

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

Микола Дмитрович Іванов

ПСИХОЛОГІЯ І ПАТОЛОГІЯ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНО–МНЕСТИЧНОЇ СФЕРИ

НАВЧАЛЬНИЙ ПОСІБНИК

для студентів 4-го курсу

Запоріжжя
2017

УДК 616.89-008.446(075.8)

I 20

*Затверджено на засіданні Центральної методичної Ради ЗДМУ
(протокол № 5 від « 25» травня 2017 р.)
та рекомендовано для використання у навчальному процесі*

Автор: М. Д. Іванов

Рецензенти:

*Б. В. Михайлов, д.мед.н., професор, зав. кафедрою психотерапії
ХМАПО;*

В. І. Дарій, д.мед.н., професор кафедри нервових хвороб ЗДМУ.

Іванов М. Д.

I-20 Психологія і патологія інтелектуально-мнестичної сфери :
навч. посіб. для студентів 4-го курсу / М. Д. Іванов. –
Запоріжжя : [ЗДМУ], 2017. – 66 с.

Психологія пам'яті

Під пам'яттю розуміють здатність до запам'ятовування (фіксації), збереження (ретенції), відтворення (репродукції) і впізнавання інформації, отриманої в життєвому досвіді. Існує три види біологічної пам'яті: генетична (пам'ять про структурно-функціональну організацію живої системи, носіями якої є нуклеїнові кислоти), імунобіологічна (пам'ять чужорідні білки, забезпечується системами Т- і В-лімфоцитів) і нервова пам'ять. Остання ділиться на генотипову, що лежить в основі природженої поведінки: безумовних рефлексів, інстинктів і фенотипічну, що забезпечує збереження і вилучення інформації, одержуваної протягом життя.

Розрізняють **короткочасну** пам'ять (КП) і **довготривалу** пам'ять (ДП). Час існування КП обмежений, вона нестійка, більш пізні сліди витісняють більш ранні. Існує уявлення про те, що фізіологічною основою КП є багаторазова циркуляція електричних імпульсів по замкнутому колу нейронів. ДП- етап формування стійкого сліду пам'яті - енграми. Перехід КП в ДП називається консолідацією пам'яті. Передбачається, що фізіологічною основою ДП є стійкі зміни нейронів на молекулярному (структурні зміни в молекулах нуклеїнових кислот) і синаптичному рівнях. Ця інформація зберігається більш надійно, чим і пояснюється забування спочатку подій недавнього минулого при вікових або хворобливих розладах пам'яті, а потім - далекого. Описана особливість регресії пам'яті носить назву закону Рібо.

Пам'ять являє собою один з основних пізнавальних процесів, разом з функцією уваги забезпечує ефективність сприйняття, мислення, а також є найважливішою передумовою інтелекту. Пам'ять забезпечується функціональною активністю всіх відділів головного мозку, однак, як було встановлено експериментально, процеси репродукції найбільшою мірою пов'язані з діяльністю скроневих часток.

Надійність запам'ятовування залежить від здатності до концентрації уваги, частоти повторень, індивідуальних особливостей пам'яті. За

характером переважної активності у тих чи інших людей може домінувати сенсорна (зорова, слухова, смакова, нюхова, тактильна), рухова (моторна). Сенсорна пам'ять і механічні асоціації складають основу механічної пам'яті. Вищий, найбільш пізній в еволюційному і онтогенетичному плані вид пам'яті- смислова (словесно- логічна) пам'ять. Індивідуальні особливості пам'яті можуть носити як природжений характер, так і здобуватися і закріплюватися в процесі професійної діяльності, а іноді можуть бути пов'язані з наявністю якого-небудь захворювання, наприклад, домінування тактильної пам'яті у сліпих. Існує класифікація специфічних різновидів пам'яті: хроногенна (на дати), просторова, на обличчя, цифри та ін.

Ейдетизм (грец. eidos-образ) - запам'ятовування і чуттєве відтворення у всіх деталях образів предметів, які не діють в даний момент на аналізатори. Спостерігається головним чином у дітей і в осіб з художнім типом вищої нервової діяльності. Здатність до запам'ятовування і відтворення інформації, так само як і якісні особливості пам'яті, індивідуально коливається в широкому діапазоні; так у одних людей переважає зорова, у інших слухова пам'ять, у третіх моторна.

Також по-різному може змінюватися мнестична функція при психічних захворюваннях. Найчастіше розлади пам'яті пов'язані з органічним ураженням головного мозку. У цих випадках вони відрізняються стійкістю і незворотністю. Однак вони також можуть виникати при порушенні інших сфер психічного функціонування. Так, наприклад, порушення ясності свідомості або концентрації уваги, що виникають при прискоренні мислення у хворих з маніакальним синдромом, можуть порушити процеси фіксації і подальшого відтворення інформації.

Патологія пам'яті

Гіпермнезія - патологічне посилення функцій пам'яті, що виявляється головним чином в поліпшенні репродукції в сфері емоційної і механічної пам'яті і поєднується з ослабленням смислової пам'яті. При цьому запам'ятовування може залишатися на звичайному рівні або навіть

погіршуватися, а відтворення - різко посилюватися. Напливи спогадів у хворих набувають хаотичний характер, що знижує здатність до концентрації уваги і знижує продуктивність мислення і психічної діяльності в цілому. Подібні порушення спостерігаються в маніакальній фазі маніакально-депресивного психозу, при ейфорічних станах, шизофренії, а також можуть супроводжувати епілептичні пароксизми, наприклад, під час аури або при психосенсорному нападі. Слід мати на увазі, що і у здорових людей можуть спостерігатися явища гіпермнезії в стані гіпнотичного сну, в небезпечних для життя ситуаціях, при підвищеній відповідальності.

Дісмнезії - розлади пам'яті з нерівномірним ослабленням процесів запам'ятовування, збереження, відтворення, впізнавання і з посиленням забування. Найбільш вразливими і часто ураженими є процеси виборчої репродукції і запам'ятовування. Найчастіше і раніше страждає відтворення абстрактного матеріалу. Це залежить як від порушення безпосередньо мнестичних функцій, так і від основних передумов пам'яті, особливо уваги і емоцій.

Гіпомнезія - хворобливе зниження пам'яті. При цьому розладі зазвичай страждають всі її складові. Хворі забувають дати безумовно відомих їм обставин, дні народження близьких людей, зміст прочитаних книг, художніх фільмів і т.д. Пацієнтам доводиться записувати важливу для них інформацію. Нерідко при цьому спостерігається симптом **анекфорії**, коли репродукція назв відомих предметів, імен близьких людей, «що вискочили з пам'яті» слів можлива не інакше як при підказці з боку. Найчастіше гіпомнезія носить прогресуючий (відповідно до закону Рібо) характер і спостерігається при органічних, в першу чергу, судинних захворюваннях головного мозку (гіпертонічна хвороба, атеросклероз). Однак вона може бути викликана і функціональними розладами невротичного характеру, при астенії.

Амнезія - втрата здатності зберігати і відтворювати раніше засвоєну інформацію, а в деяких випадках і неможливість фіксувати її. При органічних ураженнях мозку вона може поширюватися на тривалі проміжки часу,

в той час як, наприклад, при істерії носить фрагментарний характер і пов'язана з випадінням з пам'яті емоційно негативних епізодів. За глибиною випадіння інформації з пам'яті амнезії підрозділяються на тотальну і часткову. При **тотальній** амнезії має місце повне повне випадіння з пам'яті подій на певний проміжок часу. **Часткова** амнезія або острівне пригадування є збереження в пам'яті окремих найбільш яскравих переживань (наприклад, галюцинаторних образів) після виходу зі стану зміненої свідомості.

Різновидом часткової амнезії є **палімпсест** (Бонгофер К., 1901) - симптом, що спостерігається при алкоголізмі і виражається в неможливості відтворення окремих деталей, подробиць подій, що мали місце під час алкогольного сп'яніння. Палімпсести є провісниками амнестичних форм сп'яніння.

Кататимна (конверсійна) амнезія виникає внаслідок психотравмуючих переживань, подій. Супроводжується «витісненням» небажаних, неприємних, нестерпних для хворих подій, фактів. Спостерігається у осіб з істеричними рисами характеру. Нерідко поєднується з іншими істеричними симптомами. «Забуті» факти і події хворі можуть згадати в стані гіпнотичного сну.

Афектогенна амнезія (психогенна амнезія по Гіляровському В.А., 1946) - амнезія на період вираженого афективного стану (стан патологічного афекту, афективні вибухи у психопатів). Супроводжується звуженням свідомості. На відміну від кататимної амнезії з'являється після більш грубих масивних психотравм.

Виділяється рідко зустрічаєма **періодична** амнезія. Спостерігається вона при станах подвійного або альтернуючого стану свідомості у хворих на істерію, коли у хворих в подальшому іншому стані свідомості відсутні спогади про пережите в попередньому іншому стані (подвійна або альтернуюча свідомість по Рібо).

Конградна амнезія є амнезію на період стану порушеної свідомості, найчастіше при її виключенні. Вона пояснюється не стільки розладом

функції пам'яті, скільки неможливістю сприйняття інформації, фіксації її, наприклад, під час коми або сопора.

Також виділяють **ретроградну** амнезію - втрату спогадів про події, що передували виникненню захворювання або стану, який супроводжується порушенням свідомості (наприклад, при менінгіті або черепно-мозковій травмі).

При **антероградній** амнезії з пам'яті хворого випадає відрізок часу після завершення гострого періоду хворобливого стану, наприклад, судомного нападу, мозкової травми, і відновлення ясності свідомості. При цьому хворі правильно орієнтуються в навколишньому, доступні контакту, правильно відповідають на питання, проте пізніше виявляється, що вони не в змозі відтворити ці події. Нерідко має місце поєднання ретро- і антероградної амнезії, в цих випадках говорять про змішану, **ретро-антероградну** амнезію. Ретроградна, антероградна і ретро-антероградна амнезії спостерігаються після черепномозкової травми, після отруєння, підвищення, електротравм і ЕСТ, важких епілептичних випадків і в клініці травматичних, судинних, старечих і ряду інших психозів. Продовженність амнезії може бути від декількох хвилин до місяців і навіть років.

Фіксаційна амнезія - різко знижена або повністю втрачена здатність запам'ятовувати і утримувати в пам'яті події, що відбуваються в даний момент. Ці хворі не в змозі запам'ятати щойно почуту, побачену і прочитану інформацію, проте можуть зберігати спогади про події, що мали місце раніше, зазвичай не втрачають професійних навичок. Обмежена здатність до інтелектуальної діяльності також може зберігатися. Однак фіксаційна амнезія іноді має своїм наслідком настільки виражену дезорієнтацію в навколишньому, що робить їх практично безпорадними, нездатними до будь-якої цілеспрямованої діяльності. Цей симптом є базисним порушенням при корсаковському синдромі, при отруєнні чадним газом, при інтоксикаційних, постстрессових, посттравматичних, пресбіофренних та інших органічних психозах. За перебігом амнезії можуть носити зворотний

тимчасовий характер- **регресуюча** амнезія. Може бути відстрочена, запізнiла **ретардирована** амнезія, що характеризується детальним відтворенням патологічних переживань (онейроїд, галюцинації, образне марення, страх та інші) відразу після виходу з психотичного стану (найчастіше при виході з онейроїдного стану, при літичному виході з сутінкового) і з подальшою амнезією їх. Виділяється загальна **прогресуюча** амнезія з поступовим, незворотним, неухильним зниженням пам'яті на події від теперішнього до минулого. При ній спостерігається поступове, але в кінцевому підсумку значне спустошення, збідніння запасів пам'яті, як правило, це підкоряється закону «зворотного ходу пам'яті» (Рібо, 1881). Спустошення пам'яті носить повільний, послідовний, зазвичай незворотний характер від менш організованого матеріалу до більш організованого, від часткового до загального, від теперішнього до минулого. Найбільш тривало зберігаються рухові і мовні автоматизми (моторна пам'ять), рано вироблені і закріплені навички і емоційна пам'ять. Рано страждає хроногенна пам'ять на дати і на послідовність подій у часі. На початкових етапах прогресуючої амнезії страждає переважно короткочасна пам'ять. Довготривала пам'ять страждає менше, іноді навіть виявляється гіпермнезія на події дитинства, юності. В подальшому відбувається розпад пам'яті з появою амнестичної дезорієнтації, екмнестичних конфабуляцій, з актуалізацією подій далекого минулого (життя в минулому), розпадом самосвідомості, невпізнання себе в дзеркалі.

Парамнезії (грец. - para - біля, близько + mnesia- спогад) - група якісних розладів пам'яті, що включає спотворені і помилкові спогади. Вони являють собою заповнення амнестичного дефекту, провалу пам'яті фіктивними спогадами, які виглядають тим більш безглуздими, чим більше виражено загальне інтелектуальне зниження хворих. У деяких випадках парамнезії представляють собою варіант тимчасової деперсоналізації з неможливістю точного датування біографічних подій у часі. В класифікацію парамнезій входять псевдоремінісценсії, конфабуляції та кріптомнезії.

Псевдоремінісценції (грец. pseudos - обман + лат. reminiscentio - спогад) – хибні спогади, при яких реальні події минулого переносяться хворими в сьогодення. Наприклад, на питання про те, чим стаціонарна хвора займалася вчора, вона повідомляє, що з великим задоволенням слухала «Пікову даму» в оперному театрі. Інша літня хвора, яка вже два місяці перебувала у відділенні, відповідаючи на те ж питання, розповіла, що варила борщ, прибирала в кімнаті. І в першому, і в другому випадку згадані події не тільки могли мати місце в житті хворих, а й мали його в інші відрізки часу.

Конфабуляції (лат. con - до + fabula- байка) - це заміщення провалу пам'яті вигаданими подіями фантастичного, нереального характеру, які не могли мати місце в принципі. Симптом конфабуляцій зазвичай має місце при вираженому інтелектуальному зниженні з втратою критики. Заповнення амнестичного дефекту відбувається на основі патологічного фантазування або на основі хворобливої реконструкції минулого, що спостерігається найчастіше у хворих з фантастичним маренням величі (конфабуляторне марення). Ці хворі не стільки втрачають спогади про події, що відбулися, скільки інтерпретують їх з точки зору уявлення про самих себе в сьогоденні. Ці фантастичні спогади входять в структуру або являють собою один з варіантів парафренного синдрому.

До парамнезій відносяться також **кріптомнезії**, що виражаються в тому, що хворі приписують своїй творчості спогади, почерпнуті з книг, розповіді про події, що сталися з іншими людьми або сталися уві сні. Ці пацієнти можуть приписувати собі твори відомих авторів, фрагменти наукових робіт. Хворобливість цих думок, а також відсутність корисливої зацікавленості відрізняють кріптомнезії від плагіату. Кріптомнезії зустрічаються при синільних психозах, церебральному атеросклерозі, органічних ураженнях головного мозку.

Корсаковський амнестичний синдром був вперше описаний С.С. Корсаковим в 1887 р. як специфічний прояв алкогольного психозу. Опис корсаковського психозу поряд з мнестичними розладами включав

неврологічні порушення у вигляді алкогольної поліневропатії. Надалі виявилось, що розлади короткочасної пам'яті, які спостерігаються при алкогольному психозі, не є специфічними. Корсаковський синдром включає фіксаційну амнезію, ретро- та антероградну амнезію, парамнезії (псевдо-ремінісценції, конфабуляції, кріптомнезії) та амнестичну дезорієнтацію. Спостерігається при органічних ураженнях головного мозку травматичного, інтоксикаційного, інфекційного, судинного генезу, при асфіксії, отруєнні чадним газом, пухлинах головного мозку, при хворобах Піка, Альцгеймера, при старечому слабоумстві. Не буває його при шизофренії, біполярному афективному психозі, при епілепсії. Корсаковський синдром, який виник внаслідок довгострокових хронічних мозкових захворювань, зазвичай має поганий прогноз. У випадках же гострого ураження мозку надії на позитивну динаміку залишаються досить реалістичними, хоча повного відновлення функцій пам'яті, як правило, не відбувається.

Дослідження пам'яті

Дослідження мнестичних розладів прийнято починати з суб'єктивної оцінки хворим стану своєї пам'яті і збору анамнестичних відомостей. Експериментально - психологічне дослідження включає: перевірку відтворення даних при знайомстві з хворим імені та по батькові лікаря, пробу із запам'ятовуванням 10 слів і їх відтворенням через 15-30 хвилин. Перевірка відтворення того ж матеріалу через 1-2 доби може бути використана для оцінки довготривалої пам'яті. Для перевірки стану смислової пам'яті можуть бути використані читання і переказ змісту оповідань різної складності, методика піктограм. Дослідження розладів пам'яті не повинно перетворюватися в допит, його слід вести у вигляді природної невимушеної бесіди на побутові і громадські теми, про минуле та сьогодення. В оцінці результатів дослідження необхідно враховувати вікові та професійні особливості хворого. Вибір питань по складності повинен відповідати як рівню освіти, розвитку хворого, так і ступеню вираженості мнестичних розладів. Дуже прості питання можуть стати не деонтологічними. Для

інтерпретації мнестичних розладів і диференційної діагностики важливо враховувати поєднання їх з іншими психопатологічними розладами. Так, наприклад, поєднання мнестичних розладів з бідністю словникового запасу свідчить про наявність природженого розумового недорозвинення, поєднання зниження пам'яті з відносно збережених запасом слів - про набуте недоумство. При шизофренії ослаблення та елективне запам'ятовування обумовлені головним чином емоційним зниженням і абулією. Скарги на зниження пам'яті нерідкі у хворих з неврозами, переважно неврастенію. При об'єктивному дослідженні у них зазвичай не виявляється істотного зниження пам'яті, але виявляються розлади її передумов (виснаженість і відволікання уваги, знижена працездатність, нестійкість настрою).

Тестові завдання

1. Функціями пам'яті є, крім:
 - А. Запам'ятовування
 - Б. Узнавання
 - В. Представлення
 - Г. Збереження
 - Д. Відтворення

2. При амнезії страждають функції:
 - А. Запам'ятовування
 - Б. Збереження
 - В. Відтворення

Г. Узнавання

Д. Все вище визначене

3. Конфабуляції спостерігаються при:

А. Паранойяльному синдрому

Б. Корсаковському синдрому

В. Астенічному синдрому

Г. Істеричному синдрому

Д. маніакальному синдрому

4. Фантастичні конфабуляції спостерігаються при:

А. Корсаковському синдрому

Б. Синдрому Кандинського-Клерамбо

В. Парафренному синдрому

Г. Всіх перерахованих

Д. Нічого з перерахованого

5. До розладів пам'яті відносяться:

А. Обнубіляція

Б. Конфабуляція

В. Деперсоналізація

Г. Деперсоналізація

Д. Все перераховане

6. Прогресуюча амнезія розвивається:

А. Від пізніх спогадів до більш ранніх

Б. Від ранніх спогадів до більш пізніх

В. Від менш значущих до більш значущих спогадів

Г. Відбувається рівномірне зниження пам'яті

Д. Зниження пам'яті відбувається хаотично

7. Переважна більшість пасивної уваги над активною характерна для:

- А. Депресивного синдрому
- Б. Маніакального синдрому
- В. Параноїдного синдрому
- Г. Парафренного синдрому
- Д. Нічого з перерахованого

8. Завжди важкий інвалідизуючий розлад пам'яті:

- А. Ретроградна амнезія
- Б. Антероградна амнезія
- В. Фіксаційна амнезія
- Г. Всі зазначені види амнезій
- Д. Жоден з названих симптомів

9. Відсутність в пам'яті спогадів про події, що відбувалися після виходу хворого з несвідомого стану:

- А. Ретроградна амнезія
- Б. Антероградна амнезія
- В. Фіксаційна амнезія
- Г. Всі зазначені види амнезій
- Д. Жоден з названих симптомів

10. Закон Рібо характерний для:

- А. Антероградної амнезії
- Б. Прогресуючої амнезії
- В. Фіксаційної амнезії
- Г. Ретроградної амнезії
- Д. Перфораційної амнезії

11. Приводить до дезорієнтації в місці і часу:

- А. Ретроградна амнезія
- Б. Конфабуляції
- В. Фіксаційна амнезія
- Г. Всі зазначені види амнезій
- Д. Жоден з названих симптомів

12. Як правило, призводить до дезорієнтації у власній особистості:

- А. Ретроградна амнезія
- Б. Прогресуюча амнезія
- В. Фіксаційна амнезія
- Г. Всі зазначені види амнезій
- Д. Жоден з названих симптомів

13. Охоплює чітко обмежений проміжок часу:

- А. Ретроградна амнезія
- Б. Прогресуюча амнезія
- В. Фіксаційна амнезія
- Г. Всі зазначені види амнезій
- Д. Жоден з названих симптомів

14. Постійні труднощі, що виникають при спробі запам'ятати будь-яку інформацію або відтворити збережені в пам'яті події:

- А. Гіпомнезія
- Б. Амнезія
- В. Парамнезії
- Г. Всі названі розлади
- Д. Жодне з вказаних розладів

15. Пред'явлення як спогадів вигаданих подій:

- А. Кріптомнезії
- Б. Псевдоремінісценції
- В. Конфабуляції
- Г. Всі названі розлади
- Д. Жодне з вказаних розладів

16. Пред'явлення як спогадів подій, які дійсно відбувалися, але в інший час:

- А. Кріптомнезії
- Б. Конфабуляції
- В. Псевдоремінісценції
- Г. Всі названі розлади
- Д. Жодне з вказаних розладів

Еталони відповідей

	1. В	2. Д	
3. А	8. В	13. А	
4. В	9. Б	14. А	
5. Б	10. Б	15. У	
6. А	11. В	16. А	
7. Б	12. Д		

Інтелект і його розлади

Інтелект не являється самостійною психічною функцією. Це сукупний результат всіх пізнавальних процесів, рівень здібностей, потенційних можливостей людини. Поняття інтелекту також включає можливість творчої самореалізації та соціально корисної гуманістично направленої діяльності.

До передумов інтелекту відносяться психічні процеси, які забезпечують сприйняття, накопичення, зберігання інформації, а також аналіз придбаного досвіду. Таким чином, в цьому сенсі мова йде про функції пам'яті, мислення, особливості мови, які найчастіше дозволяють оцінити інтелектуальні можливості людини.

Отже, інтелект - це розум, здібність, мислення людини, здатність її до ефективної переробки інформації, до виконання різноманітних операцій логічного мислення. Поняття "інтелект" не має однозначного визначення. Тому більшістю лікарів-психіатрів інтелект трактується як рівень розумового розвитку, здібностей, характеристик мислення, як інтеграційна психічна функція, що включає здібність до пізнання, рівень знань і здатність їх використовувати.

Інтелект відображає цілісну здібність до адаптації психіки і є знаряддям виживання індивіда. Для розвитку інтелекту важливо поєднання генетичних, у тому числі конституціональних, чинників і впливу середовища, у тому числі виховання і навчання. F. Halton встановив, що інтелект передається по спадку. Ймовірно, деякі форми інтелектуальної недостатності, а також здібності передаються по домінантному типу, наприклад музичні здібності, інші - по рецесивному і полігенному типу, хоча зустрічаються і форми, мутації, що нагадують одиничні випадки в сім'ях. F. Halton відносився до роду Ch. Darwin, до якого відносився також Erasm Darwin і

безліч інших англійських вчених, політичних лідерів і письменників, генетична лінія яких простежується до теперішнього часу. Існують детальні описи генетики здібностей в роду І.С. Баха, генеалогія російських письменників, пов'язана з О.С. Пушкіном, родом Товстих, Габсбургів і т.д.

Пізнання світу здійснюється людиною за допомогою трьох рівнів когнітивних операцій: предметно-образного (інтуїтивного), конкретного і абстрактного мислення, які мають властивість виявлення внутрішніх, недоступних безпосередньому сприйняттю закономірностей, зв'язків предметів і явищ навколишньої дійсності.

Інтелектом (лат. -intellectus - розум, розуміння, пізнання) часо називається здатність до переробки результатів когнітивних операцій, що забезпечує пізнання сутності і взаємозалежності предметів і явищ. Властива індивіду інтелектуальна продуктивність визначає рівень його можливості адаптації до нових умов, критичної оцінки справжнього і передбачення майбутнього.

Е. Кречмер (1927) під інтелектом розумів «знання і логічні здібності». І.Ф. Случевський (1957) характеризував інтелект як «рівень здатності людини користуватися розумовими операціями». К. Ясперс (1913) вважав, що «інтелект - це людина в цілому і розглядається з боку її здібностей». Він розрізняє передумови інтелекту (окремі психічні функції: пам'ять, увагу, мова та ін.) і власне інтелект (здатність до логічного мислення, абстрагування, комбінаторики і т.п.).

Існує класифікація з виділенням трьох видів інтелекту: «формальний інтелект» (сукупність стандартних знань і умінь, почерпнутих в процесі накопичення життєвого досвіду), «практичний інтелект», що допомагає людині розібратися в конкретних життєвих ситуаціях. При практичному інтелекті у встановленні внутрішніх закономірностей життєвої ситуації переважають процеси інтуїтивного (предметно-образного) і конкретного мислення. Третій різновид інтелекту - «вищий, абстрактний інтелект», в його основі переважають операції абстрактно-логічного мислення (узагальнення, абстракція, конкретизація).

З урахуванням представленого розуміння інтелекту, стає ясно, що ні запас відомостей, ні рівень знань не є головним в ньому, саме головне - логічні здібності. Можна мати вищу освіту при низькому інтелекті і можна її не мати, але бути з високим інтелектом.

Слід розрізняти розум і мудрість. Мудрість - це вища форма інтелекту, що характеризується широтою охоплення закономірностей при вирішенні інтелектуальних завдань. Розумна людина вирішує правильно і глибоко, а мудрий - вирішує правильно, глибоко і широко, що обумовлює гуманістичну спрямованість рішення. Протилежним мудрості феноменом є дурість.

Поняття «фізіологічна дурість» (Білікевіч Т., 1960) або просто «дурість» являє собою «властивість здорової людини» (Токарський А., 1896 г.). Дурним людям притаманні загальна примітивність, відсутність духовних запитів, вроджена обмеженість, недоступність розуміння іронії (особливо нездатність іронізувати над собою) і невідповідність дій з вимогами дійсності. Як відзначає А. Токарський «сприйнявши мало, дурний вважає, що сприйняв все, і вважає себе володарем істини, навіть не розуміючи, як можливі сумніви».

Дурість далеко не завжди перешкоджає успіхам у навчанні та досягнення успіху на службовому терені, що можливо за рахунок хорошої пам'яті і старанності. Л.М. Толстой в романі «Воскресіння» наводить опис «щасливого дурня». «Товариш прокурора був від природи дуже дурний, але понад те мав нещастя закінчити курс гімназії з золотою медаллю і в університеті отримати нагороду за свій твір про сервітути за римським правом і тому був надзвичайно самовпевнений, задоволений собою, чому ще сприяв успіх у дам, і внаслідок цього був дурний надзвичайно».

П.Б. Ганнушкін (1933) вважав правомірним виділити в якості окремої форми дисгармонического складу особистості (психопатії) групу «конституційно-дурних». До цієї групи він відносив людей від народження обмежених і нерозумних, що відрізняються зарозумілістю і мають звичай

говорити поважно витіюваті фрази з банальним, іноді досить безглуздим змістом. У ряді випадків конституційно-дурні досить легко опановують трудовими навичками, при цьому вони «вміють більше, ніж знають».

Різновидом «фізіологічної дурості» є «салонне слабоумство» (Е. Блейлер). Люди з «салонним недоумством» відрізняються досить хорошими манерами, вмінням вести світську бесіду. Однак мова їх побудована на шаблонах і констатації загальновідомих істин (по типу висловлювань чеховського героя: «Волга впадає в Каспійське море», «коні їдять сіно і овес» і т.д.), інтелектуальний рівень їх невисокий.

В останні десятиліття отримав досить широке поширення термін «субнормальний інтелект» (IQ у осіб, що належать до цієї групи дорівнює 70-90) , що відображає все ту ж дурість. За даними ряду авторів, субнормальний інтелект зустрічається приблизно у 10% населення. А. Токарський ще на початку минулого століття писав: «Дурість є найбільше індивідуальне лихо і велике суспільне зло».

Починаючи з XIX ст. одним з найбільш важливих питань для психології становляться можливості оцінки і вимірювання інтелекту. У 1905 р. французькі вчені А. Біне і Т. Симон створили першу тестову батарею для оцінки інтелектуального розвитку дітей від 3 до 13 років. Творці цих тестів розглядали інтелект як досягнутий до певного віку рівень психічного розвитку, який виявляється у сформованості пізнавальних функцій, а також у ступені засвоєння розумових умінь і знань. Кількість правильно вирішених завдань тесту характеризує розумовий вік дитини. У 1912 р. німецький психолог Ст. Штерн запропонував вимірювати рівень інтелектуального розвитку з допомогою підрахунку коефіцієнта інтелекту, IQ (Intelligence Quotient), який виражається відношенням розумового віку до хронологічного віку дитини.

Л. Термен взяв за основу введений Ст. Штерном IQ для адаптації в США модифікованої шкали Біне-Сімона. Група розробників нової версії тесту під керівництвом Л. Термена працювала в Стенфордському університеті, тому

нова шкала інтелекту отримала назву Стенфорд-Біне. На сьогоднішній день це одна з найбільш широко використовуваних методик для оцінки інтелектуального розвитку дітей.

У 1937 р. перший варіант тесту для вимірювання інтелекту був запропонований Д. Векслером. Він створив шкалу вимірювання інтелекту не тільки для дітей, але і для дорослих. Інтелектуальна шкала Векслера для дітей адаптована і широко застосовується в нашій країні. Вона істотно відрізнялася від тесту Стенфорд-Біне, і насамперед тим, що завдання, які пропонувалися, були однакові для всіх віків. Основою для оцінки служило число правильних відповідей. Потім вона порівнювалася із середнім числом відповідей випробовуваних даної вікової групи. Ця процедура значно спрощувала підрахунок IQ. Д. Векслером була запропонована якісна класифікація рівнів розвитку інтелекту, заснована на частоті визначеного IQ : 69 і нижче - розумовий дефект (слабоумство); 70-79 - прикордонний рівень розвитку; 80-89 - знижена норма інтелекту; 90-109 - середній рівень інтелекту; 110-119 - хороша норма; 120-129 - високий інтелект; 130 і вище - дуже високий інтелект.

Патологія інтелекту проявляється в недоумстві. Недоумством називається стійка недостатність, спрощеність і непродуктивність пізнавальних процесів, що визначає низький рівень соціальної та біологічної адаптації. Ще Ескіроль (1814) запропонував розрізняти два основних види недоумства: вроджене - олігофренія і набуте - деменція. За висловом психіатрів XIX століття, олігофрен - це «бідняк від народження», а дементний хворий - «розорений багач».

Слід розрізняти поняття «слабоумство» і «дефект». Поняття «дефект» ширше, ніж поняття «слабоумство». Будучи необоротним порушенням психічної діяльності, дефект може включати недоумство, але може проявлятися, наприклад, лише афективно-особистісними змінами.

Олігофренія (вроджене недоумство) - стійкий непрогресивний патологічний стан (аномалія), обумовлений дізонтогенезом головного мозку

і проявляється в недостатності інтелекту, що утрудняє соціальну адаптацію. Головною особливістю психічного стану у олігофренів є недорозвинення всієї пізнавальної діяльності та особливо мислення. Хоча навколишній світ вони сприймають адекватно, їх недостатня допитливість і активність обумовлюють малу диференційованість уявлень. «Олігофрени дивляться на навколишній світ як би крізь каламутне скло» (В.О. Гіляровський). При цьому деталі, другорядні ознаки предметів і явищ зазвичай погано або зовсім не фіксуються. Уявлення про предмети виявляються не тільки бідними, але нерідко односторонніми. Це зумовлює труднощі в засвоєнні нового матеріалу.

До спадкових (диференційованих) олігофреній відносять хворобу Дауна, синдроми Шерешевського-Тернера, Клайнфельтера, олігофренії зумовлені хромосомними абераціями; ензімопатії, що викликані генними мутаціями. Частими причинами олігофреній є хвороби жінки під час вагітності, алкогольні та інші інтоксикації плода, родові травми, асфіксії і таке інше.

Олігофренам зазвичай важко знайти схожість або відмінність між предметами за характерними ознаками (наприклад, між літаком і птицею, яйцем і каменем і т.д.). Вони не можуть висловлювати судження про той чи інший предмет, явище, ситуацію, самостійно її оцінити і знайти в ній своє місце. Все це визначається головним чином недорозвиненням абстрактно-логічного мислення і вираженим переважанням предметно-образного і конкретного мислення. Це переважання чітко виступає при тлумаченні олігофренами прислів'їв, приказок, метафор.

Досить характерні при олігофренії розлади мови. При глибоких ступенях розумового недорозвинення мова взагалі відсутня. В інших випадках у олігофренів, як правило, мовна функція формується з затримкою. При цьому повільно накопичується словниковий запас і ніколи він не досягає рівня норми. Слова олігофрени вимовляють спотворено, нечітко. Вони не договорюють закінчень, пропускають слова, спотворюють або замінюють звуки. Страждає і граматичний лад мови. Використовуючи у своїй мовній продук-

ції загальноприйняті мовні штампи, широко поширені шаблони і мовні звороти, олігофрени часто не в змозі в достатній мірі контролювати нюанси вживаних слів і в повному обсязі розуміти мову оточуючих.

Почуття олігофренів в більшій чи меншій мірі малодиференційовані, одноманітні, по-дитячому нестійкі, переважно проявляються двома крайніми станами (задоволенням і незадоволенням). Їх прихильності зазвичай поверхневі і неміцні. Дуже бідно представлені або повністю відсутні вищі (особливо інтелектуальні та етичні) почуття.

В поведінці олігофренів відзначається хаотичність, імпульсивність, переважання мимовільних дій. Досить часто виступає негативізм. Характерні недостатність ініціативи, проявляється схильність до чужого впливу (це може бути причиною залучення олігофренів в протиправні діяння). Олігофрени не вміють в належній мірі стримувати свої потяги. У них переважає мимовільна увага і погано виробляється активна, довільна увага. Це дуже ускладнює їх навчання.

По глибині інтелектуальної недостатності виділяються три форми олігофренії: ідіотія, імбецильність і дебільність. Найважча форма - ідіотія (грец. - *idiotea* - невігластво).

При **ідіотії** має місце грубе недорозвинення інтелекту (IQ менше 20) і взагалі мозку, що супроводжується недостатньою сформованістю чутливих і рухових функціональних систем. У ідіотів низькі реакції на зовнішні подразники (світлові, звукові, смакові, нюхові і навіть больові). Не розрізняючи смаку, вони часто тягнуть до рота все, що потрапляє в руки (землю, ганчірки і навіть фекалії). Часто не реагують вони на пошкодження, які можуть завдавати собі самі (кусають, дряпають, б'ють себе). Іноді ідіоти відповідають на зовнішні подразники, але їх відповідні реакції примітивні і одноманітні, часом неадекватні і носять запізнілий характер. У більшості випадків у ідіотів відсутня мова. Вони спонтанно видають окремі звуки. Не розуміють або погано розуміють звернену до них мову. Більшою мірою вони реагують на інтонацію. У більш легких випадках ідіотії можуть

формуватися елементи мови (ідіоти вимовляють окремі слова, розуміють короткі фрази).

Поведінка ідіотів залежить головним чином від стану біологічних потреб. Вони спокійні, коли ситі, в теплі і виявляють занепокоєння, відчуваючи почуття голоду, або якщо перебувають в несприятливих умовах. У деяких ідіотів періодично виникають стани психомоторного збудження, тоді вони стають злісними, кричать, проявляють агресивність по відношенню до оточуючих і до самих себе. Зазвичай ідіоти не впізнають родичів, однак у деяких з них може виникнути почуття прихильності до доглядаючими за ними людей. У більшості ідіотів відсутні елементарні навички самообслуговування. У більш легких випадках в процесі тривалої і наполегливої виховної роботи вдається виробити деякі навички самообслуговування і опрятності. При ідіотії нерідко виявляються грубі фізичні дисплазії.

Средня форма розумового недорозвинення - **імбецильність** (лат. - ім - без + bacillum - палиця, тобто нездатність обходитися без інтелектуальної підтримки). При різко вираженій імбецильності IQ - 20-30, при нерізко вираженій IQ - 35-49. Імбецили більш жваво і різноманітніше реагують на подразники зовнішнього середовища. Вони в змозі в якійсь мірі усвідомлювати себе: знають своє ім'я, прізвище, іноді - і свій вік. Нерідко можуть правильно назвати імена близьких родичів.

Навчання імбецилів ускладнено внаслідок переважання мимовільної уваги (підвищене відволікання). Активна увага нестійка, швидко виснажується, особливо під час занять, пов'язаних з навчанням грамоті. У них слабка пам'ять, лише деякі з імбецилів опановують елементарну грамоту та порядковий рахунок.

Пізнавальна діяльність імбецилів забезпечується предметно-образним і елементами конкретного мислення. Вони здатні встановлювати деякі ознаки подібності та відмінності в межах конкретного сприйняття, нерідко після спеціального навчання і багаторазового показу. Отримані ними знання швидко розпадаються, забуваються. Однак те, що запам'яталося, в

подальшому відтворюється як штамп. Для імбецилів характерні відсталість розумових процесів. Розвиток мовних функцій запізнюється. Перші слова з'являються зазвичай в 3-5 років. Запас слів невеликий і складається з повсякденних, часто повторюваних слів. У їхній мові багато аграматизмів, неправильного узгодження слів, пропускаються закінчення, часто мають місце заміни, перестановки звуків у словах. Мова в більшості імбецилів неясна. Повсякденну мову вони розуміють і правильно на неї реагують, але більш жваво реагують на міміку, жести та інтонацію оточуючих.

В поведінці імбецили шаблонні і стереотипні. Почавши яку-небудь діяльність, вони не можуть від неї відірватися, але до чого вироблений навик, вони повторюють завжди однотипно і охоче. Негативно імбецили відносяться до нового. При цьому вони відразу говорять «не знаю», «не можу» або вперто мовчать, сміються, кривляються. Імбецилів називають «рабами звичок». Дійсно, найменша зміна ситуації порушує їх звичні автоматизовані дії. Необхідний постійний контроль роботи імбецилів, інакше вони роблять помилки, допускають брак. При легко вираженій імбецильності можливо непогане оволодіння елементарними трудовими навичками. У цих випадках імбецили охоче працюють в майстернях, люблять прати, мити, прибирати приміщення і т.п. Особливо подобаються їм сільськогосподарські роботи: доглядати за тваринами, до яких дуже прив'язуються, працювати в саду, в огороді.

Емоційні реакції імбецилів значно багатіші і різноманітніші, ніж у ідіотів. Їхнє ставлення до людей диференційоване: до одних ставляться з симпатією, до інших - негативно, до третіх - з повною байдужістю. Більш стійкими бувають і їх прихильності. Вони пам'ятають про рідних, нудьгують, запитують про них. Нерідко імбецили проявляють позитивні почуття до маленьких дітей: опікують їх, допомагають одягатися, беруть на руки, коли гуляють або переходять в інше приміщення.

Одні імбецили боязкі, нерішучі, легко поступаються, гальмуються. Інші - егоцентричні, вимагають до себе підвищеної уваги, ревниво ставляться до

похвали, яка звернена до їх товаришів. Вони люблять командувати, забіякувати, агресивні. У них можуть виникати афекти гніву, злоби і стану дисфорії. Іноді імбецили бувають мстивими і відповідають на образу через якийсь час. У деяких випадках у імбецилів відзначаються розгальмування потягів, гіперсексуальність, прожорливість.

Імбецильність можна діагностувати з перших років життя. До року діти не пізнають близьких, не реагують на мову, не виявляють належного інтересу до іграшок, міміка у таких дітей недиференційована. У віці 2-4 років діти неуважні, не розуміють зверненої до них мови, реагують лише на інтонації голосу, а не на зміст промови, не виявляють допитливості. Ігрова діяльність у них стереотипна або проявляється у вигляді маніпулювання іграшками. У дошкільному та молодшому шкільному віці - імбецили не можуть опанувати кількісними та часовими поняттями.

Дебільність- (лат. - debilis - каліка, німичний, слабкий) легкий ступінь олігофренії (IQ 50-70). Діагностика дебільності у дітей до 3-х років утруднена, тому що і у здорових дітей в цей період відсутнє абстрактне мислення. Розвиток дітей з дебільністю відрізняється від нормального тим, що вони пізніше починають реагувати на подразники зовнішнього середовища (звукові, світлові та ін.). Пізніше починають тримати голівку, сидіти, стояти, ходити, грати з іграшками і т.д. Особливо відстає формування мовної функції: повільно накопичується словниковий запас, причому пасивний словник таких дітей (розуміння слів) значно перевищує активний. Часто у дітей порушено і насилу піддається корекції вимова звуків і слів. Довго утримуються аграматизми (опускання, спотворення закінчень). Розумову відсталість припускається, крім того, по таким ознакам, як відсутність допитливості, інтересу до казок, розуміння ситуації, переданої в казках, малоосмислений характер ігр.

В дошкільному віці діти не засвоюють просторові і тимчасові відносини, не ставлять запитань: «Чому», «як?»), не можуть скласти розповідь по картинці. Діти-дебіли не виявляють достатнього інтересу до навколиш-

нього, довго не прагнуть до самостійності, не включаються до оволодіння новими навичками, вперті, негативістичні, губляться в новій обстановці. Їх ігрова діяльність відрізняється одноманітністю. Особливого інтересу до ігор не виявляють. Відсутній пошук нових варіантів гри. В процесі гри легко відволікаються.

Діти молодшого шкільного віку не можуть зрозуміти простої сюжетної картинки чи оповідання, особливо з прихованим (переносним) змістом. Вони не можуть відірватися від конкретної ситуації, намагаються застосовувати старі методи вирішення нових завдань. У таких дітей не формується поняття числа. Вони не можуть використовувати підказку.

Діти старшого віку і дорослі дебіли не розуміють переносного сенсу прислів'їв і метафор, не виділяють головного, не можуть класифікувати предмети по провідним ознакам, формувати висновки, не розуміють іронії, позбавлені почуття гумору. Слабкість асоціативних процесів деякою мірою компенсується механічним запам'ятовуванням. Абстрактні поняття носять зовнішній характер, не мають змісту, використовуються як штампи, без розуміння їхнього змісту. Всі ці ознаки являються проявом недорозвинення абстрактного мислення, внаслідок чого дебіли виявляються нездатними до повноцінного відволікання і узагальнення предметів і явищ дійсності, у них відзначається недостатність критичних здібностей, переважання конкретно-образного мислення. Дебіли не здатні розуміти ускладнені відносини. Неповноцінна їх оцінка того, що відбувається і можливих наслідків своїх дій. Фразова мова розвинена, але словниковий запас бідний, мова часто у вигляді мовних штампів.

Емоційна і вольова функція у дебілів відрізняється недорозвиненням вищих почуттів, малої диференціації їх і недостатньою корекцією афективних реакцій. Дебіли відрізняються впертістю, але з підвищеною сугестивністю, відсутністю самостійності і ініціативи. У них зазначається незграбність і недостатність локомоторних реакцій.

Дебіли можуть мати гарну пам'ять, успішно працювати за шаблоном і пристосовуватися до життя. В соматичному відношенні - часті дефекти фізичного розвитку, дрібні потворності: неправильна форма вушних раковин, епікант, колобома, гіпертелоризм, гіпоплазія верхньої і нижньої щелепи, син - і полідактилія, вроджені вади серця та інших внутрішніх органів.

При діагностиці олігофренії доцільно враховувати наступні критерії:

- 1) інтелектуальна непродуктивність обумовлена недорозвиненням функцій узагальнення і абстракції, виділення головного і другорядного;
- 2) мислення носить поверхневий, суто конкретний, примітивний характер, погано використовується надана допомога (підказка);
- 3) обмежений запас слів, дефекти їх вимови;
- 4) обмежений запас відомостей про навколишній світ;
- 5) при наявності цікавості, відсутність допитливості (нова річ, нова людина викликає інтерес, але він неглибокий і швидко згасає - відволікаються);
- 6) сугестивність, конформність (легко потрапляє під чужий вплив), копіює чужу поведінку, не віддаючи собі звіту в його характері;
- 7) відсутність ініціативи, схильність до наслідування і повторення заучених штампів, нездатність переключитись на нові види діяльності;
- 8) загальна сповільненість, загальмованість або навпаки - моторне занепокоєння, хаотичність рухових реакцій;
- 9) недостатність виразних рухів (погляд тупий та неосмислений);
- 10) диспластичність статури, деформований череп, неприваблива зовнішність.

Затримка розумового розвитку може бути обумовлена психофізичним інфантилізмом, соціально-педагогічною занедбаністю, тривалими соматичними захворюваннями.

Психофізичний інфантилізм являє собою затримку (ретардацію) фізичного і психічного розвитку, обумовлену генетичними або впливом тих

чи інших шкідливих умов на ранніх етапах онтогенезу. Хоча діти відстають у фізичному розвитку від середніх норм паспортного віку, їх статура гармонійна і грацильна. Пропорції між довжиною тулуба і кінцівок відповідають більш ранньому рівню розвитку. Звертають на себе увагу «дитячі» риси: великий череп, мале обличчя, короткі кінцівки, недостатній розвиток статевих органів. Запізнюється поява вторинних статевих ознак. Вже за зовнішнім виглядом діти при психофізичному інфантилізмі виглядають молодше за своїх однолітків на кілька років. Їх рухи плавні, ритмічні, хоча точні і диференційовані рухи вдаються їм гірше, ніж одноліткам.

І в поведінці ці діти схожі на дітей молодшого віку, до яких вони і тягнуться. Діти з психофізичним інфантилізмом не підкоряються шкільному режиму: під час занять можуть ходити по класу, снідати, затіяти гру або починають плакати, просяться додому до мами. Вони безтурботні, легковажні, поверхневі в своїх судженнях. Відрізняються надмірною дитячістю інтересів і поведінки, недоліком серйозності, цілеспрямованості, працездатності і витримки, невмінням зосередитися на заданій роботі. Для них характерний надмірний вплив емоцій на мислення, переважання уяви і фантазій над логічними процесами, відзначається схильність до перебільшення і фантазування, недостатня зрілість суджень. Діти з психофізичним інфантилізмом підвищено емоційно збудливі, примхливі, схильні до сліз. Вони швидко втомлюються, не витримуючи необхідного при навчанні розумового напруження.

Антон Г. (Anton G., 1906) виділяв «парціальний» психофізичний інфантилізм, при якому дитячість проявляється лише в поведінкових реакціях, хоча буває відсутня в інтелектуальній сфері. Г.Є. Сухарева (1959) запропонувала поділяти психофізичний інфантилізм в залежності від співвідношення ступеню розумової затримки і вираженості інфантильних поведінкових реакцій на органічний, дисгармонійний і гармонійний варіанти.

Основна відмінність психофізичного інфантилізму від олігофренії: велика жвавість психіки; більший інтерес до навколишнього; спрага вражень; відсутність інертності; вищий рівень логічних процесів; велика ініціативність і самостійність в іграх; яскравість емоцій; більший вплив емоцій на інтелектуальну діяльність; прагнення показати себе з кращого боку; відсутність диспластичності в статурі, гармонійність локомоторики, виразність міміки.

Затримка розумового розвитку внаслідок соціально-педагогічної запущенності.

Несприятлива сімейна обстановка (пияцтво і скандали батьків); розумово відсталі, соціально-запущені батьки; неповні сім'ї, в яких єдиний батько (найчастіше мати) не справляється з виховними обов'язками - ці та інші аналогічні фактори створюють бездоглядність, брак уваги і догляду, що визначають, в свою чергу, сенсорну і емоційну депривації дітей. Якщо в ранньому віці дитина не отримує достатнього стимулювання для формування у нього знань і навичок, то зазвичай це суттєво гальмує його розвиток. Перші три роки визначають виникнення основних потреб і формування способів їх досягнення, а до 7 років людина отримує близько 75% всієї інформації і всіх навичок, якими він буде володіти в зрілості.

Школяр, вперше приступивши до систематичної розумової праці, потребує допомоги з боку дорослих (батьків). Якщо дитина цього не отримує, вона іде від розумових навантажень, проводить більшу частину часу в безцільних хитаннях по двору, бере участь в бійках, засвоює погані звички (вони дуже легко «прилипають»), заводять знайомства з асоціальними елементами. Все це породжує лінь, безтурботність, безвідповідальність. Народжується байдуже або навіть негативне ставлення до школи. Розумове напруження на уроках стає їм тягосним.

Іноді причинами поганої успішності можуть бути часті зміни батьками місця проживання. Діти в цих випадках пропускають заняття, потрапляють до вчителів, котрі пред'являють різні вимоги і т.п. І та, і інша категорія дітей

не проходить в своєму розвитку необхідних фаз соціалізації, у них не розвиваються соціально-значущі інтереси, моральні принципи. Найбільшою мірою страждає розвиток вищих почуттів: потреби у праці, задоволення від досягнутого, почуття відповідальності перед старшими, перед дитячим колективом і перед собою. Тому і в зв'язку з відсутністю допитливості зникає прагнення до розумової праці. В результаті - недолік знань і уявлень, недорозвинена мова, бідність пізнавальних інтересів.

Основні відмінності розумової відсталості внаслідок соціально-педагогічної занедбаності від олігофренії полягають в здатності у дітей цього контингенту до узагальнення і абстракції в доступних їм сферах діяльності. Психічні процеси протікають у них легко і швидко. У певних видах діяльності діти проявляють ініціативу, достатню самостійність, вміють користуватися допомогою інших, орієнтуються в життєвій обстановці. Відсутні диспластичність, аномалії розвитку органів і систем. При ранньому розпізнаванні педагогічної занедбаності і при створенні сприятливої обстановки для навчання і життя розумове відставання в більшій чи меншій мірі вирівнюється. Анамнестичні відомості про те, що виховання і умови життя були нормальними, а розвиток дитини відставав, говорить на користь олігофренії.

Труднощі в відмежуванні педагогічної занедбаності від олігофренії виникають у випадках занедбаності дітей з не грубими резидуально-органічними церебральними ураженнями (з так званим синдромом мінімальної мозкової недостатності). При цьому, однак, виявляються не тільки недостатність знань і умінь, а й симптоми органічного ураження головного мозга.

Затримка розумового розвитку внаслідок соматичної астенії.

Затяжні соматичні захворювання, хронічні інфекції (туберкульоз, ревматизм і ін.), аденоїди і синусити особливо в дошкільному та молодшому шкільному віці можуть бути причиною затримки психічного розвитку. У цих випадках успішність дітей нижче їх інтелектуальних можливостей в

зв'язку з підвищеною стомлюваністю, виснаженням (деякі діти засинають на уроках). Вони легко збудливі, вразливі, болісно реагують на зауваження вчителів, батьків. У багатьох дітей знижена пам'ять, уповільнене мислення, нестійка активна увага. Вони образливі, примхливі, плаксиві. Часто скаржаться на головні болі.

Відмінність цього виду затримки психічного розвитку від олігофренії полягає в коливанні інтелектуальної продуктивності в залежності від соматичного стану. Дуже характерним є наявність симптомів ірритативної або апатичної астенії: збудливості, дратівливості, підвищеної вразливості, примхливості, уразливості, плаксивості, виснаження, млявості, нездатності до скільки-небудь тривалої психічної або фізичної напруги, зниження зацікавленості в тому, що відбувається навколо. Характерно, що ці діти критичні до себе, переживають свої невдачі, особливо шкільні. Інтелектуальні операції вони виконують задовільно. Погана інтелектуальна продуктивність обумовлена недостатністю довільної уваги і нездатністю до напруги.

Як правило, у цих дітей виявляються симптоми основного соматичного захворювання, відзначаються порушення апетиту, сну, головні болі, запаморочення. Анамнез вказує на благополучний розвиток їх до початку соматичного захворювання.

Затримка розумового розвитку може бути пов'язана з глухотою, зі сліпотою, з первинним недорозвиненням мови за типом моторної або сенсорної алалії, з алексією та акалькулією, з важкими поведінковими розладами.

Інтелектуальне недорозвинення може бути одним з проявів загальнобіологічного механізму захисту від накопичення в популяції вантажу патологічних генів, при цьому зазвичай воно поєднується з іншим, безпосередньо діючим проявом - зниженням фертильності. Спостерігається цей варіант затримки розумового розвитку при спадкових захворюваннях: при хворобах Дауна, Реклінгаузена, Шегрена, при синдромах Карпентера, Клейнфельтера, Шерешевського-Тернера та інших.

Класифікація розумової відсталості згідно МКХ-10 виглядає так:

- F . 70 Легка розумова відсталість (IQ 50-69)
Включається дебільність
- F . 71 Помірна розумова відсталість (IQ 35-49)
Включається імбецильність
- F . 72 Важка розумова відсталість (IQ 20-34)
Включається важка імбецильність
- F . 73 Глибока розумова відсталість (IQ нижче 20)
Включається ідіотія
- F . 78 Інша розумова відсталість
При виражених сенсорних і соматичних
Розладах (сліпота, глухонімота, соматична інвалідизація)

До патології інтелекту відноситься **психоорганічний синдром**, енцефалопатія, органічний психосиндром. Він являє собою сукупність проявів інтелектуально-мнестичного зниження і емоційно-вольових розладів, обумовлених органічним ураженням головного мозку різного генезу (травматичного, судинного, інтоксикаційного, інфекційного і ін.). Виділена характерна для цього синдрому триада Вальтер- Бьюеля: ослаблення пам'яті, погіршення розуміння і нестримання афектів. Переважання в клініці психорганіческого синдрому зниження темпу розумової праці, тугорухливості мислення, труднощів в розумінні, розладів короткочасної пам'яті при збереженні довготривалої пам'яті, а також нестримання афектів характеризує дементний тип цього синдрому. Переважання в клінічній картині психоорганічного синдрому дратівливості, запальності, дистимічно-дисфорічних або ейфорійних проявів, труднощів в соціальному пристосуванні в зв'язку з конфліктністю, втратою почуття відповідальності при відносному збереженні інтелекту і пам'яті визначає характеропатичний тип.

Часто в клінічній практиці зустрічається змішаний дементно-характеропатичний варіант психоорганічного синдрому.

А.В.Сніжневський (1983) дає загальну, але досить детальну характеристику психоорганічного синдрому і вказує на крайню неухважність цих хворих, зменшення обсягу і чіткості їх сприйняття, зубожіння уявлень і понять, ослаблення запам'ятовування і деяке порушення репродукції найближчого минулого, на уповільнення асоціативних процесів, лабільність афекту з переважанням в одних випадках ейфорії, в інших - депресії, часто має місце слабкість спонукань. Хворі виявляють слабкість суджень, стають безглуздими, утруднюється їх соціальна адаптація, у них відсутнє або неповне критичне ставлення до свого стану.

В клінічній картині психоорганічного синдрому типові сомато-вегетативні розлади, що включають головні болі, запаморочення, погану переносимість спеки, задушливих приміщень і алкоголю, погіршення стану при поїздках на транспорті, метеозалежність, а також вогнищева церебральна симптоматика (афазія, агнозія і ін.).

У літературі відзначається тенденція до розширеного тлумачення психоорганічного синдрому, поділу його на гострі і хронічні психосиндроми. Ряд психіатрів вважає правомірним ототожнювати психоорганічний синдром і деменцію. М.М. Жариков, Ю. Г. Тюльпін (2000) вважають, що різні варіанти недоумства є приватними проявами психорганічного синдрому. Більшість провідних вітчизняних психіатрів заперечують проти ототожнювання понять «психоорганічний синдром» і «деменція», вказуючи на можливість сприятливого перебігу психоорганічного синдрому, аж до повного відновлення психічних функцій або переходу його в недоумство (Портнов А.А., Федотов Д.Д., 1971 ; Сніжневський А.В., 1983; Штернберг Е.Я., 1983; Тіганов О.С., 1983).

В останні десятиріччя набула широкого поширення класифікація психоорганічного синдрому, що включає чотири клінічні варіанти його:

1) астеничний - в клініці переважають стійкі прояви психічної і фізичної виснаженості, дратівливою слабкості, афективної нестійкості, що поєднуються з зниженням інтелектуальної продуктивності і нечіткими мнестичними порушеннями;

2) експлозивний - при цьому варіанті в клінічній картині психоорганічного синдрому переважають дистимічні-дисфорічні розлади, афективна збудливість, вибуховість, агресивність, вони можуть поєднуватися з ослабленням самоконтролю і вольових затримок, при цьому інтелектуально-мнестичне зниження зазвичай не різко виражене;

3) ейфоричний - в клініці на тлі благодушності, ейфорії, підвищення апетиту, деякої сексуальної розторможеності, нестримання афекту виступають труднощі в розумінні та адаптації, недостатність запам'ятовування при відносному збереженні репродукції і використання раніше набутих знань і умінь;

4) апатичний - для цього варіанта психоорганічного синдрому типові зниження активності, байдужість, звуження кола інтересів, тугорухливість мислення, безглуздість, досить виражені мнестичні розлади.

На думку О.С.Тіганова (1999), клінічні варіанти психоорганічного синдрому часто є стадіями його розвитку, відображаючи різну глибину і обсяг ураження психічної діяльності, а ейфоричний і апатичний варіанти психоорганічного синдрому «практично ідентичні поняттю тотального органічного недоумства».

Виділяється екзогенно-органічний психосиндром раннього дитячого віку, або **синдром мінімальної мозкової дисфункції**. Характеризується цей синдром розгальмованністю в поведінці, що виявляється в надмірній рухливості, неспроможності концентрації уваги, недостатністю затримок. Крім того, при ньому відзначаються незграбність рухів з хореоформними та атетоподібними рухами, труднощі у виконанні диференційованих рухових актів, недостатня чіткість і адекватність сприйняття. У хворих з цим синдромом виявляються деяка затримка психічного і, зокрема, розумового

розвитку, труднощі в написанні (дисграфія, дисорфографія), в читанні (дислексія). Синдром мінімальної мозкової дисфункції є наслідок органічної патології головного мозку в пренатальному, натальному і ранньому післяпологовому періодах (травми, інфекції, інтоксикації, гіпоксія та ін.).

Деменція. Кардинальною відмінністю деменції (набутого слабоумства) від психоорганічного синдрому є психотичний рівень хворобливих розладів. Деменція - це стійке малозворотне глибоке зниження інтелекту, що виникає внаслідок органічного ураження головного мозку. Руїнізація психіки зумовлює порушення здатності до соціальної адаптації.

При деменції у хворих з'являються когнітивні розлади, порушення морального контролю соціальних мотивацій, що призводять до ускладнень в соціальній адаптації, призупиняється або припиняється повністю придбання нових знань, нових видів діяльності. Разом з тим психопатологічна структура деменції залежить від нозологічної форми захворювання і глибини дементуючого процесу.

Розвиток деменції має загальні закономірності. Якщо деменція виникає в результаті мозкового захворювання в дитячі роки, то нормально дитина не тільки перестає розвиватися, але у неї руйнується вже сформована психічна діяльність. При цьому зазнає зміни ігрова діяльність - зникає уява, ініціатива, збіднюється зміст гри (гри стають одноманітними: діти хапають і кидають іграшки, предмети). Відзначається розпад мови, предметних дій, навичок охайності. Може з'явитися апатичність, млявість або хаотичне розгальмування, іноді балакучість. Виникають емоційні розлади, зокрема, емоційна нестійкість, образливість, вибуховість, егоцентричність, дистимії. У шкільні роки у підлітків знижується працездатність, вони перестають засвоювати навчальну програму, легко виснажуються.

При деменції, що виникає в будь-якому віці, поступово знижується рівень узагальнення і абстрагування, порушується логічний лад і цілеспрямованість мислення, слабшає або повністю зникає критика.

Штертц (Stertz G., 1928) запропонував фенотипічну (феноменологічну) систематику, засновану на виділенні типових клінічних картин недоумства без урахування нозологічної специфіки. Він розрізняв лакунарну, глобарну і парціальну деменцію. Слід зазначити, що варіанти недоумства, які відносилися Штертцем і деякими іншими психіатрами до парціальної деменції, в подальшому були включені в лакунарну деменцію.

Для **лакунарної** (осередкової, дисмнестичної, органічної) деменції характерні нерівномірність ураження різних психічних функцій, своєрідне «мерехтіння» їх проявів (різна ступінь вираженості протягом короткого відрізка часу), первинне порушення передумов інтелекту, особливо пам'яті та уваги. Ослаблення пам'яті при лакунарній деменції носить дисмнестичний характер і відрізняється мозаїчністю, коливаннями в вираженості мнестичних розладів (Блейхер В.М., 1976). Інтелект при лакунарній деменції страждає опосередковано. Порушується пам'ять на поточні і частково на минулі події, зростає уповільнення когнітивних процесів. Збіднюється асоціації, знижується кмітливість. Незважаючи на грубі порушення пам'яті тривалий час зберігається критика, основні навички, в тому числі професійні, елементарні вміння, побутові установки особистості, здатність самообслуговування. У всіх випадках відзначається стійке, хоча і не обов'язкове прогредієнтне зниження особистості, але завжди в тій чи іншій мірі зберігається ядро особистості, її морально-етичні властивості. Не характерні нівелювання особистості і формування стадії маразму. Разом з тим в залежності від локалізації фокального ураження головного мозку клінічна картина лакунарної деменції набуває характерних особливостей. При локалізації в орбітальній поверхні лобових часток кори поступово втрачається почуття такту, знижується критична оцінка свого стану, виникає анозогнозія. У хворих з'являється ейфорія, придуркуватість, котрі проявляються на тлі загального огрубіння, спрощення емоційної сфери і розгальмування нижчих потягів. При локалізації ураження в скроневій частці домінантної півкулі в клінічній картині виступають апатія,

зниження ініціативи, легковажність вчинків, труднощі у використанні життєвого досвіду, монотонні іпохондричні скарги, зниження настрою, дисфорії.

Лакунарная деменція є найчастішою в клінічній практиці формою недоумства. Спостерігається вона при грубому ураженні головного мозку в результаті екзогенно-органічних захворювань (при церебральному атеросклерозі, травматичних, інтоксикаційних, сифілітичних психозах, тромбангіїті судин головного мозку, пухлинах, енцефалітах та ін.).

Глобарная (тотальна, загальна) деменція виникає при дифузних ураженнях головного мозку (прогресивний параліч, старече недоумство, хвороба Піка та ін.). При глобарній деменції з самого початку виступають порушення власне інтелекту. З'являється «безглуздість», обумовлена зниженням аналітико-синтетичної функції, процесів узагальнення і виключення. При цьому страждають всі види пізнавальної діяльності, відбувається звуження сфери сприйняття, порушується пам'ять, бідніе словниковий запас, знижуються вищі почуття. Поступово втрачається здатність до суджень і умовиводів, до критичної оцінки навколишнього і самого себе. З'являються розлади мови. У хворих втрачається здатність набувати нових знань, вони не можуть використовувати і старі знання, а в подальшому останні починають руйнуватися. Характерне нівелювання особистості, обумовлене її поступовим розпадом, втратою вищих почуттів, морально- етичних установок. Для глобарної деменції типова поразка ядра особистості, грубі розлади самосвідомості. Розвивається цей тип недоумства, як правило, поступово, йому властива прогредієнтність течії і закінчується він в більшості випадків психічним маразмом.

В рамках феноменологічної систематики деменцій, поряд із запропонованими Штертцем лакунарним і глобарним недоумством, слід розглядати транзиторне недоумство, асемічне і термінальне марантичне недоумство.

Транзиторне недоумство (Случевський І.Ф., 1955) спостерігається при психічних захворюваннях, в клініці яких немає проявів грубої деструкції головного мозку. Органічні зміни мають місце, але вони виходять на задній план перед порушеннями функціональними, зворотними. У психопатології транзиторного недоумства виступають глибокі когнітивні розлади: зниження аналітико-синтетичної функції, процесів узагальнення і виключення, порушується здатність до суджень і умовиводів, до критичної оцінки ситуації і свого стану. Як правило, виникають розлади мови (аментивна, атактична, хореатична мовні сплутаності). Типовим є також тимчасовий характер основних когнітивних розладів, в більшості випадків залишають після себе значно менш виражену інтелектуальну дефіцітарність.

Транзиторне недоумство спостерігається при шизофренії, при затяжних інфекційних і інтоксикаційних психозах, при пізніх психозах, що виникають на тлі перенесеного раніше органічного ураження головного мозку, що не призвів до грубих органічних змін (травматичних, енцефалітичних і ін.), при реактивних психозах (псевдодеменція).

Асемічне недоумство (Рахальський Ю.Є., 1963) характеризується явищами випадіння в декількох церебральних системах. За клініко-психопатологічної картиною ця деменція є своєрідним і досить типовим поєднанням лакунарного, рідше глобарного недоумства з фокальним ураженням функцій мови, гнозису і праксису. Більш-менш швидко порушення когнітивних функцій при цьому посилюється включенням таких асемічних симптомів, як афазія, аграфія, алексія, акалькулія, агнозія і апраксія.

Термінальне марантичне недоумство представляє собою прояв грубих і масивних деструктивних змін в головному мозку. Характеризується воно повним розпадом психічної діяльності, психічним маразмом.

В.М. Блейхер (1976) запропонував диференційовану феноменологічну систематику деменцій:

- 1) просте недоумство, що характеризується негативними симптомами;

2) психопатоподібне недоумство, при якому, поряд з деяким інтелектуально-мнестичним зниженням, проявляється загострення негативних преморбідних рис особистості, або її нові аномальні особливості;

3) галюцинаторно-параноїдне недоумство, в структурі якого галюцинації та марення тісно спаяні з деменцією;

4) амнестично-парамнестичне недоумство (з Корсаковським синдромом);

5) паралітичне і псевдопаралітичне недоумство;

6) асемічне недоумство, що характеризується наявністю ознак фокального ураження функцій мови, гнозису і праксису;

7) термінальне марантичне недоумство.

Автор підкреслює, що проявляючись в рамках того або іншого психічного захворювання, кожен із зазначених феноменологічних варіантів недоумства набуває рис нозологічної специфічності. Початок нозологічної систематики придманого недоумства поклав Е. Крепелін (1909), який стверджував, що є стільки форм деменції, скільки існує захворювань, що протікають з несприятливим результатом. Це положення Крепеліна було підтримане і розроблене іншими психіатрами, зокрема В.П. Осиповим (1931) і І.Ф. Случевским (1957).

Паралітичне недоумство проявляється при прогресивному паралічі. Будучи феноменологічно глобарним, воно має ознаки нозологічної специфічності. На тлі наростаючої благодущності, ейфорії, примхливості і інактивності відбувається випадіння елементів найбільш складних, тонко диференційованих психічних функцій, що руйнує вищі форми соціальної поведінки. Проявляється це в своєрідній забудькуватості, неуважності (хворий може прийти на роботу в домашніх тапочках), в легковажності (нехтує службовими обов'язками, витрачає гроші на дрібниці), у втраті етичних навичок (хватає кращі шматки їжі, буває цинічним). У хворих спочатку страждають когнітивні функції: з'являється «безглуздість», вони не відразу розуміють поставлені їм запитання, знижується критика щодо своєї поведінки і в стосунках до оточуючих. Втрачаються логічно-правильні суджен-

ня, рахункові операції. Досить часто виникає мегаломанічне марення величі (пишний, безглуздий, безмежний, зростаючий в процесі бесіди). Мова хворих стає невпевненою, гугнявою, тремтячою. Виявляється дизартрія, спотикання на складах, логоклонії, перестановки і пропуски складів. Найбільш різко це проявляється при швидкій мові і при вимові важких слів ("триста тридцять третя артилерійська бригада»). Характерний розлад почерку. Страждає пам'ять: хворі важко запам'ятовують і відтворюють інформацію, можуть бути псевдоремінісценції, паралітичні (грубо безглузді) фантазми. Хворі змішують сновидіння з дійсністю.

Знижуються вищі почуття, особливо найбільш складно організовані, такі, як почуття сорому, такту, дистанції. Поступово з'являється «тупість душевного почуття»: хворі стають байдужими до проблем рідних, неохайними, грубими, цинічними, при статевому збудженні схильними до насильства. Можуть бути напади безглузлого психомоторного збудження. Характерно тремтіння пальців, мови. Відзначається огрубіння миміки, фібрилярні посмикування кругових м'язів рота, маскоподібне лице. Характерні анізокорія, міоз, деформація зіниць, млява реакція або відсутність реакції зіниць на світло при збереженні її на акомодацию і конвергенцію - Арджіл Робертсона синдром (Argill Робертсон Д., 1869 р.).

Псевдопаралітичне недоумство спостерігається при сифілітичному психозі, при судинній патології, при алкоголізмі, гострій інфекції, черепно-мозковій травмі. Клінічно псевдопаралітичне недоумство схоже з паралітичним недоумством. Мають місце порушення пам'яті, ослаблення когнітивних функцій, кмітливості, труднощі асоціативних процесів, рахункових операцій, комбінаторної здатності, а також ейфорія, маревні ідеї величі, іноді з елементами безглуздості. Можуть бути напади психомоторного збудження. Спостерігається тремтіння пальців рук, мови, мимічних м'язів, тремтіння голосу, млявість зрачкових реакцій. Найбільш частими є дементних-ейфоричний і експансивний варіанти псевдопаралітичного недоумства.

При псевдопаралітичному недоумстві, обумовленому судинною патологією, поряд із зазначеними ознаками має місце мерехтіння клінічних проявів. У період епізодичних поліпшень у хворих проявляється критичне ставлення до свого стану, виявляються ознаки збереження особистості. Досить типова при судинному генезі псевдопаралітичного синдрому наявність асемічних симптомів (афазій, порушень гнозису і праксису).

При алкогольному походженні псевдопаралітичного синдрому в його клінічній структурі виявляються ще й ознаки алкогольних змін особистості (домінування питних установок, характерний алкогольний гумор, алкогольний психологічний захист, алкогольне марення ревнощів і ін.). Нерідко мають місце явища поліневриту (від легких явищ невріта до парезів). Характерний зворотний розвиток психопатологічних проявів при припиненні алкоголізації.

Псевдопаралітичний синдром може бути етапом гострої екзогенного типу реакції, за яким слідує ремісія з виходом в астенію (Блейхер В.М., 1976). Однак він може бути (наприклад, після інсульту) початком лакунарного недоумства.

Досягнувши найбільшою мірою розвитку, псевдопаралітичне недоумство зазвичай регресує або приймає стаціонарний перебіг. В подальшому, особливо при лікуванні основного захворювання, можливо стійке поліпшення і навіть одужання.

Дисциркуляторне недоумство спостерігається при судинних захворюваннях головного мозку (при церебральному атеросклерозі, гіпертонічній і гіпотонічній хворобі, після інсульту, при тромбангії).

Феноменологічно судинна деменція відноситься до лакунарного недоумства. Початок формування судинної деменції (найчастіше зустрічається атеросклеротична) характеризується появою стомлюваності і уповільненням всіх психічних функцій. Зникає ініціатива, стає скрутним збиратися щось-небудь робити. Виникає легке відволікання. Порушення пам'яті проявляється головним чином в поганому запам'ятовуванні. Особливо страждає

короткочасна пам'ять. З'являються труднощі у відтворенні хронологічного порядку подій, власних назв, інших найменувань. При цьому хворий неправильну підказку не приймає, але сам згадати відразу не може. Через деякий час хворий згадує необхідне. Досить типове виникнення тенденції до диссимуляції мнестичних розладів. Характерне наростання виснаження мнестичних функцій. Можуть мати місце обмани пам'яті (псевдоремінісценції і конфабуляції). У деяких випадках може бути «здвиг ситуації в минуле» (екмнезія). У міру погіршення пам'яті з'являються ознаки амнестичної дезорієнтовки, а в подальшому і амнестичної сплутанності. Остання посилюється під час епізодично виникаючих станів тривоги і занепокоєння. На тлі мнестичних розладів нерідко виявляються асемічні симптоми у вигляді вербальних і літературних парафазій, амнестичної афазії, елементів аграфії. Ці розлади відрізняються коливанням інтенсивності проявів, «мерехтінням симптомів» (Sertz G., 1911). Все це відбивається на когнітивних функціях: погіршується утворення суджень і умовиводів. Спочатку з'являються непослідовні судження. Потім характерне зниження рівня узагальнення і виключення, виснаження психічних процесів. Особливо важко оперувати абстрактними поняттями.

Спочатку хворий з болем в душі сам усвідомлює свою психічну неспроможність. Це супроводжується тужливим забарвленням переживань, відчуттям порожнечі в душі. Разом з тим основні навички, встановлені взаємини з людьми, моральні установки і інші особистісні прояви тривалий час залишаються збереженими, хоча зазвичай і супроводжуються загостренням негативних преморбідних рис характеру. Хворим властиві коливання настрою, емоційна нестійкість, дратівливість. Надалі виступає нестримання афектів, легкодухість, іноді - мимовільний плач. Поглиблення недоумства і наростання фокальної симптоматики призводить до явищ анозогнозії, розпаду ядра особистості і формуванню картини глобарного недоумства.

Абашев-Костянтинівський О.Л. (1966) вказує на можливість гострого виникнення стійкого синдрому лакунарного недоумства після інсульту у хворих, які до того не виявляли проявів деменції.

Судинна деменція може носити характер амнестичного (простого) недоумства, амнестико-парамнестичного (з Корсаковським синдромом), пост-апоплектичного недоумства, псевдопаралітичного, асемічного і марантичного недоумства.

При гіпертонічній і гіпотонічній хворобах, на початкових етапах, характерні звуження обсягу уваги, підвищена виснаженість, легке мимовільне переключення, зниження пам'яті, емоційна гіперестезія, дратівлива слабкість, зниження інтелектуальної продуктивності. Надалі з розвитком дисциркуляторної енцефалопатії формується недоумство, в структурі якого виявляються різке зниження мнестичних функцій (забування імен рідних і близьких, фактів своєї біографії, розпад логіко-абстрактної пам'яті), конфабуляції і псевдоремінісценції, втрата професійних навичок, нерозуміння абстракцій, логіко-граматичних конструкцій, порушення рахункових операцій, апракто-агностичні розлади, емоційна тупість, апато-абулічні прояви. Спостерігається акцентуація негативних преморбідних особистісних особливостей, а потім - егоїзм, морально- етичне зубожіння, нерідко сутяжництво. При гіпертонічній хворобі недоумство прогресує швидше, ніж при церебральному атеросклерозі. Цьому сприяють часті гострі порушення мозкового кровообігу, що супроводжуються виникненням вогнищевих уражень.

При облітеруючому ендотромбангіїті, що спостерігається переважно у чоловіків, нерідко уражаються не тільки судини нижніх кінцівок, але і судини головного мозку. У цих випадках мова йде про церебральні форми хвороби. У хворих спостерігається так звана «перемежовуюча кульгавість мозкових центрів», що виявляється в скороминущих порушеннях зору, мови, нападах страху, сутінкових розладах свідомості і т.п. Недоумство при церебральному облітеруючому ендартеріїті носить лакунарний

(амнестичний) характер. Потім воно досить швидко поглиблюється, нарастають асемічні розлади, розпадається ядро особистості, формуються ознаки глобарного недоумства (псевдопаралітичного або псевдотуморозного типу).

Травматичне недоумство, також як і судинне, відноситься до групи лакунарних деменцій. Типовими для нього є сповільненість, інертність і некритичність мислення (Давиденков С.М., 1938), що поєднуються з переоцінкою власної особистості і прагненням до монотонного і стереотипному резонерству. Не менш типові виражені мнестичні розлади, виснаженість когнітивних функцій, переважання конкретних суджень, труднощі у виділенні істотних ознак і у використанні абстрактних понять. Характерні дратівливість і емоційна нестійкість або байдуже-добродушний настрій, який в ряді випадків супроводжуються недостатньо цілеспрямованою надмірною діяльністю, метушливістю, або зниженням вольової активності. При травматичному недоумстві спостерігається своєрідна редукція уваги - на хворого впливають як подразники тільки ті предмети, які знаходяться в полі зору (Гіляровський В.О., 1944). Немає чіткої відповідності між дефектом пам'яті та інтелекту, як це буває при епілептичній і атеросклеротичній деменції. При помірно вираженому інтелектуальному зниженні може спостерігатися значне порушення мнестичних функцій (Блейхер В.М., 1976).

Виділяють два варіанти травматичного недоумства: просте травматичне недоумство з відносно впорядкованою поведінкою і з проявом афективної нестійкості, і психопатоподібна травматична деменція з розгальмованністю поведінки, істеричними проявами, а також з ейфорією, придуркуватою і підвищеною самооцінкою. До першого варіанту відносяться випадки апато-абулічного синдрому з явищами аспонтанності, безініціативності, брадіпсихізма, торпідності, зменшення запасу відомостей і навичок, збідніння мови. Його пов'язують з пошкодженням конвексітальної поверхні лобової частки. Психопатоподібна травматична деменція зв'язується з пош-

кодженням базальної поверхні лобової частки. А так як при травматичному недоумстві страждають не тільки лобові, але і лобно-скроневі відділи кори головного мозку, то порівняно нерідко серед його клінічних проявів мають місце асемічні розлади (амнестична афазія, алексія, аграматизм і ін.). У деяких випадках мнестичні розлади досягають рівня Корсаковського синдрому. При ураженні скроневої частки домінантної півкулі головного мозку характерні виражені особистісні зміни, які проявляються в зниженні ініціативи, в труднощі використання життєвого досвіду, в легковажних вчинках, апатії, іноді в депресивно-дисфоричних розладах. При прогресивному перебігу травматичної деменції некритичність самооцінки досягає такого ступеню, що можна говорити про псевдопаралітичне недоумство (Блейхер В.М., 1976).

Одним з варіантів синдрому посттравматичної деменції є «пуерільне травматичне слабоумство» (Буземанн А., 1950). Для нього характерне поєднання деменції з явищами пуерілізма, безтурботності, навмисної дитячості, порушення логічного складу мислення, послідовності, недостатності взаємозв'язку суджень.

В.О.Гіляровський (1946) вказує на можливість посттравматичних психічних розладів по типу псевдоорганічного недоумства, при якому спостерігаються ознаки вираженої інтелектуальної недостатності, що мають однак оборотний характер.

Епілептичне недоумство має певну схожість з травматичною деменцією. Зокрема, це виявляється в наявності брадипсихії і інертності. Однак, на відміну від травматичної і судинної деменції, при епілептичному недоумстві темп психічної діяльності хоч і уповільнений, але рівномірний - відсутня підвищена виснаженість її, уповільнення психічних процесів поєднується з брадикінезією і олігофазією. Переважає конкретне мислення, яке не тільки тугорухоме, але і в'язке, що проявляється в схильності хворих до надмірної деталізації, в неспроможності відділення основного від другорядного. Хворі в своїх судженнях не можуть відволіктися від деталей,

«топчуться на місці», але мети свого висловлювання не втрачають. Їх мова рясніє шаблонами, відрізняється своєрідною витіюватістю, вживанням зменшувальних і пестливих назв, примітивним римуванням. Відзначається прагнення прикрасити мову. Характерні повчальні висловлювання, що відображають схильність хворих до деякої патетичності і переоцінки власного життєвого досвіду. Хворі люблять робити настанови, повчати, стаючи іноді в роль «неприємного, вузького мораліста» (Суханов С.А., 1912). Висловлювання хворих неглибокі, поверхневі, містять банальні асоціації. Спостерігається поступово наростаюче зубожіння словникового запасу - прогресуюча олігофазія. Типовим є поєднання повчальності, олігофазії і егоцентричних тенденцій. Вони виявляються в постійному прагненні «включення себе в ситуацію» (Завілянська І.Я., Таращанська Р.Е., 1959), в спробах самоствердження, в жадобі визнання. При епілептичному недоумстві знижується пам'ять, причому відзначається паралелізм між ступенем виразності недоумства, олігофазією і ослабленням пам'яті. Егоцентрична афективно-особистісна спрямованість процесів мислення надають епілептичному недоумстві особливі риси, що дозволяють визначати його як концентричне (Случевський І.Ф., 1957). Для нього характерне звуження інтересів хворого на власній особистості, вузькість діапазону мислення, зниження рівня узагальнення і виключення, втрата відчуття гумору (це пов'язано з тугодумством і утрудненням виділення істотного). Нерідко спостерігаючи при епілептичному недоумстві переоцінка малоістотних ознак робить необхідним диференціювати його з шизофренічним недоумством, при якому має місце актуалізація «слабких» ознак і руйнування стереотипів і шаблонів.

Виділяється кілька видів епілептичного недоумства: просте недоумство, що характеризується прогредієнтністю і відсутністю продуктивної психопатологічної симптоматики; в'язко-апатичне недоумство, при якому виявляються виражена апатія, повільність і тугорухомість інтелектуальних і емоційних проявів, відсутність афективної напруженості і експлозивності

(Морозов В.М., 1967). Подібні ознаки, а також виражені явища олігофазії, описані Я.П. Фрумкіним, І.Я. Завілянським (1964) в структурі інертно-олігофазичного варіанту епілептичного недоумства. Параноїдне епілептичне недоумство включає продуктивну психопатологічну симптоматику, зокрема, систематизовані параноїчні і парафренні переживання. Воно відрізняється протрагованим перебігом і відносно інтелектуально-мнестичним збереженням. Порівняно рідко зустрічається псевдопаралітичне недоумство, відмітними ознаками якого є менша рухливість, конкретність маячних ідей величі, бідніших за змістом, ніж при прогресивному паралічі. Крім того, на тлі благодушно-ейфоричного афекту епізодично проявляється експлозивність.

Як свідчать епідеміологічні дослідження, епілептичне недоумство виникає приблизно в 20% випадків захворювання на епілепсію (Кербіков О.В., 1947). Цікавим є та обставина, що у хворих на епілепсію з преморбідно високим інтелектом недоумство виявляється пізніше і в меншій мірі.

Старече недоумство феноменологічно відноситься до глобарної деменції. Починається воно зазвичай після 65 років. Звертає на себе увагу зниження психічної активності, що набуває риси ригідності. Типові особистісні зміни у вигляді все посилюючих проявів егоцентризму хворих, їх байдужості до близьких людей, невмотивованої впертості, скупості, іноді педантичності, підозрілого ставлення до оточуючих.

На тлі швидко наростаючого грубого руйнування як власне інтелекту, так і його передумов, виявляються ознаки морального отупіння, руйнування ядра особистості. Швидко прогресують порушення як смислової, так і механічної пам'яті відповідно до закону Рібо: спочатку на поточні події, потім на події недавнього минулого і так далі. Найдовше зберігаються в пам'яті афективно-значимі події. Можлива певна жвавість афективно забарвлених спогадів - «афективні емболи» (Блейхер В.М., 1976). Характерна амнестична дезорієнтовка з проявами екмнезії: хворі не можуть назвати дату, день тижня, рік, пору року, не знають свого

місцезнаходження, часто набагато зменшують свій вік («18-20 років»), жінки називають своє дівоче прізвище і т.д. Це визначає появу характерного «зсуву ситуації в минуле». Досить швидко виникають явища фіксаційної амнезії (хворі не здатні запам'ятати новий матеріал). Ті, у кого мають місце помилкові впізнання, нерідко також виявляють екмнезичну тенденцію: незнайомі люди сприймаються як рідні і друзі, які оточували хворого в молоді роки. На більш пізніх етапах захворювання спостерігаються явища амнестичної афазії.

С самого початку страждають процеси узагальнення, виключення і хворі досить швидко перестають справлятися з найпростішими інтелектуальними завданнями - не можуть підібрати узагальнюючих назв до кількох предметів, виключити подібне по ознакам. Втрачається інтерес до оточуючого.

На початку захворювання у хворих відзначається постійне прагнення до спілкування з оточуючими, балакучість. Однак дедалі більше смислове зубожіння мови хворих, порушення розуміння зверненої до них мови і швидко втрата ними нитки розмови робить спілкування малопродуктивним. Втім, хворі можуть вести «бесіду» і без співрозмовника. При втраті теми бесіди, хворі нерідко звертаються до тем давніх життєвих ситуацій (Вайсборд С.А., 1959). На відміну від атеросклеротичного недоумства, тривалий час зберігається жвавість і природність мови (Жислін С.Г., 1956). Поряд з багатослівністю наблюдається стереотипне повторювання фраз, персеверації, вербальні парафазії. Поступово мова хворих все більш стає фрагментарною, перетворюючись в незрозумілий набір слів (вербігірація), в невиразне бормотіння.

Розлади праксису виникають значно пізніше, ніж розлади усного мовлення (на відміну від хвороби Альцгеймера). Найбільшою мірою це виражається в явищах аграфії: порушується почерк - літери стають незграбними, потім перетворюються в каракулі і в одноманітно повторювані штрихи (сенільна аграфія по Крепеліну).

Виділяють кілька варіантів старечого недоумства. Просте старече недоумство характеризується поступово наростаючим інтелектуальним зниженням, загальною прогресуючою амнезією, втратою психічної активності, що формується розпадом ядра особистості, моральним отупінням. Старече слабоумство з конфабуляціями - хронічна пресбіофренія (Кальбаум К., 1863, Верніке С., 1881.) включає поряд з типовими сенільними змінами особистості, мнестичними розладами зі зсувом ситуації в минуле, амнестичною дезорієнтовкою і конфабуляціями, розвитком недоумства також гіпоманіакальні прояви: піднесено-ейфоричний настрій, підвищена безплідна діяльність, балакучість, перебільшена ввічливість, багатослівність, прискорена з явищами відволікання мова.

При приєднанні до сенільно-атрофічної патології судинних розладів картина захворювання набуває рис хвороби Гаккебуша-Гейера-Геймановича (Гаккебуш В.М. , Гейер Т.О., Гейманович О.І., 1912, 1916) .

Недоумство при хворобі Альцгеймера (Alzheimer A., 1906) виникає зазвичай у віці 50-60 років, причому майже в 10 разів частіше у жінок. У 25% випадків відзначається спадкова обтяженість психічними захворюваннями (Штернберг Е.Я., 1977).

В формуванні недоумства при хворобі Альцгеймера виділяються три стадії: перша (початкова) - відзначаються порушення пам'яті, уваги, інтелекту, без виражених фокальних симптомів; друга - все більш наростаюче недоумство, поява вираженої осередкової патології (афатичні, агностичні, апрактичні симптоми); третя (термінальна) характеризується грубим психічним розпадом з переходом на вегетативний спосіб існування.

Перша стадія: прогресуючі розлади пам'яті, спочатку на недавні події (за законом Рібо), з'являються прогалини пам'яті і досить бідні псевдо-ремінісценції. Найчастіше вони виявляються при виникненні захворювання після 60-65 років (Блейхер В.М., 1976). Розстроюється і активна увага, що ускладнює запам'ятовування. На відміну від старечого недоумства, не відзначається вираженого поживлення запасів минулого в пам'яті, рідше

зустрічається «зсув ситуації в минуле», що носить при хворобі Альцгеймера рецидивний характер. Потім погіршується збереження (утримання) в пам'яті, що виявляється в фіксаційній амнезії. Це відбивається і на явищах праксису. З великими труднощами утворюються навіть нескладні рухові стереотипи (хворому пропонується слідом за лікарем зробити три-чотири рухи кистями рук в певній послідовності), що відрізняються надзвичайною нестійкістю. Виявляється втрата складних, тонко диференційованих навичок, що є перші прояви апраксії.

Уже на ранніх етапах хвороби Альцгеймера відзначаються зміна почерку і параграфії. Наряду і на тлі мнестичних розладів виявляються ознаки інтелектуальної недостатності, зокрема, труднощі у виконанні операцій узагальнення і виключення.

Розлади мови проявляються в складнощах проголошення слів, в помилковій установці наголосів. Мова стає невпевненою, тремтячою. Можливі елементи семантичної афазії (хворі не можуть зрозуміти вирази «мамина донька» і «дочка мами» або «батько брата» і «брат батька» і т.п.) і акалькулія (порушуються уявлення про розрядності чисел, наприклад, 573 записують як 500 703, а 1045 - 1000405 і т.п.), не спроможні в рахункових операціях. З'являються елементи симультантної агнозії (правильно перераховуючи зображені на картині предмети, хворі не можуть зрозуміти відношення між ними).

У другій стадії недоумства з'являються виражені розлади мови, гнозису і праксису. Характерна амнестична афазія, збіднення мови іменниками, порушення граматичної будови фраз. Типове виникнення логоклоній, пропуск або неадекватне заміщення слів, незакінченість фраз. Більш грубо і, на відміну від сенільної деменції, швидко розстроюється письмова мова (аграфія) і читання (алексія). З'являється виражена неврологічна симптоматика (явища паркінсонізму, парез лицьового нерва), іноді судомні пароксизми. Недоумство набуває глобарного характеру. Разом з тим ще може зберігатися відчуття своєї неспроможності.

В третій стадії хвороби Альцгеймера недоумство носить тотальний марантичний характер. Мова остаточно розпадається і являє собою зазвичай стереотипне повторення окремих звуків, складів, уривків фраз. Втрачається можливість контакту з хворим.

Недоумство при хворобі Піка (Pick A., 1892 г.). Як і хвороба Альцгеймера хвороба Піка починається переважно у віці 50-60 років, але зустрічається в 4 рази рідше. Серед хворих переважають жінки (5: 3).

Недоумство при хворобі Піка феноменологічно відноситься до групи глобарної деменції. Для нього характерна поява вже на ранніх етапах захворювання елементів руйнування ядра особистості. Це може проявлятися у вигляді наростаючої млявості, безініціативності, байдужості. Хворі виявляють недбалість, запускають свої справи. Вони бездумно сидять на одному місці, не вступають ні з ким в розмову, не виявляють ніякої активності. Може бути інший варіант особистісних порушень, коли хворі стають неспокійними, метушливими, безглуздо діяльними, ейфоричними, придуркуватими, егоїстичними, нетактовними, безсоромними. Характерне загальне розгальмування, особливо в сфері потягів зі схильністю до сексуальної гіперактивності і ненажерливості. Поряд з особистісними змінами і на їх фоні виявляється «безглуздість», яка проявляється в зниженні гнучкості і продуктивності понятійного мислення, критичної оцінки складних і тонких відносин, ситуацій. Це і визначає появу елементів пуерільних, недоречних жартів, вчинків, втрату такту і почуття дистанції, професійне зниження і падіння продуктивності в роботі. З самого початку захворювання різко страждає активна увага: хворі погано зосереджуються. Разом з тим вони і не виявляють інтересу і старання до виконання завдання. Поступово наростає грубе порушення понятійного (абстрактно-логічного) мислення. Хворі не розуміють відмінності і подібності предметів, явищ, в їх узагальненні, в поясненні переносного сенсу прислів'їв, приказок і метафор.

Вслід за особистісно - інтелектуальними порушеннями виникають порушення мови у вигляді її збідніння, ехолалій, появи мовних стереотипів

(«стоячих симптомів»). Останні являють собою монотонно з однаковою інтонацією повторювані слова, фрази, короткі оповідання - симптом «графофонної пластинки» (Майер-Гросс W., 1931). Нерідко спостерігається розлад спонтанної мови, аж до мутизма. Іноді порушується розуміння сенсу слів (семантична афазія). Можуть бути стереотипні жести, мімічні реакції, вчинки, які так само відносяться до «стоячих симптомів». Вони більш складні і цілісні, чим суттєво відрізняються від рухових стереотипів та інтерактивних рухів, що спостерігаються при хворобі Альцгеймера.

Поступово, але швидше, ніж при хворобі Альцгеймера, розвивається глибоке недоумство з руйнуванням всіх видів психічної діяльності і активності.

Характерною особливістю при хворобі Піка можна вважати поєднання початкових порушень понятійного мислення («безглуздості») і відносного збереження інтелектуальних передумов і духовного інвентарю. Зокрема, досить довго зберігається здатність до запам'ятовування простих буденних фактів, подій, порівняно збережений і запас набутих знань. Хворі орієнтуються в звичайній і навіть нескладній новій обстановці, у них зберігається послідовність в часі (хроногнозія): розпорядок дня, що було недавно, що буде або може бути найближчим часом. Навіть глибоко дементні хворі зазвичай орієнтуються в приміщенні, знаходять свою койку, можуть на щось звернути увагу, щось помітити (Е.Я. Штернберг). Практично не спостерігається симптом «зсуву ситуації в минуле».

Поряд з вищевказаним, диференціальна діагностика з деменцією при хворобі Альцгеймера ґрунтується на тому, що інтелект при хворобі Піка уражається як би «зверху», тобто від більш тонких, складних і диференційованих форм інтелектуальної діяльності до більш простих і автоматизованих форм. При діагностиці хвороби Піка слід мати на увазі необхідність відмежування її від недоумства при прогресивному паралічі і при пухлинах лобової локалізації.

Слабоумство при хорей Гантінгтона (Huntington G.S., 1872). Хорея Гентінгтона порівняно рідкісне спадкове захворювання, що передається за домінантним типом і представляє дегенеративний атрофічний процес з переважною локалізацією в підкіркових гангліях, в меншій мірі - в корі.

Починається захворювання раніше ніж пресенильна деменції, в середньому в 40-43 роки. У літературі наводяться суперечливі відомості про статеве співвідношення хворих хореею Гентінгтона, разом з тим більше даних за деяку перевагу у жінок. При діагностиці цього захворювання можна використовувати чотири основні ознаки: гіперкінези, деменція, початок в середньому віці, прогредієнтність течії.

Особливістю недоумства при хорей Гантінгтона є той факт, що основні його симптоми «як би виростають» з преморбідних особистісних відхилень (Штернберг Е.Я., 1977). Преморбідні особливості особистості найчастіше виражаються в підвищеній збудливості, дратівливості, нестриманості, схильності до деліквентних вчинків. Характерна недиференційована і незграбна локомоторика, що проявляються в ході, мові, почерку і т.д. Нерідко відзначається інтелектуальна недостатність: від субнормального інтелекту до глибоких ступенів олігофренії (дебільність і навіть імбецильність). Значно рідше преморбідні особливості включають риси торпідності: млявість, нетовариськість, замкнутість, егоцентричність, емоційна холодність. Е.Я. Штернберг описує третій варіант преморбідних особливостей, в яких на перший план виступають істеричні риси особистості і істеричні реакції.

У переважній більшості випадків захворювання маніфестує хореатичним гіперкінезом, на тлі якого зазвичай і розвиваються тієї чи іншої глибини і прогредієнтності психічні розлади. Першими ознаками хорей Гентінгтона є загострення таких преморбідних особливостей особистості, як підвищена збудливість і вибуховість. У міру наростання деменції вони стають все більш вираженими. При торпідному варіанті преморбіда замкнутість і емоційна холодність згладжуються, хворі стають добросердними,

балакучими або дратівливими і агресивними. При істеричному варіанті преморбідної особистості в міру наростання слабоумства істерична симптоматика нівелюється і наростає дратівливість і збудливість. В міру розвитку вираженого недоумства всі хворі виявляють пасивність і байдужість. Для хореї Гентінгтона типовим виявляється своєрідне поєднання дратівливості і збудливості з пасивністю і байдужістю.

Поряд з особистісними змінами формується спочатку малопомітно, але неухильно і прогресивно недоумство, першими і кардинальними ознаками якого є крайня нестійкість уваги і недостатність зосереджування. Це відображається в розладах пам'яті, мислення та поведінки. Зокрема, при відносному збереженні запасів пам'яті, відзначається виражене порушення запам'ятовування і короткочасної (оперативної) пам'яті. Мислення набуває «гіперкінетичного типу» (Клейст), особливості якого полягають в тому, що установки і цілі розумової роботи порушуються побічними імпульсами. Хворі на хорею Гентінгтона «втрачають нитку розмови», послідовність уявлень, їх мислення стає стрибкоподібним і в той же час уповільненим і інертним.

Порушення мови також носять переважно «гіперкінетичний» характер. Мова стає невиразною, змашеною, дизартричною, «розрубаною», уповільненою, нерівномірною, доповнюється ембололалічними звуками: прицмокуванням, кректанням, муканням і т.п. Темп мовлення то сповільнюється, то стрибкоподібно прискорюється і голос стає то тихим, то неприродно гучним. Відбувається постійне зубожіння мови: зниження мовної активності, збіднення словникового запасу, спрощення граматичних оборотів (відповіді на питання з ехолалічними повтореннями слів питання або односкладово - «так», «ні», «не знаю» і т.п.). Нерідко відзначається порушення назв предметів, що має схожість з явищами амнестичної афазії, і іноді - мовні автоматизми за типом паліلالії. Психічна діяльність хворих на хорею Гентінгтона носить вкрай нерівномірний характер і схильна до значних

коливань: часом вони діють безглуздо, а іноді виявляються більш зібраними і продуктивними.

Звертає на себе увагу тривале збереження орієнтування в собі і навколишньому, можливість обслуговувати себе, не втрачаючи звичних навичок. Хворі можуть довго утримуватися на роботі, пристосовуючись до виконання звичних повсякденних вимог, але виявляються повністю неспроможними при необхідності виконання незвичної інтелектуальної роботи. У хворих на хорею Гентінгтона не спостерігається амнестичного дезорієнтування, «зсуву ситуації в минуле», помилкових впізнавань, порушення хроногнозії. Разом з тим, у міру наростання недоумства відбувається спустошення пам'яті.

Поступово наростає зниження власне інтелектуальних функцій, що виявляється в неспроможності осмислення змісту простих оповідань, виділення істотного, уловлювання прихованих причинних зв'язків. Знижується критика, рівень узагальнень і суджень. Все більш вираженими стають зубожіння і нівелювання інтелектуальної діяльності, аспонтанність і непродуктивність.

Прогредієнтність і глибина процесу недоумства при хорей Гентінгтона менше ніж при пресенільних деменціях. Проте, у міру наростання деменції характерні особистісні відхилення згладжуються і все більш виступає аспонтанність, байдужість, емоційна тупість, нерідко - благодущність і ейфоричність. Все більш вираженого характеру набуває інертність психічних процесів. Це відбивається, зокрема, в тому, що у багатьох хворих має місце настирливість (акайрія).

Психогенне недоумство (псевдодеменція, Wernicke C, 1900; Stertz G, 1910). Цей різновид недоумства являє собою одну з клінічних форм істеричних психозів. Умови виникнення псевдодеменції - гостра психо-травма і наявність преморбидної психічної неповноцінності. За даними Н.І. Фелінської, найчастіше неповноцінність характеризується рисами істеричної або епілептоїдної, рідше - шизоїдної або циклоїдної акцентуації або психопатії.

Феноменологічно псевдодеменція відноситься до транзиторного типу недоумства. Виникає симптоматика гостро, зазвичай на тлі пригніченого настрою, тривоги. Втрачається орієнтування, хворі відчувають почуття страху і тривоги: тремтять, злякано озираються, забиваються в кут, іноді беззвучно плачуть. В їх висловлюваннях нерідко звучать елементи параноїдних переживань, також забарвлених афектом страху («прийдуть, вб'ють, заріжуть, четвертують ...»). Хворі відчувають яскраві гіпнагогічні галюцинації страхітливого характеру (бачать «страшні пики з ножами в зубах», розлючених псів, чортів, чують гавкіт собак, кроки, відчувають, що їх душать, кусають і т.п.). Потім клінічні прояви набувають більшу специфічність. У поведінці хворих на перший план виступає розгубленість, яка проявляється в усьому вигляді, жестах, в характерному нерозумінні того, що відбувається, в злякано-тривожному погляді, що не фіксується на предметах і особах. Хворі витріщають очі, намагаються дертися на стіну, натикаються на предмети, натягують шкарпетки на руки, не знають як треба сісти на стілець, беруть в руки ті чи інші предмети і здивовано розглядають їх, повзають рачки по підлозі і т.п.

Предоставлені самим собі, хворі лежать на ліжку або сидять, ні з ким не спілкуючись. При зверненні до хворих, вони тільки відповідають на питання, виконують за вказівкою дії. При цьому звертає на себе увагу контраст між звичайною загальмованістю хворих і метушливістю, поспішністю під час виконання завдань.

Дуже характерний симптом мимоговоріння (Ganser S.J.M., 1898 г.). Суть його полягає в певній відповідності неправильної відповіді змісту поставленого питання. Хворі не так називають пору року, рік. Підлогу називають столом, а стіл - підлогою. Рахунок виконують повільно, із застосуванням пальців, ворущачи губами $5 + 5 = 8$, $7 - 3 = 5$. У відповідь на питання скільки пальців на руках хворі нерідко починають розглядати розчепірені пальці, з помилками рахувати їх або відповідають «не знаю».

У ряді випадків відповіді мають схожість з амнестичною афазією, так на прохання назвати той чи інший предмет, хворий описує їх функцію («окуляри - щоб дивитися», «ключ - відкривати двері»). Хворі відповідають з великими паузами, повільно. Доводиться повторювати питання. Відповіді можуть носити характер ехолалій: на питання скільки вам років хворий відповідає - «скільки вам років». Фрази іноді побудовані аграматично. Іноді спостерігаються істеричні фантазми.

Не менш характерні «мимодії» («моторна псевдодеменція» - Г. Штертц), коли хворі на прохання доторкнутися пальцем до носа, беруть себе за вухо, на пропозицію показати зуби, пальцями розкривають рот. При цьому типові безпорадна метушливість, незакінчені спроби тих чи інших дій, недостатня координованість рухів. В цьому є подібність з «апраксією», проте це - псевдоапраксія (Г.А. Обухів).

Клінічна картина псевдодеменції зазвичай включає елементи пuerільності, які проявляються в примхливості, в наївності відповідей, в дитячих інтонаціях мови, в дитячих іграх з паличками, зі зробленими з хліба кульками і т.п. Можуть спостерігатися симптоми «здичавіння»: вони їдять язиком (хлебтають) з тарілки, повзають по підлозі, видають звуки, що нагадують собачий лай.

В деяких випадках прояви псевдодеменції виступають на тлі вираженої депресії: хворі рухово загальмовані, часто плачуть, в їх відповідях звучать безнадійність, тоска. Депресивні, астено-депресивні прояви спостерігаються у більшості хворих по виходу з психотичного стану. При цьому симптоматика псевдодеменції поступово згладжується: зменшуються розгубленість, тривожність, з'являється орієнтування в місці, а потім і в ситуації. Відповіді стають все більш правильними, хворі стають більш доступними контакту.

Гострий психотичний період зазвичай амнезується повністю, але можуть зберігатися окремі смутні спогади, найчастіше запам'ятовуються образи

гіпнагогічних галюцинацій. Псевдо-деменція спостерігається також в структурі синдрому Ганзера (Ganser S.J.M., 1898 г.).

Шизофренічне недоумство феноменологічно відноситься до транзиторного типу. І.Ф.Случевський, обґрунтовуючи виділення транзиторного недоумства, писав: «хворі на шизофренію можуть багато років проявляти глибоке недоумство, а потім несподівано для оточуючих, в тому числі і лікарів, виявити відносно добре збережений інтелект, пам'ять і чуттєву сферу» (1959). У зв'язку з цим представляють інтерес погляди Груле (Gruhle H.W., 1929), на думку якого інтелектуальна недостатність при шизофренії залежить від психічних особливостей, що лежать поза інтелекту: порушення ініціативи, винахідливості, наполегливості, рішучості і т.п. Груле і Берце стверджували, що хворий на шизофренію «володіє знаряддям формального інтелекту до кінця своїх днів, але протягом тривалого часу він не може користуватися цією зброєю, так як у нього немає інтересу користуватися ним» (1929). На їхню думку, скоріше варто говорити про особливу манеру мислення у хворих на шизофренію, настільки незвичайну, що з'являється думка про недоумство. Про незрозумілість, чужість звичайним (нормальним) людям психічних конструкцій, свідомості і логіки хворих на шизофренію задовго до Груле писав О.Н.Бернштейн (1912) в «Клінічних лекціях про душевні хвороби».

На думку М. Вайсфельда (1936), інтелектуальна недостатність при шизофренії обумовлена «відволіканням» (маячними переживаннями, галюцинаціями і т.п.), «недостатньою активністю» (властивість преморбідної особистості), «впливом гострих психотичних станів». Проте, неправильна поведінка, безглуздість у вчинках, неадекватність інтелектуальних реакцій, їх невідповідність соціальним нормам у хворих на шизофренію свідчать про наявність у них деменції. Важливою ознакою шизофренічного недоумства Берце (Berze J., 1914) вважав «гіпотонію свідомості», яку ряд авторів порівнюють зі станом при засипанні (К. Шнейдер, А.С. Кронфельд, О.Бумке), що дуже близько до патофізіологічного трактування І.П. Пав-

лова, який вважав шизофренію хронічним гіпноїдним станом. Разом з тим цього недостатньо для розуміння клінічної структури шизофренічного недоумства. Як показали численні дослідження, при шизофренії відбувається порушення системного функціонування інтелекту при збереженні окремих його елементів. Зокрема, це проявляється в асинхронності процесів мислення, яке набуває особливого характеру химерності, символічності, формальності, манірності, мозаїчності. Когнітивний апарат збережений, але асоціативні зв'язки істотно модифіковані, звужені і невпорядковані. Роз'єднаність, «кускоподібна» робота інтелекту, роздробленість в сприйняттях і уявленнях, мозаїчність переживань, поряд з паралогічним мисленням і «афективним загасанням особистості» (Внуков В.А., 1934) складають основу шизофренічної деменції.

До цього слід додати, що у хворих на шизофренію довго задовільно зберігаються орієнтування в часі, місці, навколишньому, а також основні процеси пам'яті. Тільки запам'ятовування у них виявляється гірше через падіння інтересу і порушення здатності зосереджуватися. Е. Блейлер (1911) поєднання психотичних ознак з окремими нормальними інтелектуальними здібностями при шизофренії відносить до проявів «подвійної бухгалтерії».

Руйнівний вплив на інтелектуальну діяльність надають перекручене, неправильне, символічне сприйняття, явища дереалізації і деперсоналізації, а головне - порушення мислення, обумовлені описаними Крепеліним «роз'їздом», «зісковзуванням», «розтягуванням» думок. Відбувається роз'єднання, порушення перебігу асоціацій, випадіння окремих ланок асоціативного процесу, атактично вриваються сторонні думки і ідеї, що обумовлено відсутністю або зниженням цільових установок, падінням процесів зосередження і інтересу, порушенням гармонійного співвідношення між когнітивними процесами і емоційним реагуванням. Це і визначає особливості атактичної мовної сплутаності, яка характеризується наявністю неправильної граматичної побудови фраз при порушенні смислового змісту у вигляді «зісковзування», «роз'їзду», псевдопонять і неологізмів, конта-

мінацій, символічного розуміння і тлумачення, описаного Первомайським Б.Я (1971) феномена «зміщення» (тимчасової асинхронічності), персеверацій, емболів, безглуздих відповідей, парадоксальності умовиводів і висловлювань, поєднання непоєднуваного і роз'єднання неподільного. У структурі шизофренічного недоумства може мати місце шизофазія, що представляє собою таку ступінь атактичної мовної сплутаності, при якій виявляється неможливою інтелектуальна комунікація. Мова в цих випадках позбавлена емоційної виразності, монотонна, часом набуває характеру невиразного безглузлого бормотіння. Голос зазвичай тихий, але часом можуть бути гучні викрики.

По мірі перебігу захворювання наростає недоумство, що проявляється у все більш різкому зниженні інтелектуальної продуктивності, кмітливості, втрати критичного ставлення до навколишнього і до свого стану, в наростанні неухважності, апатії, аутизму.

При глибокому шизофренічному недоумстві хворі нерухомо сидять або лежать в ліжку, зовсім байдужі до того, що відбувається навколо і до своїх власних потреб, не проявляючи навіть чисто фізіологічних бажань: вони неохайні, їх доводиться годувати з ложки. Розпадаються всі соціальні та особисті зв'язки, вербальне спілкування з хворими виявляється неможливим. Якийсь час зберігаються деякі звичні жести.

Недоумство може носити характер простого, при якому продуктивна психопатологічна симптоматика редукується і на перший план виступає в тій чи іншій мірі виражена інтелектуальна неспроможність.

А.О. Едельштейн (1938) запропонував виділяти варіанти вихідних станів шизофренії в залежності від ступеню деструкції особистості: синдром «апатичного» недоумства («деменція спонукань»); «органічний» тип недоумства, для якого характерні розлад критики, примітивність і банальність суджень, бідність мислення, психічна виснаженість; синдром «руйнування» - тотальний розпад інтелекту і особистості при збереженні лише нижчих психічних функцій; синдром «особистісної дезінтеграції». Вихідні стани

при шизофренії можуть носити характер недоумства, при якому зберігаються деякі сліди клінічної форми: гебефренність (дефектгебефренія), кататонічні прояви (негативізм, стереотипії), окремі вкрай одноманітні, стереотипні маячні висловлювання, позбавлені емоційного забарвлення.

Дослідження інтелекту

Дослідження інтелекту починається з моменту першого контакту з хворим, так як недостатність інтелекту може відобразитися на зовнішньому вигляді. При олігофренії нерідко відзначаються невідповідність статури (порушення співвідношення між довжиною тулуба і кінцівок), деформація черепа (надмірно подовжений, скошений, баштовий, мікроцефальний, гідроцефальний і ін.). Дефекти обличчя (гіпертелоризм, епікантус, деформація вушних раковин, неправильний ріст зубів, заяча губа, вовча паша). Слід звернути увагу на незручність, негармонійність локомоторних реакцій, шаркаючу ходу. Вираз обличчя у хворих з інтелектуальною недостатністю в багатьох випадках малоосмислений, тупий, очі тьмяні, «порожні», неосмислені, рот напіввідкритий. Міміка хворих бідна, маловиразна, груба. При деменції (руйнування інтелекту) часто зберігається тонко-диференційована міміка, що може бути використано в якості диференційно-діагностичного критерія.

Важну роль в оцінці інтелектуального рівня відіграє вивчення анамнезу. Разом з тим треба завжди тримати в сфері пильної уваги питання - чи не визначаються життєві невдачі іншими причинами, крім інтелектуальної недостатності (важкі життєві обставини, характерологічні особливості).

У ранньому дитинстві легко розпізнається тільки глибока ступінь олігофренії - ідіотія. Запізніла посмішка, запізніле схоплювання блискучих предметів, запізніле диференціювання мімічних реакцій, запізніле і недостатнє формування всіх видів статичних функцій можуть вказувати на

можливість олігофренії. Але ці ж ознаки можуть мати й інші причини. Запізніла мова і запізніле усвоєння навичок охайності, хоча і супроводжують зазвичай олігофренії, в ряді випадків є наслідком дефектів виховання і емоційної депривації. Недостатня інтелектуальна продуктивність може бути наслідком поганого навчання, бідності і одноманітності життєвого досвіду. У деяких випадках психопатичні особливості особистості (невміння підкорятися, упертість, відхід від життєвих труднощів і ін.) гальмують подальший інтелектуальний розвиток або навіть відкидають його назад у вигляді регресії інтелектуального розвитку на рівень більш раннього вікового етапу. Явища сенсорної та емоційної депривації в дитинстві також можуть сприяти розвитку інтелектуальної недостаточності.

При перевірці духовного інвентарю (шкільних і професійних знань, загальної поінформованості) необхідно попереднє ознайомлення з освітнім цензом хворого і характером його професії. Потім можуть бути використані питання наступного типу:

- Коли були перша і друга світова війна?
- Скільки частин світу?
- Хто такий М.І. Кутузов?
- При якій температурі замерзає і кипить вода?
- Що таке отрута?
- Чому плаває дерево в воді?
- Як виникає сніг?
- Назвіть кілька європейських стран.
- Чому автобус має гумові шини?
- Які твори написали А.С. Пушкін, М.Ю. Лермонтов?
- Які хвороби називаються інфекційними?
- Які дерева бувають в лісі?
- Яких хижих звірів, риб знаєте?
- Чому потрібно платити податки?
- Чому кухарки носять білий одяг?

- Що треба робити, коли з'являється запах газу?

Доцільно запропонувати питання, що стосуються загальних моральних уявлень:

- Які зобов'язання ми маємо по відношенню до наших батьків, близьких?

- Чому не слід мучити тварин?

- Що б ви зробили, якби знайшли гаманець з грошима?

- За яких обставин були б ви щасливі, нещасливі?

Альтруїстичне розуміння, безмежна відданість іншим, турбота про інших, співпереживання, розуміння соціальних обов'язків, зв'язків, етичних і естетичних норм недоступні при олігофренії, але можуть бути збережені при деяких видах деменції.

Дослідження процесів мислення:

1. Порівняння і відмінність (визначення подібності та відмінності на конкретно-образному і абстрактному рівнях): птах - літак, куш - дерево, дитина - карлик, помилки - брехня, скупість - ошадливість, віра - знання.

2. Аналіз (поділ понять на складові частини): овочі, хижі звірі, засоби пересування, посуд, держава.

3. Синтез (об'єднання частин в ціле): учитель, батьки, клас - батьківські збори; листя, гілки, стовбур - дерево; сцена, стільці, артисти, глядачі - театр.

4. Узагальнення (об'єднання предметів, якостей, явищ по будь-якою ознакою). Назвати одним словом грушу, яблуко, сливу; тролейбус, літак, потяг; чоботи, черевики, туфлі; чесність, скромність, бережливість.

5. Абстракція (виділення ознаки у відриві від конкретного носія його, наприклад - число, прозорість, рух). При дослідженні цієї операції мислення користуються прислів'ями, приказками, метафорами, крилатими фразами, що мають конкретний і абстрактний («переносний») сенс: - «У семи няньок дитя без ока» - «Рибак рибака бачить здалеку» - «Сім разів відмірай - один відріж» - «Ліс рубають, тріски летять» - «Куй залізо, поки гаряче» - «Золоті руки» - «Залізне серце».

6. Конкретизація (застосування абстрактних суджень, включаючи прислів'я, приказки, метафори і крилаті вирази до конкретної ситуації). Для конкретизації досліджуваний може використовувати приклади з життя, історії, літератури.

Необхідна перевірка рівня критичності до хвороби в цілому, до її окремих проявів, до своїх вчинків і висловлювань в минулому і сьогодні, до вчинків і висловлювань інших хворих.

Для перевірки різних сторін інтелекту використовуються такі тести як складання картинок з частин, завдання на розуміння оповідань, сюжетних картин, встановлення послідовності подій, на класифікацію, виключення, виділення істотних ознак, утворення аналогій, визначення та порівняння понять і т.д.

Не треба думати, що поглиблене дослідження інтелекту має базуватися головним чином на тестових завданнях. Наявні тести для дослідження інтелекту нерідко служать небезпечним джерелом помилок і є менш надійними, ніж вільна, правильно організована бесіда. Вирішальною перевіркою розумових здібностей є саме життя.

Дебілі і нормальні люди «... відрізняються не тільки мірою їх знань, але мірою їх можливостей, здібностей використовувати знання в житті. Справа йде не про інтелект для себе, але про інтелект як керівника їхнього життя. І тільки в останньому напрямку дебілі дефектні »(Вагнер-Яурег, 1913).

Про інтелект можна судити за характером поведінки хворого у відділенні, при виконанні трудових операцій в лікувально-трудовах майстернях і всередині відділення, за запасом слів, структурі пропозицій, манері розмови, відсутності або наявності критики, за швидкістю і способом виконання завдань, ефективності підказки, багатства або бідності уяви, розуміння гумору, характеру емоційних реакцій.

Необхідно також враховувати, що інтелект є складною комплексною функцією, що знаходиться в нерозривному зв'язку з іншими психічними функціями (увагою, рівнем спонукань, фоном настрою, рівнем неспання і

ін.). Порушення останніх (зменшення спонукань при депресії, порушення уваги при психоорганічному синдромі) може позначитися на інтелектуальній продукції та оцінці інтелекту. Тому слід уточнити, що страждає переважно - передумови інтелекту, духовний інвентар або власне інтелект, що включає вищезгадані здатності, адаптацію до нових ситуацій, критику і самокритику, здатність до передбачення, до навчання.

Питання до тестового опитування

1. У визначення якого синдрому входить поняття незворотності?

- аментивний
- амнестичний
- + деменція
- астеничний.

2. Етіологічні чинники олігофренії залежно від часу впливу поділяються

- + на спадкові
- + на внутрішньоутробні
- + на перинатальні і перших 3 років життя
- все перераховане невірно.

3. Характерними клінічними проявами дебільності є

- + слабкість абстрактного мислення
- афективна нестійкість
- + невміння використовувати знання для вирішення практичних завдань
- слабкість вольових функцій
- все перераховане невірно.

4. Психози у хворих на олігофренію розвиваються

- у всіх випадках
- в більшій частині випадків
- + рідко, при наявності додаткових провокуючих чинників.

5. До цілей лікування хворих дебільністю відносяться

+ навчання в обсязі програми початкової школи

- відновлення інтелекту

+ виховання

- нічого з перерахованого.

6. З перерахованих форм олігофренії можна попередити розвиток хвороби своєчасним лікуванням новонародженого

- при хворобі Дауна

+ при фенілкетонурії

- при важкій вродженій гідроцефалії

- при синдромі Мартіна – Белла.

7. Вкажіть найбільш часту причину затримки психічного розвитку

- спадковість

+ соціальна занедбаність

- родові травми

- інфекції.

8. Вроджене недоумство (олігофренія) проявляється

+ дебільністю

- деменцією

+ імбецильністю

+ ідіотією

- обсессіями

- нічим з перерахованого.

9. Олігофренії обумовлені недорозвиненням мозку в зв'язку

+ з перинатальними шкодою

+ з травмами під час пологів

+ з шкідливостями перших трьох років життя

- ні з чим з переліченого.

10. Для хвороби Дауна характерно все перераховане, крім

- розвитку хвороби у жінок

- розвитку хвороби у чоловіків

- + збереження репродуктивних функцій
- розумової відсталості в ступені імбецильності у більшості хворих.

11. Лакунарне недоумство зустрічається при

- шизофренії
- епілепсії
- синильній деменції
- + атеросклеротичній деменції
- олігофренії.

12. Дементний синдром є характерним для

- неврозів
- шизофренії
- психопатій
- + старечих психозів
- олігофреній.

13. Набуте недоумство зустрічається в вигляді

- парціального (лакунарного)
- тотального (глобарного)
- маразма (глибокого психічного розпаду)
- +вірно все перераховане
- невірно все перераховане.

14. Олігофренія являється виразом

- парціальної психічної ретардації
- +тотальної психічної ретардації
- асинхронії психічного розвитку
- регресу психічних функцій
- вірно а) і в).

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

Основна

1. Психіатрія і наркологія : підруч. для студ. вищ. мед. навч. закл. / Г. Т. Сонник [та ін.] ; за ред. О. К. Напрєєнка. - К. : ВСВ Медицина, 2015. - 424 с.
2. Психіатрія і наркологія : підруч. / В. Л. Гавенко [та ін.] ; за ред.: В. Л. Гавенка, В. С. Бітенського. - 2-е вид., переробл. и доп. - К. : ВСВ Медицина, 2015. - 512 с.

Додаткова

1. Барденштейн Л. М. Психопатология познавательной деятельности. Нарушения ощущений, восприятия памяти, мышления, внимания / Л. М. Барденштейн. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. — 64 с.
2. Дмитриева Т. Б. Психиатрия. Национальное руководство / Т. Б. Дмитриева. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. — 624 с.
3. Жариков Н. М. Психиатрия: учебник / Н. М. Жариков, Ю. Г. Тюльпин. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: МИА, 2009. — 832 с.
4. Жмуров В. А. Большой толковый словарь терминов психиатрии / В. А. Жмуров. — М.: Джангар, 2010. — 864 с.
5. Иванец Н. Н. Психиатрия и наркология: учебник / Н. Н. Иванец и др. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. — 832 с.

6. Коркина М. В. Психиатрия: учебник / М. В. Коркина, Н. Д. Лакосина, А. Е. Личко. — М.: МЕДпресс-информ, 2008. — 576 с.
7. Снежневский А. В. Общая психопатология / А. В. Снежневский. — М.: МЕДпресс-информ, 2010. — 208 с.
8. Тиганов А. С. Общая психопатология / А. С. Тиганов. — М.: МИА, 2008. — 128 с.
9. Лурия А. Р. Нейропсихология памяти. Нарушение памяти при локальных поражениях мозга - М: Педагогика, 1974.
10. Лурия А. Р. Нейропсихология памяти. Нарушения памяти при глубинных поражениях мозга. - Москва: Педагогика. - 1976.
11. Бухановский А.О. Общая психопатология /А.О.Бухановский, Ю.А.Кутявин, М.Е.Литвак. - 3-е изд., перераб. и доп. – Ростов н/Д: Изд-во ЛРНЦ «Феникс», 2003. – 416с.