкту та статевого потягу (лібідо) виявляються *гіперсексуальністю*, тобто загостренням статевого потягу (в чоловіків — сатириаз, у жінок — німфоманія), *гіпосексуальністю*, або ж ослабленням лібідо, та *статевими збоченнями* (статеві перверзії, парафілія). Гіперсексуальність спостерігають при маніакальних станах, органічних ураженнях головного мозку з психічними проявами - прогресивному паралічі, старечому недомумстві, епідемічному енцефаліті, олігофренії. Гіпосексуальність супроводжує депресивні й астеничні стани, неврози, шизофренію.

Статеві перверзії виявляються зміною спрямування статевого потягу та форм його реалізації. Їх можна вважати справжніми лише тоді, якщо відбувається реалізація спотвореного статевого потягу замість нормального статевого життя.

Статеві збочення досить різноманітні. Це можуть бути порушення статевої самосвідомості (транссексуалізм), психосексуальних орієнтацій за об'єктом, його віком та статтю.

Транссексуалізм - стійке усвідомлення власної належності до протилежної статі, попри те, що статеві залози, сечостатеві органи та вторинні статеві ознаки відповідають генетичній статі.

Патологічний онанізм - одержання статевого задоволення за допомогою лише механічного подразнення статевих органів (фізичний онанізм) або посиленого фантазування на еротичні теми (психічний онанізм).

Нарцисизм (автоеротизм) - спрямування лібідо на самого себе, сексуальна закоханість, милування власним оголеним тілом (культ власного тіла), що супроводжується статевим збудженням.

Ексгібіціонізм — одержання статевого збудження та задоволення через оголювання та виставляння статевих органів перед особами протилежної статі (спостерігають зазвичай у чоловіків).

Вуасризм (візіонізм, сконофілія) - непереборний потяг до підглядання за статевим актом, сексуальними діями, оголеними особами, їх статевими органами для одержання статевого задоволення. До різновиду скопофілії належать захоплення порнографією, еротичними фільмами тощо.

Фетишизм (ідолізм, символізм) - зведення до культу певного предмета (жіночої білизни, одягу, взуття або певних частин тіла — ніг, грудних залоз, статевих органів), настання статевого збудження та одержання насолоди від їх споглядання або дотику до них (розвивається лише в чоловіків).

Трансвестизм - настання статевого збудження та задоволення під час переодягання в одяг протилежної статі.

Зоофілія (содомія, бестіалізм, зооерастія) - сексуальний потяг до тварин, одержання задоволення від статевого акту з ними.

Некрофілія (бертранізм) - статевий потяг до трупів, здійснення з трупами сексуальних дій і одержання від цього статевого задоволення.

Педофтія - сексуальний потяг до дітей зі спробами вступити з ними в статеві контакти.

Ефебофілія - статевий потяг до підлітків, юнаків або юнок.

Геронтофія - статевий потяг до осіб старечого віку, одержання статевого задоволення під час статевого акту з ними.

Гомосексуалізм (сексуальна інверсія) - порушення психосексуальної орієнтації, статевий потяг до осіб однойменної статі. Чоловічий гомосексуалізм називають уранізмом (педерастією), жіночий - лесбіянством, лесбійською любов'ю, сафізмом.

Садизм - одержання сексуального задоволення під час статевих зносин лише за умови завдання болю сексуальному партнерові, патологічна прихильність до жорстоких учинків, катування. Спостерігаючи фізичні муки інших, садист отримує насолоду.

Мазохізм - виникнення статевого збудження та задоволення лише на тлі відчуття болю, заподіяного партнером.

Типи психомоторного рухового збудження - гіперкінезія

Розлади ефекторної (рухової) діяльності супроводжуються психомоторним збудженням, що пов'язано зі зміною свідомості й емоційної сфери.

Психомоторне збудження - надто виражена неадекватна рухова та психічна активність, патологічна за формою і силою, що загрожує як людям, які оточують хворого, так і йому самому. Найчастіше в лікарській практиці спостерігають такі види збудження: галюцинаторно-маячне, маніакальне, депресивне, кататонічне, гебефренічне, епілептичне, аментивне, хореатичне, істеричне, психопатичне, панічне, еретичне.

Галюцинаторно-маячне збудження є наслідком галюцинацій (слухових, зорових, нюхових та ін.), що загрожують хворому, та маячних ідей переслідування, фізичного та психічного впливу, отруєння тощо. Збудження супроводжується афектом страху, тривоги, емоційним напруженням, люттю. Хворі з підозрою ставляться до людей, які їх оточують, кожний їхній рух тлумачать по-маячному. Психомоторне збудження, спрямоване на «підозрілих», може супроводжуватися агресивними діями (ліквідація «ворогів»). Інколи хворі «рятуються» через небезпечні для себе дії, наприклад, тікають через вікно, не врахувавши поверху будинку, завдають собі ушкодження, реалізують суїцидальні наміри («краще вмерти легшою смертю») тощо. Галюцинаторно-маячне збудження спостерігають при шизофренії та інших психічних захворюваннях, які супроводжуються галюцинаціями та маячними ідеями.

Маніакальне збудження характеризується немотивованими веселощами, підвищеним настроєм, прискореним плином думок («стрибки ідей»), непослідовним мовленням (маніакальний мовленнєвий безлад). Хворі постійно прагнуть діяти. Немотивовано переходять від одного напрямку діяльності, не закін-

чуючи роботу, до іншого. Стають метушливими, неспокійними, сексуально стурбованими, мало сплять, мало їдять, худнуть. Інколи у них розвиваються дратівливість, агресивність (гнівлива манія).

Маніакальне збудження характерне для маніакальної фази циркулярного або маніакально-депресивного психозу (біполярного афективного розладу) та маніакальних станів іншого генезу.

Депресивне (меланхолічне) збудження, або ажитована депресія. Депресивний синдром проявляється пригніченим настроєм, тугою, нудьгою, сповільненням мислення, загальною загальмованістю.

Ажитована депресія виникає раптово, мов спалах, перериває загальмованість або ступор. Хворі стають шаленими, не можуть всидіти на одному місці, кричать, метушаться, б'ються головою об стіну, розривають на собі одяг, виривають волосся, заломлюють руки, намагаються накласти на себе руки. Усе це поєднується з відчаєм, нестерпною тривогою, тугою та нудьгою. Такі хворі висловлюють маячні ідеї самоприпинення, самозвинувачення.

Ажитовану депресію спостерігають у депресивну фазу МДП, при інволюційній депресії та депресії судинного походження.

Кататонічне збудження супроводжується руховим неспокоєм з безглуздими стереотипами як мовлення, так і рухів. Характерними для цього стану є кривляння, манірність, карикатурність ("вишуканість") рухів, незвичайні пози тіла, парамімії (невідповідність виразу обличчя емоціям). За кататонічного збудження можливі імпульсивні дії, агресія, руйнівні вчинки, негативізм, амбітендентність, ехолоалія, ехопраксія тощо. Після цього зазвичай настає кататонічне заціпеніння (ступор). Спостерігають при кататонічній формі шизофренії.

Проявами *гебефренічного збудження* є рухове та мовленнєве збудження з придуркуватою поведінкою. Хворі стають метушливими, на тлі піднесеного безглуздового настрою з'являються стереотипні рухи (пустотлива ейфорія): неадекватний сміх, кривляння. Вони передражнюють інших, блазнюють, копіюючи їхні дії, стрибають, плещуть у долоні, оголюються, їхні пози калейдоскопічно змінюються, повторюються. Можливі імпульсивні асоціальні дії. Гебефренічне збудження частіше спостерігають у хворих з гебефренічною формою шизофренії підліткового віку.

Та інші форми.

Типи психомоторної рухової загальмованості - гіпокінезія

Кататонічний ступор (від лат. *stupor* - заціпеніння) є проявом кататонічного синдрому. Характеризується нерухомістю, тривалим перебуванням в одноманітній позі — ембріона, повітряної подушки Dyrge (під час лежання на спині голова, шия, плечовий пояс припідняті), капюшона (хворі сидять або лежать, натягнувши на голову ковдру, халат тощо, залишивши відкритим обличчя) та ін. При цьому хворий не реагує на мокру постіль, зміну температури повітря в приміщенні, голод, спрагу, уколи, термічні подразнення та навіть небезпеку (наприклад, пожежу). Таким хворим притаманні також м'язовий гіпертонус, або воскова гнучкість (утримує тіло в такому положенні, якого надають сторонні), мутизм (мовчання). Кататонічний ступор може супроводжуватися негативізмом - активним (безглузда, певною мірою активна протидія інструк-

ціям) або пасивним (зовнішнє нереагування). Спогади про цей період зберігаються.

Субступорозний стан - це неповне заціпеніння, для якого характерні різні прояви мутизму, неприродна поза, часткова відмова від їжі (сторонні можуть нагодувати).

Депресивний ступор супроводжується повною або майже повною нерухомістю, скорботною позою, стражденим виразом обличчя. Вербальний контакт із таким хворим утруднений, відповіді його односкладові. Хворі інколи бувають неохайні. Ступор раптово може змінитися гострим збудженням *raptus melancholicus*, за якого пацієнт може завдати собі серйозних ушкоджень. Спостерігають депресивний ступор при тяжких ендогенних депресіях.

Психогенний (істеричний) ступор виникає внаслідок психогенної травми - переживання катастрофи, страху, жаху, раптової смерті близьких тощо. Найчастіше виникає в істероїдній особистості. Характеризується загальною загальмованістю, аж до заціпеніння. Іноді супроводжується мутизмом, розслабленням м'язів. Відомий під назвою «уявна смерть».

Апатичний ступор - байдужість до всього, бездіяльність, дезорієнтування, повне безсилля, безсоння, анорексія, зниження тону м'язів, неохайність - виникає на тлі тяжкого фізичного виснаження, кахексії, при затяжних симптоматичних психозах, енцефалопатії. Зазначений вид ступора називають також адинамічним, аспонтанним, абулічним.

Екзогенний ступор - це гіпоакінезія при токсичних або інфекційних ураженнях головного мозку.

Питання 4. Синдроми розладів ефективно-вольової сфери.

Кататонічний синдром - це симптомокомплекс психічних розладів, переважно в руховій сфері. До його складу входять кататонічний ступор або кататонічне збудження. Виділяють кілька різновидів кататонічного ступору:

- ступор з воскоподібною гнучкістю (каталепсія), підвищеним тонусом м'язів, симптомом «повітряної подушки» (Дюпре), позою ембріона та ін.;
- негативістичний ступор з повним знерухомленням, пасивним негативізмом;
- ступор з м'язовим заціпенінням (найтяжча форма ступора — тривале перебування в позі ембріона з вираженим напруженням усіх груп м'язів, симптом хоботка).

Серед варіантів кататонічного збудження виділяють: розгублено-патетичне (поєднання розгубленості, екзальтованості з безладною балаканиною і руховим збудженням), імпульсивне (раптове, руйнівне, короткочасне).

Кататонічні розлади можуть перебігати за збереженої свідомості (люцидна кататонія) або в сноподібному стані (онейроїдна кататонія).

Кататонічний ступор і кататонічне збудження - показання до невідкладної госпіталізації.

Гебефренічний синдром проявляється інертною ейфорією (хімерна, неадекватна веселість, придуркуватість, пустотливість, інколи — дитяча поведін-

нка). Хворий стає манірним, з'являються театральні, неадекватні жести, поза, міміка. Гебефренічне збудження характеризується манірно-придуркуватою поведінкою в поєднанні з ехосимптомами (ехолалія, ехопраксія, ехомімія тощо). Кататонічний і гебефренічний синдроми характерні для однойменних форм шизофренії.