

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кафедра психіатрії, психотерапії, загальної і медичної психології,  
наркології та сексології

**Саржевський С. Н.**

## **ПСИХОЛОГІЯ ТА ПАТОЛОГІЯ МИСЛЕННЯ**

Навчальний посібник

для студентів 4 курсу медичних факультетів  
зі спеціальностей «Лікувальна справа» та «Педіатрія»

Запоріжжя  
2019

УДК 616.89-008.45+159.955](075.8)

С 20

*Затверджено на засіданні Центральної методичної Ради ЗДМУ  
(протокол № 5 від «23» \_\_\_\_\_ травня 2019 р.)  
та рекомендовано для використання у навчальному процесі*

**Автор:**

*Саржевський С. Н.*, доцент кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології, к.мед. н.

**Рецензенти:**

*Троян В. І.*, завідувач кафедри оториноларингології ЗДМУ, доктор медичних наук, професор;

*Дарій В. І.*, професор кафедри нервових хвороб ЗДМУ, доктор медичних наук, професор.

С 20 **Саржевський С. Н.**

Психологія та патологія мислення : навчальний посібник для студентів 4 курсу медичних факультетів зі спеціальностей «Лікувальна справа» та «Педіатрія». – Запоріжжя, 2019. – 73 с.

Навчальний посібник складений відповідно до "Освітньо-професійної програми вищої освіти". Посібник підготовлений згідно з матеріалами, розробленими викладацьким складом кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології Запорізького державного медичного університету, згідно робочої програми навчальної дисципліни «Психіатрія та наркологія». Автори виходили з сучасних вимог до викладання, контролю теоретичних знань, умінь і практичних навичок в умовах кредитно - трансферної системи оцінки навчання. Матеріали навчального посібника є керівництвом для проведення занять з психіатрії та наркології з студентами 4 курсу медичного факультету зі спеціальностей «Лікувальна справа» та «Педіатрія» і розроблені вперше. З огляду на прогресивний розвиток психіатрії, зміни вимог до фахівців, даний посібник з часом не повністю відповідатиме педагогічним і професійним потребам, тому він буде вдосконалюватися і доповнюватися.

**УДК 616.89-008.45+159.955](075.8)**

*Затверджено на засіданні кафедри «12» березня 2019р., Протокол № 29  
Переглянуто на засіданні кафедри «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_р., Протокол №*

## Зміст

Передмова	4
Розділ 1. Актуальність, цілі, організаційна структура заняття	5
Розділ 2. Теоретичний опис	10
2.1. Мислення та його закономірності	10
2.2. Розлади мислення	19
2.2.1. Патологія асоціативного процесу	22
2.2.2. Патологія суджень	39
2.2.3. Синдроми порушення мислення	58
Розділ 3. Завдання і тести	63
Література	72

## **Передмова**

Запропонований навчальний посібник складений відповідно до "Освітньо-професійної програми вищої освіти" та побудований згідно робочої програми навчальної дисципліни «Психіатрія та наркологія». Посібник підготовлений за матеріалами, розробленими викладацьким складом кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології Запорізького державного медичного університету. У ньому розкрито один з головних розділів загальної психопатології – мислення, послідовно розглянуті провідні дефініції понять норми та систематика патології. Поглиблено подано сучасну інформацію про маячні ідеї, їх різновиди, класифікаційні прояви. Навчальний посібник за структурою побудований як практичне заняття, після обговорення навчального матеріалу вміщені питання для самоконтролю засвоєння знань студентів. Виклад теоретичних основ розладів мислення у навчальному посібнику є стереотипним і здійснюється з використанням досвіду низки підручників та навчальних посібників для вищої школи. Проте розробка методичного підходу, вибір форми і стилю розглянутої навчальної інформації є авторським. Автор виходив з сучасних вимог до викладання, контролю теоретичних знань, умінь і практичних навичок в умовах кредитно - трансферної системи оцінки навчання. З огляду на прогресивний розвиток психіатрії, зміни вимог до фахівців, даний посібник з часом буде вдосконалюватися і доповнюватися. Вважаю, що цей матеріал допоможе поглибити навчальний виклад, зробити його привабливішим емоційно як у процесі фахової підготовки, так і в майбутній професійній діяльності.

# Психологія та патологія мислення

## 1. Актуальність теми:

Мислення визнають як один з важливих компонентів пізнавальної діяльності, що дозволяє узагальнено відображувати навколишню дійсність. Це найвища форма психічної діяльності, що демонструє сутність, взаємозв'язок та відношення предметів та явищ оточуючого миру. Мислення здійснюється за допомогою слів, як найпростішого засобу узагальнення на свідомому й несвідомому рівнях. Розлади мислення найбільш поширена патологія у психіатрії; своєчасне виявлення маячних ідей дозволяє проводити ефективну терапію хворим, передчасно реагувати на можливі агресивні та аутоагресивні дії.

## 2. Навчальні цілі заняття:

А. Сформувані поняття про симптоми та синдроми розладів мислення; захворювання, де ці прояви є головними.

Б.Знати:

1. Форми та види мислення;
2. Клінічна характеристика патології асоціативного процесу;
3. Поняття марення, його клінічні різновиди;
4. Нав'язливі стани, їх відміна від маячних ідей;
5. Патофізіологічні механізми марення та нав'язливих станів;

В. Вміти:

1. Проводити клінічне обстеження хворих з метою виявлення симптомів порушень мислення;
2. Навчитись діагностувати найбільш вагомні розлади мислення;
3. Ввиявляти розлади мислення за допомогою додаткових патопсихологічних методик;
4. Аналізувати провідні синдроми, пов'язані з порушенням асоціацій та змісту.

### 3. Цілі розвитку особистості:

Розвинути почуття відповідальності за своєчасність та правильність прийняття рішення по оцінці загального стану, наявності ускладнень. Сформувані деонтологічні уявлення щодо особливості відношення майбутнього фахівця до пацієнта з психічними розладами та його родини.

### 4. План і організаційна структура заняття.

№	Етапи заняття, їх функції і зміст	Навчальні цілі в рівнях засвоєння	Методи контролю і навчання	Матеріали методичного забезпечення
1.	Організаційні питання		Тестовий контроль I рівня	Академ.журнал.
2.	Формування мотивації.		Індивідуальне опитування	«Навчальні цілі» «Актуальність»
3.	Контроль вихідного рівня знань, навичок, умінь: 1.Клінічна класифікація патології мислення; 2.Розлади мислення по темпу та цілеспрямованності; їх клінічні симптоми; 3.Поняття марення, класифікація маячних ідей; 4.Поняття нав'язливі стани, їх різновиди;	I II II	Фронтальна бесіда Тестовий контроль II рівня Рішення типових задач II рівня.	Методичні розробки Тематичні таблиці, плакати, слайди, структурно – логічні схеми Питання для індивідуального усного опитування Тестові завдання I,II рівня Тестові задачі II рівня
	Формування		Методи	Алгоритми для

<p>професійних навичок та вмінь:</p> <p>1. Оволодіння методикою опитування хворого;</p> <p>2. Опитування і аналіз даних анамнезу хвороби та життя пацієнта;</p> <p>3. Опитування пацієнта з метою діагностики порушень мислення;</p> <p>4. Інтерпретація даних додаткових методів обстеження</p>	<p>III</p> <p>III</p> <p>III</p>	<p>формування навичок:</p> <p>Професійний тренінг,</p> <p>Рішення тестів II рівня, типових задач II рівня.</p> <p>Методи формування вмінь:</p> <p>Професійний тренінг у вирішенні нетипових клінічних ситуацій, задачі III рівня.</p>	<p>формування практичних навичок.</p> <p>Методичні розробки.</p> <p>Атлас психо-експериментального дослідження.</p> <p>Таблиці, тести, типові задачі III рівня.</p> <p>Алгоритм для формування професійних вмінь.</p> <p>Хворі, історії хвороби, дані додаткових методів дослідження.</p> <p>Ситуаційні нетипові задачі, імітаційні ігри.</p> <p>Обладнання.</p> <p>Елементарні експериментально - психологічні тести.</p>
<p>Контроль кінцевого рівня підготовки.</p> <p>Підведення підсумків учбової діяльності студента.</p> <p>Інформування студента про тему</p>	<p>Індивідуальний контроль практичних навичок.</p> <p>Оцінка результатів</p>	<p>Обладнання.</p> <p>Історії хвороби.</p> <p>написаний психічний статус , задачі III рівня,</p>	<p>Обладнання.</p> <p>Історії хвороби.</p> <p>написаний психічний статус , задачі III рівня, тестові завдання III рівня.</p>

	наступного заняття	клінічної роботи, рішення тестів, задач.	тестові завдання III рівня.  Орієнтовна карта для самостійної роботи з літературою	Орієнтовна карта для самостійної роботи з літературою
--	--------------------	------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------

## 5. Матеріали для аудиторної самостійної роботи.

### 5.1. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми

Дисципліна	Знати	Вміти
<b>Найменування попередніх дисциплін</b>		
3. Кафедра нормальної фізіології людини.	Знання теорії І.П.Павлова про умовну та безумовну рефлексорну діяльність, поняття про фазові стани.	Визначити функцію мовних центрів головного мозку.
2. Кафедра патологічної фізіології	Знання про патофізіологічні механізми формування нав'язливих станів та утворення марення.	Пояснити схожість та розбіжності формування нав'язливих та маячних ідей.
3. Кафедра суспільних дисциплін з курсу загальної психології	Методи патопсихологічного дослідження сфери мислення.	Провести психо – експериментальні методики, щоб виявляти симптоми порушення асоціацій, послідовності мислення.



<b>Наступні дисципліни</b>		
3. Курс нейрохірургії	Механізми взаємозв'язку порушень мови з можливим ураженням окремих ділянок мозку.	Виявити ознаки пухлин, атрофій та іншої патології ділянок головного мозку, що відповідають за функцію мови.
<b>Внутрішньопредметна інтеграція</b>		
3. Розлади емоцій та волі.  2. Неврози	Клінічні ознаки депресивного, маніакального, кататонічного синдромів що супроводжуються розладами мислення.  Клінічні симптоми obsesивно – фобічного неврозу, що супроводжується нав'язливими станами.	Враховувати розлади емоцій та волі в оцінці психічного стану хворого з ведучими порушеннями мислення.  Диференціювати різні прояви нав'язливих думок, страхів та дій.

**Мінімальний перелік практичних навичок, якими повинен оволодіти студент протягом заняття.**

1. Вміння виявити порушення асоціативного процесу, маячні та нав'язливі ідеї у хворих на мікрокурації.
2. Студенти самостійно працюють з хворими у палатах, використовуючи експериментально – психологічні таблиці.
3. Внаслідок виявленої патології письмово складається опис психічного стану хворого.

## 5.2. Зміст теми заняття (теоретичний опис).

### Мислення і його закономірності

*«Я мислю, отже, я існую» Рене Декарт*

**Мислення** – притаманна людині властивість відображення об'єктивної реальності в поняттях і судженнях. Мислення представляє собою найвищу фазу пізнавальної діяльності і розвивається на тлі



*«Мислитель» Огюст Роден*

чуттєвого сприйняття – його не можна уявити без того початкового матеріалу, який укладений в чуттєвому. В процесі мислення людина пізнає зовнішні і внутрішні закономірності явищ навколишнього світу. Мислення сутнісна властивість людини.

**Думка** – це одночасно і продукт мислення, результативне вираження розумового процесу, і форма відображеного існування її об'єкта. Мислення виникає тільки тоді, коли є відповідний мотив, який робить необхідним вирішення проблеми, задачі. Мотиви мислення розділяють на специфічно пізнавальні і неспецифічні. До перших відносяться ті, в яких проявляються пізнавальні потреби особистості; другі пов'язані з більш-менш зовнішніми причинами. Зв'язок процесу мислення з мотивами, в яких укладені його витoki, дозволяє розглядати мислення в особистісному плані як конкретну пізнавальну діяльність індивідуума.

Найважливішими операціями, які лежать в основі мислення, є – аналіз і синтез, порівняння, абстрагування, узагальнення, класифікація. В результаті цих операцій утворюються поняття, судження і умовиводи.

*Аналіз* - це уявне розчленування предмета або явища на частини, що утворюють його, або уявне виділення в ньому окремих властивостей, рис, якостей. Наприклад, в рослині ми виділяємо стебло, корінь, квіти, листя. В даному випадку аналіз - уявне розкладання цілого на складові його частини.

*Синтез* - це уявне з'єднання окремих частин предметів. Якщо аналіз дає знання окремих елементів, то синтез, спираючись на результати аналізу та об'єднуючи ці елементи, забезпечує знання об'єкта в цілому. Так, при читанні в тексті, виділяються окремі літери, слова, фрази і разом з тим, вони безперервно зв'язуються один з одним: літери об'єднуються в слова, слова - в пропозиції, пропозиції - в розділи тексту. Аналіз і синтез взаємопов'язані.

*Порівняння* представляє собою встановлення подібності або відмінності між об'єктами мислення.

*Абстракція* - це виділення однієї будь-якої сторони властивості і відволікання від інших. Так, розглядаючи предмет, можна виділити його колір, не помічаючи форми, або навпаки виділити тільки форму. Наприклад, в понятті, яке ми висловлюємо словом фрукти, з'єднані подібні ознаки, які є в сливах, яблуках, грушах.

*Узагальнення* - вміння поєднати подібні ознаки предметів і явищ.

*Класифікація* включає в себе такі операції, як групування і розділення предметів і явищ по їх суттєвим характеристикам.

### ***Поняття, судження, умовиводи.***

*Поняття* є відображенням в свідомості людини загальних, суттєвих властивостей і якостей предметів і явищ. Поняття формується на тлі сприйняття і уявлення. У понятті знаходить своє вираження пізнання внутрішньої сутності даного конкретного предмета. В залежності від ступеню абстрагування і узагальнення поняття мають більш-менш конкретний або абстрактний характер. Відповідно до наявності конкретних

або абстрактних понять в субстраті мислення розрізняють конкретно-образне і абстрактне мислення. Елементи конкретно-образного мислення з'являються у вищих тварин. Абстрактне мислення властиве тільки людині.

*Судження* – це ствердження або заперечення чого-небудь. Залежно від того, як судження відображають об'єктивну дійсність, вони є істинними або помилковими. Істинне судження висловлює такий зв'язок між предметами і їх властивостями, який існує в дійсності. Наприклад, судження: «Всі троянди - це квіти» є істинним, а судження: «Всі мухи - це птахи» - хибним. Треба відзначити, що поняття, на відміну від суджень, не можуть бути істинними або помилковими. Неможливо, наприклад, стверджувати, що поняття школа - справжнє, а поняття інститут - помилкове, поняття зірка - справжнє, а поняття планета - помилкове. Але хіба поняття Змій Горинич, Коцій Безсмертний, вічний двигун не помилкові? Ні, ці поняття є нульовими (порожніми), але не істинними і не помилковими. Згадаймо, поняття - це форма мислення, яка позначає який-небудь об'єкт, і саме тому не може бути істинним або хибним. Істинність або хибність - це завжди характеристика якогось висловлювання, твердження або заперечення, тому вона може бути застосована тільки до суджень, а не до понять. Судження бувають загальними, приватними і одиничними. У загальних судженнях що-небудь стверджується (або заперечується) щодо всіх предметів даної групи, даного класу. Судження утворюються двома основними способами:

- 1) безпосередньо, коли в них виражають те, що сприймається,
- 2) опосередковано - шляхом умовиводів або міркувань.

*Умовивід* утворюється в результаті порівняння декількох суджень, їх зіставлення, і таким чином закінчує собою процес мислення в якості кінцевого висновку.

Розрізняють умовиводи двох основних видів - індуктивні і дедуктивні. Індукція є умовивід від окремих випадків, прикладів до загального положення (до загального судження).

Дедукція є умовивід від загального положення (судження) до окремого випадку, факту, наприклад, явища. Приклад найпростішого дедуктивного умовиводу:

-Всі люди смертні. -Сократ - людина. -Отже, Сократ смертний.

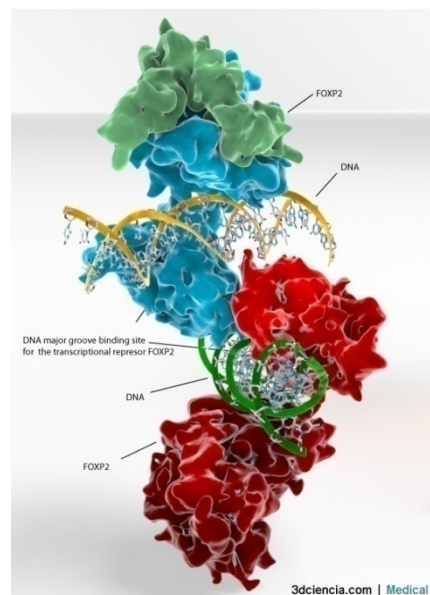
Між мовою і мисленням існує діалектична єдність при провідній ролі мислення – «думка не просто виражається в слові, але і вершиться в ньому».

Перехід від думки до розгорнутої мови може бути представлений наступним чином: мотив → виникнення думки → внутрішня мова → зовнішня мова.

Особлива форма мови, яка називається внутрішньою, - це не просто беззвучне проговорювання слів – «говоріння про себе», а підготовча фаза на шляху к висловлюванню, яка має вирішальне значення для перекодування замислу в граматику зовнішньої мови, «здійснення думки». Дослідження по нейровізуалізації показують, що внутрішня мова (супутня мислення) задіює багато в чому ті ж структури, що і «зовнішня».

Цікаво, що такий спосіб спілкування зберігається і у людини нарівні з мовою - це так звана невербальна комунікація. Як стверджує загальноприйнята теорія базових емоцій, через міміку, жестикуляцію і інтонації голосу передається наше справжнє емоційний стан. Однак останнім часом з'явилася точка зору, яка представляє нашу міміку як егоїстичний і маніпуляторський прийом, в дусі численних прикладів з тваринного світу, коли комунікацією користуються щоб обдурити і заманити жертву або партнера.

В кінці дев'яностих років почалися пошуки генетичних структур, які обумовлювали б порушення мови. Спочатку виявили, що відрізняється за своєю будовою хромосома 7, потім - її конкретну ділянку, де імовірно локалізувався ген. Його назвали SPCH1 - і, нарешті, виявили сам ген - FOXP2. Продукт FOXP2 - транскрипційний фактор, тобто регулює експресію інших генів. Він безпосередньо пов'язується з ділянкою ДНК,



що містить ці гени та впливає на ймовірність їх транскрипції. Особливістю цього білка є структурний мотив - домен в формі вилки (forkhead-box, або, скорочено, FOX домен), який і зв'язується з ДНК.

*Молекулярна організація гену FOXP2*

Скоріш за все, ген залучений до функцій які ще більш важливі, ніж мова. На це вказує відсутність в людській популяції індивідів, у яких були б пошкоджені обидві копії FOXP2.

Таким чином, мислення і мова органічно пов'язані між собою, і лікар може судити про патологію мислення шляхом аналізу мовної продукції пацієнта.

До індивідуальних особливостей мислення можуть бути віднесені – *критичність, широта і глибина, гнучкість і швидкість*. Ступінь критичності мислення різна у різних людей і залежить від багатьох факторів. Найбільш вірогідний вплив уяви і емоційно-чуттєвої сфери. Рівень критичності мислення чітко проявляється в такій фазі розумового процесу, як перевірка гіпотез. Критичність є ознакою зрілого розуму.

Широта і глибина розумової діяльності виражається як в можливості охопити проблеми і питання різноманітних сфер науки і практики без втрати важливих деталей, так і в ступені проникнення в їх сутність. Гнучкість і швидкість – це, по-перше легкість переходу на новий шлях або спосіб рішення проблеми, вміння звільнитися від шаблонів і схематизму в мисленні, по-друге – час, який затрачений на пошук вірного рішення.

### ***Види мислення***

*Теоретичне понятійне мислення* - це таке мислення, користуючись яким людина в процесі виконання завдання звертається до понять, виконує дії в розумі, безпосередньо не маючи справи з досвідом, що отримуються за допомогою органів почуттів. Вона обговорює і шукає вирішення завдання від початку і до кінця в розумі, користуючись готовими знаннями, отриманими іншими людьми, вираженими в понятійної формі, судженнях, умовиводах.

Теоретичне понятійне мислення характерно для наукових теоретичних досліджень.

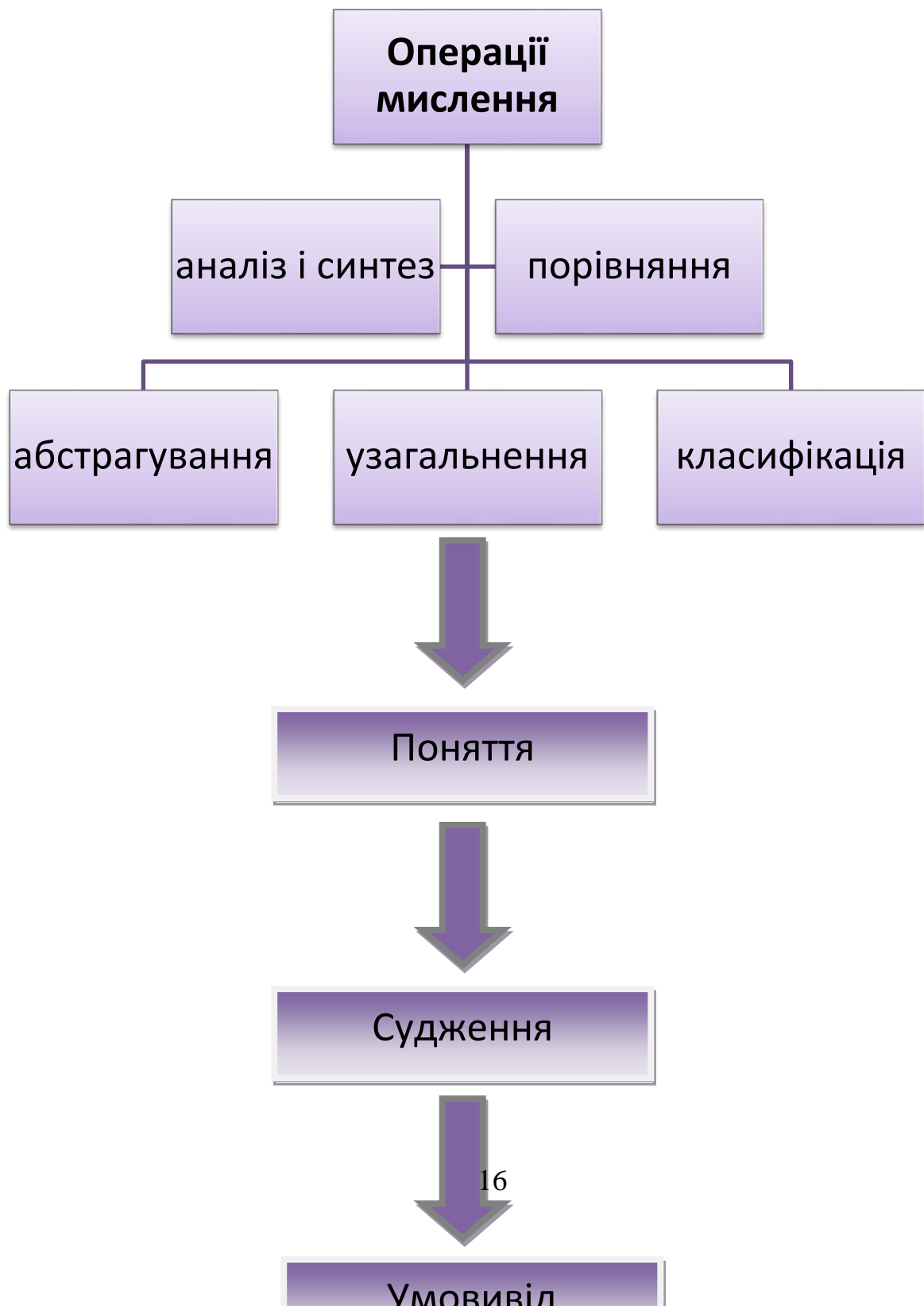
*Теоретичне образне мислення* відрізняється від понятійного тим, що матеріалом, який тут використовує людина на вирішення завдання, є не поняття, судження чи умовиводи, а образи. Вони або безпосередньо витягуються з пам'яті, або творчо відтворюються уявою. Таким мисленням користуються працівники літератури, мистецтва, взагалі люди творчої праці, які мають справу з образами. Внаслідок рішення розумових завдань відповідні образи подумки перетворюються так, щоб людина після маніпулювання ними змогла безпосередньо побачити рішення цікаве для його завдання. Обидва розглянутих види мислення - теоретичне понятійне і теоретичне образне - в дійсності, зазвичай, співіснують. Вони непогано доповнюють один одного, розкривають людині різні, але взаємозалежні сторони буття. Теоретичне понятійне мислення дає хоч і абстрактне, але разом з тим найбільш точне, узагальнене відображення дійсності. Теоретичне образне мислення дозволяє отримати конкретне суб'єктивне її сприйняття, яке не менше реальне, ніж об'єктивно - понятійне. Без того чи іншого виду мислення наше сприйняття в дійсності не було б настільки глибоким і різнобічним, точним і багатим різноманітними відтінками, яким воно є насправді.

*Наочно-дієве мислення* - генетично найбільш рання форма мислення. Перші його прояви у дитини можна спостерігати в кінці першого - початку другого року життя, ще до оволодіння ним активної промовою.

*Наочно-образне мислення* - проявляється у дошкільнят у віці 4 - 6 років. Зв'язок мислення з практичними діями (як в наочно - дієвому) зберігається, але не напряму, як раніше. Характеризується опорою на уявлення та образи, функції образного мислення пов'язані з наданням ситуацій і змін в них, які людина хоче отримати внаслідок своєї діяльності. Дуже важлива особливість образного мислення - становлення незвичних неймовірних поєднань, предметів і властивостей. Основою наочно - образного мислення є уява, що

дозволяє людині орієнтуватися в ситуації і вирішувати завдання без безпосереднього втручання практичних дій. Різновид творчої уяви - фантазія.

*Словесно-логічне мислення* - мислення в формі абстрактних понять. Мислення тепер виступає не тільки у вигляді практичних дій, і не тільки в формі наочних образів, а в формі абстрактних понять. Цей вид мислення здійснюється за допомогою логічних операцій.





## Інтелект. Геніальність

Розглядаючи проблему мислення, не можна не торкнутися питання про співвідношення мислення і інтелекту. Інтелект не можна звести тільки лише до розумового процесу, не дивлячись на те, що мислення є його важливим компонентом.

*Інтелект* – це сукупність, цілісність пізнавальних процесів, який забезпечує складну пристосувальну діяльність.

Людина, наділена інтелектом, здатна до здійснення процесів мислення. Інтелект - це здатність до мислення, а мислення - це процес реалізації інтелекту.

Мислення і інтелект віддавна вважаються найважливішими відмінними рисами людини. Недарма для визначення виду сучасної людини використовується термін - людина розумна.

Мислення як пізнання, що виходить за межі безпосередньо даного, є могутньою ознакою біологічної адаптації. Саме завдяки інтелекту людина зайняла домінуюче становище на Землі і отримала додаткові засоби для виживання. Однак в той же час людський інтелект створив і колосальні руйнівні сили.

З індивідуальної точки зору, між інтелектом і успіхом в діяльності існують в основному порогові відносини. Для більшості видів людської діяльності існує певний мінімум інтелекту, який забезпечує можливість займатися цією діяльністю.

Істотними якостями людського інтелекту є допитливість і глибина розуму, його гнучкість і рухливість, логічність і доказовість:

- ✚ *зацікавленість* - прагнення різнобічно пізнати те чи інше явище в істотних відносинах, що лежить в основі активної пізнавальної діяльності;
- ✚ *глибина розуму* - здатність відокремлювати головне від другорядного, необхідне від випадкового;
- ✚ *гнучкість і рухливість розуму* - здатність людини широко використовувати наявний досвід, оперативно досліджувати предмети в нових зв'язках і відносинах, долати шаблонність мислення;
- ✚ *логічність мислення* - здатність дотримання суворої послідовності міркувань, з урахуванням всіх істотних сторін в досліджуваному об'єкті, всіх можливих його взаємозв'язків;
- ✚ *доказовість мислення* - здатність до використання в потрібний момент фактів і закономірностей, що підтверджують правильність суджень і висновків;
- ✚ *критичність мислення* - здатність суворої оцінки результатів розумової діяльності для відкидання неправильних суджень, висновків і рішень (здатність відмовлятися від розпочатих дій, якщо вони суперечать вимогам завдання);
- ✚ *широта мислення* - здатність до всебічного охоплення об'єкта розумової діяльності з урахуванням вихідних даних завдання і багатоваріантності її рішень.

***Геніальність*** - вищий рівень інтелектуального чи творчого функціонування особистості, який реально проявляється в видатних наукових відкриттях або філософських концепціях, технічних чи технологічних винаходах, соціальних перетвореннях, створенні художніх творів, що мають віддалені наслідки у багатьох областях культури. Про геніальність говорять, коли досягнення розцінюються як новий етап в певній сфері діяльності, вважаються

випереджаючими свій час, формуючи зону найближчого розвитку культури. Традиційно (починаючи з І. Канта) термін «геніальність» пов'язують з уявленнями про талант, однак багато авторів (наприклад, Ч. Ломброзо, В. Гірш, А. В. Лібін) систематично розрізняють ці поняття. Г. Жолі пише, що геніальність є гармонійне поєднання декількох обдарувань: «здатності задумати щось велике», єдиного погляду на різноманіття ідей і відносин між ними, уяви, волі і досконалого володіння техніками свого мистецтва, благородного і гарячого серця, великодушності, полум'я любові і доброти.

*«Фантазія талановитої людини відтворює вже знайдене, фантазія генія - абсолютно нове. Перша робить відкриття і підтверджує їх, друга винаходить і створює. Талановита людина - це стрілок, який потрапляє в ціль, яка здається нам важко досягаємою ; геній влучає в ціль, якої навіть і не видно для нас. Оригінальність - в натурі генія ».* Ч. Ломброзо «Геніальність і божевілля»

## **Розлади мислення**

### ***Типи розладів мислення***

Першу схему класифікації патології мислення запропонував Wilhelm Griesinger (1845). Він розділяв два види аномалій мислення: хворобливі уявлення відносно форми мислення і аномалії уявлень відносно їх помилкового змісту. До першої групи розладів автор відносив уповільнене і прискорене мислення, до другої – марення. М. О. Гуревич (1949) розрізняє формальні, непродуктивні розлади мислення, і ті, що характеризуються патологічною розумовою продукцією (маренням, надцінними і нав'язливими ідеями). М. М. Жариков (1978) розрізняє розлади мислення, пов'язані з порушенням асоціативного процесу, його стійкості і цілеспрямованості, а також патологією суджень.

В.М. Банщиков зі співавторами (1971) розрізняють розлади мислення в зв'язку з патологією асоціативного процесу і суджень. Розлади мислення, які відносяться до першої групи, вони поділяють на патологію по темпу течії асоціативного процесу, порушення стрункості його течії ( розірваність, незв'язність, паралогічне мислення) і цілеспрямованості ( ґрунтовне детальне, персеверативне, символічне, аутистичне мислення).

А. Janik и К. Dusek (1974) розрізняють порушення динаміки мислення (прискорене, уповільнене), структурних механізмів (персеверація, ментизм, резонерство, символічне, паралогічне, аглютинуюче, катотимне і голотимне, ананкастне, інтровертивне, аутистичне, інкогерентне мислення).

Поділ розладів мислення на групи, як і всі схеми класифікації, є умовним. Клінічна практика показує безліч прикладів цього. Так, відомий тісний зв'язок між зв'язним мисленням і епілептичним слабоумством. В клінічній картині шизофренічного марення ми бачимо прояви паралогічного, аутистичного і символічного мислення. З символічним мисленням ми зустрічаємось при нав'язливих станах ритуально - ананкастного характеру. Спостерігаються складні переплетіння різноманітних видів розладів мислення, і тому опис окремих їх типів першочергово можливо лише за умови виділення провідних, найбільш типових проявів і відволікання від ряду ознак, що свідчать про близькість цих розладів з іншими. Лише після цього можливо говорити про співвіднесення певного типу розладів мислення з іншими, близькими цьому по механізмам утворення симптомів.

Також треба відмітити, що порушення в продукції мови і суб'єктивні зміни процесу мислення називають розладом форми мислення (РФМ) - розлад форми, а не змісту ( наприклад при маренні).

На даний момент валідизовано кілька шкал, за допомогою яких можна оцінити РФМ, серед них Thought and Language Disorder (TALD) scale і Thought, Language, and Communication Disorders (TLC) scale. На підставі цих

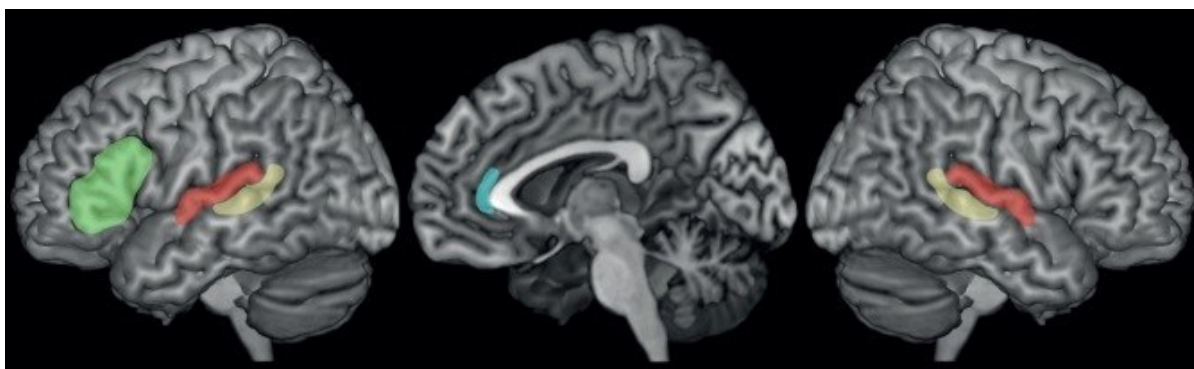
шкал в науковій літературі прийнято поділ РФМ на позитивні і негативні фактори.

Позитивні РФМ найкраще описуються ослабленням асоціацій, збільшенням кількості усного мовлення (наприклад, логорея), використанням нових слів (неологізмів) та неприродних мовних феноменів (манірна мова).

Негативний РФМ концептуалізовано як кількісний дефіцит в мовній і розумовій продукції (наприклад, бідність мови, уповільнене мислення). Ці симптоми зазвичай спостерігається у пацієнтів на шизофренію або на депресію.

### Деякі дані за особливості патогенезу

Високоякісні мета- і мега-аналізи структурної МРТ у пацієнтів з РФМ з діагнозом шизофренія демонструють зменшення сірої речовини в лівій верхній скроневій звивині, середньої темпоральної звивині і лобовій покришці. Дані скорочення обсягу пов'язані з областями Верніке і Брока, тому, ймовірно, пов'язані з нейроонтогенетичним розвитком і, зокрема, з генетичними аномаліями.

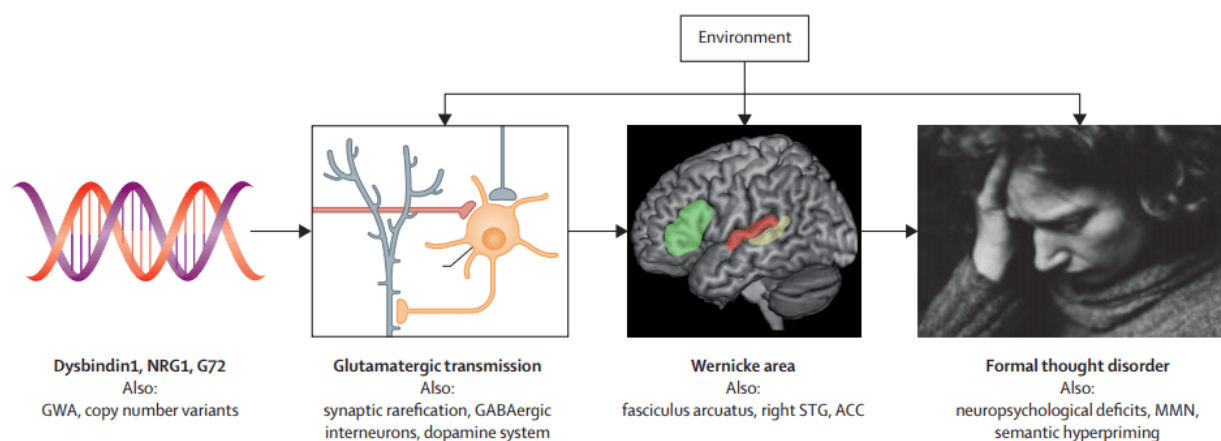


*Мал. Области мозку, задіяні при РФМ*

Синім кольором показана передня зубчаста звивина, зеленим кольором показана дорсолатеральна префронтальна кора, червоним кольором показані верхні темпоральні звивини, жовтим - середні темпоральні звивини. Позитивні РФМ супроводжуються зменшенням обсягу кори в лівій верхній скроневій звивині, середній темпоральній звивині і лобовій покришці.

Дослідження функціональної МРТ показують додаткову участь правої верхньої скроневої звивини, середньої скроневої звивини і передньої поясної звивини. Негативні РФМ пов'язані з двостороннім зменшенням обсягу медіальної лобової і орбітофронтальної кори.

Автори (Kircher T. et al.) також представили модель патогенезу позитивного РФМ.



Ризик-гени (Dysbindin1, NRG1, G72), які беруть участь в глутаматергічній системі, призводять до дисфункціональної глутаматергічної нейротрансмісії у верхній скроневої звивині. Цей ефект проявляється зменшенням обсягу в лівій верхній скроневої звивині у пацієнтів на шизофренію, що мають позитивне РФМ; це призводить до нейронної дезактивації в процесі мовної продукції (в області Верніке). У цій патогенетичній моделі проявляється вплив зовнішнього середовища, такий як нейроонтогенетичні порушення, жорстоке поводження з дітьми, міграція, пізній вік батька, вживання канабісу, що призводить до нейропсихологічного дефіциту.

## 1. Патологія асоціативного процесу

### 1) Зміна мислення по темпу

#### Прискорене мислення

Прискорене мислення характерне для маніакальних і гіпоманіакальних станів різноманітного генезу і спостерігається при біполярно-афективному розладі,

а також при маніоформних станах екзогенного походження, іноді при шизофренії. На перший план при прискоренні мислення виступають порушення його динаміки, яка проявляється в лабільності понять. Характерні швидке, полегшене виникнення і зміна думок. Поняття відрізняються поверховістю, а також розладом уваги у вигляді підвищеної відволікаємості, характерна мала розумова продуктивність хворих в маніакальному стані. Звичайно, прискорене мислення протікає на фоні підвищеного настрою, ейфорії. При значному прискоренні мислення, говорять про скачку ідей – *fuga idearum* – думки так швидко змінюють одна одну, що зі сторони це сприймається як невинний словесний потік. Мова при скачці ідей відображує хаотичність і підвищену мінливість цілеспрямованості розумових процесів.

W. Jahrgies (1928) розрізняв наступні варіанти скачки ідей.

1. Розумова скачка ідей – багата і бідна на образи. Клінічно бідна образами скачка ідей проявляється головним чином в прискоренні мови і багатослівності при неширокому колі уявлень і образів.

2. Мовна скачка ідей також головним чином на асоціаціях по співзвуччю і нерідко спостерігається при маніоформних станах у хворих на шизофренію.

3. «Німа», збіднена мовою скачка ідей називається ще вихровим напливом думок – *ментизмом*. Під ментизмом розуміють наплив думок, спогадів, образів. Симптом цей відрізняється мимовільним виникненням і неможливістю підкорятися волі хворого. Суб'єктивно хворий вкрай обтяжливо переживає наплив думок; їх направленість цілковито не залежить від його свідомості; ніяким вольовим зусиллям наплив думок не можна ні припинити, ні направити в звичайне русло міркувань. Нерідко ці думки навіть не набувають чіткого мовного оформлення і виникають в свідомості у вигляді позбавлених конкретного змісту образів, уявлень, понять. Багато психіатрів ментизм розглядають як вид асоціативного автоматизму. Ментизм спостерігається при шизофренії (особливо в дебюті і при млявому перебігу процесу, коли немає ще вираженого психічного дефекту), іноді при

екзогенно-органічних психозах, в їх початковій стадії, у випадках нерізких розладів свідомості при маніакальному ступорі. У ментизмі К. А. Скворцов (1938) бачив початковий етап автоматизму, початок наступаючого відчуження думок. Характерна особливість ментизму при шизофренії - його затяжний перебіг, наплив думок лише на короткий час залишає хворого.

Іноді ментизм виникає у психічно здорових при явищах екзальтації, безсонні.

4. Вихрова сплутаність розглядається як вищий ступінь проявів скачки ідей. В. П. Осипов (1923) вважав, що в основі вихрової сплутаності лежить слабкість асоціативного процесу в зв'язку з соматогенною астенією.

*Хворий з діагнозом «маніакально-депресивний психоз», при зустрічі вранці з лікарем, кидається до нього, починає розмову з компліментів: «Прекрасно виглядаєте, доктор, і сорочка що треба! Я вам, доктор, краватку хорошу подарую і шапку норкову. У мене ж сестра в універмазі працює. Ви в універмазі були, на четвертому поверсі? Знаєте, які там поверхи високі? Як піду, так серце калатає. А мені електрокардіограму зробити можна? Ні! Чого дарма вас мучити? Мені виписуватися час. Я так-то здоровий. В армії штангою займався. А в школі в ансамблі танцював. А ви, доктор, балет любите? Я вам квитки на балет подарую! У мене всюди зв'язки є ... ».*

### **Уповільнене мислення (брадіфренія)**

Уповільнення (загальмованість) мислення характеризується уповільненням темпу перебігу розумових процесів, зменшенням кількості ідей. Самі хворі говорять про почуття утруднення мислення, про відчуття своєї інтелектуальної неспроможності, скаржаться, що у них «мало думок». У таких осіб відзначається істотне уповільнення темпу асоціацій, чітко проявляється збільшенням латентного періоду словесних реакцій в асоціативному експерименті. Уповільнене мислення характеризується зменшенням кількості уявлень, воно малорухоме, інертне. Утруднений перехід від однієї думки до іншої. Це призводить ніби до застрявання на



думці. Таке явище позначається як моноїдеїзм. Хоча рівень процесів узагальнення і відволікання при цьому не знижується, відзначаються труднощі осмислення. Якісна зміна мислення проявляється і в тому, що страждає його спрямованість - хворі скаржаться на неможливість закінчити роздуми, кажуть, що їм важко довести свої міркування до кінця.

Уповільнене мислення часто входить в структуру брадипсихізма, що включає уповільнення і інших психічних функцій - мови, емоційної реактивності, психомоторики.

Уповільнення мислення за своїми клінічними проявами протилежно прискоренню мислення і найчастіше спостерігається при депресивних станах, при астенії. Класична картина уповільненого мислення спостерігається при циркулярній депресії. Малорухливість протікання мислення, моноїдеїзм, своєрідна вибірковість мислення, зумовлена афективним станом хворого (найбільш актуальними видаються хворому негативно емоційно забарвлені думки і неприйнятними - думки, що суперечать сумному настрою). Це сприяє виникненню у хворих маячних ідей самозвинувачення, самознищення, гріховності.

Уповільнене мислення може спостерігатися і при шизофренії, головним чином при мутизмі, який відзначається в дефектних станах, при наявності виражених емоційно-вольових змін, бідності спонукань. Е. Bleuler (1920) вказував на те, що мутизм може мати в своїй основі різні причини (негативізм, маревні переживання, наявність імперативних, що забороняють хворому розмовляти, галюцинацій). Однак головна його причина - збіднення душевного світу хворого на шизофренію, байдужість до заданих йому питань, відсутність інтересу до навколишнього. У ряді випадків шизофренічний мутизм відображує властиву цьому захворюванню парадоксальність протікання психічних процесів. Наприклад, в кататонічному ступорі хворий не відповідає на звичайну мову, але виявляє природну реакцію на тиху, шепітну мову (ця ознака трактується з точки зору концепції І. П. Павлова про гіпноїдно-фазові стани і тому носить назву

симптому Павлова). Іншим таким симптомом є симптом останнього слова (К. Kleist, 1908) - хворий відповідає на питання вже після того, як той хто його ставив пішов з кімнати.

## 2) *Зміна мислення по стрункості*

### **Розірваність мислення**

Розірваність виражається в порушенні смислових зв'язків між членами речення при збереженні граматичної побудови фрази. Наприклад: *«кулемет привезли в отріз бостона післязавтра вранці»*. Як видно з прикладу, речення, не дивлячись на відсутність змісту, побудовано формально правильно – мається підмет, присудок, обставини місця, часу. Тому розірваність визначається як семантична дисоціація при відомій збереженні синтаксичної сторони мови. Граматичний лад мови порушується в тих випадках, коли розірваність сягає межі виразності, при цьому страждає і логічну побудову мови, і її синтаксична структура.

Збереження синтаксичної форми мови не дає, однак, підстав говорити про відсутність граматичних розладів взагалі. Страждає фонетична сторона мови - заміна звуків, поява неправильних наголосів, спотворення інтонацій, модуляцій голосу (все це нерідко сприймається як прояв манірності). До граматичних порушень мови при розірваності треба віднести і деструкцію слів, появу неологізмів. На тлі зростаючої фрагментарності в мові з'являються безглузді спотворення звичайних слів, безглузді словотворення, конгломерати уламків слів: *«капітаран», «будздарет», «рупталь», «трамволь»*.

*«Йй-богу, вб'ю першого озвірілого бандита святого Володимира з Київського монастиря і, йй-богу, вб'ю озвірілого бандита священника Миколу з міста Чебоксарського собору. Христа заради, припинить на смерть отруювати мене, майбутнього святого Василя Ананійовича Кафтанніка (ім'я, по батькові та прізвище не належать хворому!) Зі своєю майбутньою сім'єю Олександр, Варвара і Катерина і чотири з дитбудинку як Макеев Михайло Єгорович регент хору напам'ять на чотирьох голосах цих вищевказаних озвірілих святих*

*бандитів Володимира і Миколи живцем спалити мільярд святих хрестів »(далі три сторінки заповнені хрестиками).*

Тут крім розірваності відзначається і стереотипне повторення окремих виразів, зворотів, уявлень.

Крайній ступінь розірваності зазвичай визначається як «словесний салат», мова при цьому складається з абсолютно безглузлого набору нічим не пов'язаних слів і стереотипів. Неправомірно ототожнення цього симптому з шизофазією. Для неї характерні підвищена мовна активність, «мовний натиск», «наплив слів». Ще більш виражений, ніж при розірваності, симптом монологу, що характеризується мовною невичерпністю і цілковитою відсутністю потреби в співрозмовнику. Нерідко монолог виникає навіть без попередньо зверненої до хворого мови. Симptom монологу зазвичай розглядається як прояв аутистичної позиції хворого на шизофренію, що втрачає будь-яку потребу в спілкуванні з оточуючими.

*«Народився на вулиці Герцена, в гастрономі номер двадцять два. Відомий економіст, за покликанням своїм - бібліотекар. У народі - колгоспник. У магазині - продавець. В економіці, так би мовити, необхідний. Це, так би мовити, система ... е-е-е ... в складі ста двадцяти одиниць. Фотографуєте Мурманський півострів і отримуєте «Ті-ле-фун-кен». І бухгалтер працює по іншій лінії - по лінії бібліотекаря. Тому що не повітря буде, академік буде! Ну ось можна сфотографувати Мурманський півострів. Можна стати повітряним асом. Можна стати повітряної планетою. І будеш впевнений, що цю планету візьмуть за підручником. Значить, на користь фізики піде одна планета. Величина, відірвана в область дипломатії, дає свої коливання на всю дипломатію. А Ілля Муромець дає коливання тільки на сім'ю на свою. Сірник в бібліотеці працює. У кінохроніку ходять і запалюють в кінохроніці великий лист. У бібліотеці маленький лист розпалюють. Вогонь ... е-е-е ... буде вироблятися набагато легше, ніж підручник міцний. А міцний підручник буде вагоміше, ніж гастроном на вулиці Герцена. А на вулиці Герцена буде розщеплений підручник. Тоді підручник буде проходити через вулицю Герцена, через гастроном номер двадцять два, і заміщатися там по формулі економічної єдності. Ось в магазині двадцять два вона може розщепнутися, економіка! На економістів, на диспетчерів, на*

*продавців, на культуру торгівлі ... Так що, в цю сторону рушить вся економіка. Бібліотека рушить у бік ста двадцяти одиниць, які будуть ... е-е-е ... предмет укласти на предмет. Сто двадцять одиниць - предмет фізика. Електрична лампочка горить від ста двадцяти цеглин, тому що структура, так би мовити, схожа у неї на цеглу. Ілля Муромець працює на стадіоні «Динамо». Ілля Муромець працює у себе вдома. Ось конкретна дипломатія! «Відкрита дипломатія» - те ж саме. Ну, беремо телевізор, вставляємо в Мурманський півострів, накручуємо там ... е-е-е ... весь час чорний хліб ... Так що ж, буде Муромець, чи що, виростати? Ілля Муромець, що чи, буде виростати з цього?»*

### **Незв'язне мислення**

Незв'язність (*інкогерентність*) мислення виражається у втраті здатності утворення асоціацій. Мислення стає фрагментарним - окремі сприйняття, образи, поняття не зв'язуються між собою. Неможливо утворення навіть найбільш простих, механічних асоціацій за подібністю і суміжністю в часі і просторі. Незв'язність мислення знаходить віддзеркалення в мові хворих, що складається з окремих уривків спогадів минулого, між якими неможливо встановити будь-який зв'язок. Характерний випадковий, хаотичний набір слів, не пов'язаних ні в смисловому, ні в граматичному відношенні. Фрази побудовані неправильно, мова хворих складається головним чином з фрагментів речень. Незв'язність мислення спостерігається при гострих екзогенних психозах. Відносно більш легка її ступінь буває при поглибленні астенії і посиленні характерної для неї непослідовності суджень. При несприятливому перебігу захворювання незв'язність мислення посилюється в міру переходу від астенії до аментивного стану.

*- Як ви себе почуваете?*

*- Де Петя ... я пішов і спав. А що хочуть? І вчора було ... все є ...*

*- Де ви знаходитесь?*

- Знаходьтесь... всі тут. Світло тушкуйте. Де дружина? Я пішов ... Ну і як? Окуляри втратив. Дружина вчора прийшов знову їхати. Пішли звідси...

Все добре.

- Назвіть сьогоднішнє число.

- Число ... завжди зима (бесіда відбувається в спекотний літній день).

- А рік зараз який?

- Рік 1924 й (називає рік свого народження). Сеня був ... Шумів-горів пожежа московська ... Ну й добре було так ... Де краватка? ..

**Затримки мислення (шперунг)** проявляються у раптовій зупинці течії думок на кілька секунд, хвилин, а іноді навіть на кілька днів.

Затримки мислення вважаються симптомом, типовим для шизофренії, однак E. Bleuler (1920) вказував, що сам по собі цей симптом ще не є ознакою патології, так як і у здорових під впливом афекту спостерігаються затримки мислення або в руховій сфері, наприклад при так званому екзаменаційному ступорі. Затримки мислення, вважав він, можна розглядати як ознаку шизофренії в тих випадках, коли вони недостатньо психологічно зрозумілі, або тривають занадто довго, або повторюються часто. H. J. Weitbrecht (1973) вказує, що шперунг спостерігається і при гострих екзогенних психозах.

Затримки мислення легко виявляються в бесіді - хворий раптово замовкає, а потім пояснює своє мовчання тим, що у нього відбулася затримка думок, на якийсь час виникло відчуття відсутності їх.

Проявом розладів по стрункості мислення можуть бути *мовні стереотипії*, що характеризуються повторенням думок, фраз або окремих слів. До мовних стереотипій відносяться персеверації, вербігерації і стоячі оберти.

Персеверації детальніше буде описано в розділі про патологію мислення по цілеспрямованості, як складову інертного мислення.

**Вербігерації** лише умовно можна віднести до розладів мислення, оскільки вони багато в чому нагадують насильницькі рухові акти. Хворі стереотипно, ритмічно, іноді в риму повторюють окремі слова, часом безглузді поєднання

звуків. Часто цей симптом супроводжується ритмічними рухами: пацієнти розгойдуються, хитають головами, розмахують пальцем і одночасно повторюють: «Лежу-лежу ... межу-межу ... гужу-гужу ... тужу-тужу ... дивлюся-дивлюся ... ». Вербігерації найчастіше є компонентом кататонічного або гебефренічного синдромів, характерних для шизофренії.

**Стоячі обороти** це стереотипні вирази, однотипні думки, до яких хворий багаторазово повертається в процесі бесіди. Поява стоячих оборотів - ознака зниження інтелекту, спустошення мислення. Стоячі обороти досить часті при епілептичному недоумстві.

*Хворий 68 років, що страждає на епілепсію з юнацького віку, постійно вживає в мові вираз «душевно-головна система»: «Ці таблетки допомагають від душевно-головної системи», «Мені лікар для душевно-головної системи порадив побільше лежати», «Я тепер весь час наспівую, тому що душевно-головна система одужує».*

Стереотипії спостерігаються не тільки при шизофренії. Вони часто виявляються в клініці органічних психозів. Прикладом стереотипії органічного генезу є описаний W. Mayer-Gross (1931) симптом грамофонної пластинки (симптом курантів). Він відноситься до характерних для хвороби Піка стоячих оборотів і полягає в стереотипному і невпинному повторенні з незмінними інтонаціями через певні інтервали часу однієї і тієї ж розповіді або декількох фраз. Відповідно перебігу захворювання стоячі оберти при хворобі Піка зазнають обумовлені зростанням недоумства і розпаду мови зміни - все більше спрощуються і в кінцевому підсумку зводяться до стереотипно повторюваних фраз або декількох слів.

Хворий 58 років з діагнозом «хвороба Піка» відповідає на питання лікаря:

*Як вас звати? - Ніяк.*

*Скільки вам років? - Анітрохи.*

*Ким ви працюєте? - Ніким.*

*А дружина у вас є? - Є.*

*Як її звати? - Ніяк.*

*Скільки їй років? - Анітрохи.*

*Ким вона працюють? - Ніким ...*

**Стереотипії в мисленні.** Під стереотипіями розуміють схильність до повторення одних і тих же актів психічної діяльності. Іноді стереотипно повторюються окремі слова, в інших випадках мова йде про мислення стереотипами. Приклад стереотипії в мисленні хворого на шизофренію.

*«На мене напали 8 років тому іноземні розвідники, розрізали мені живіт і в животі зашили радіоапарати. І де я ні ходжу, я чую голоси по радіо в голові з радіоапаратів, що зашиті у мене в животі, чую, як по радіо мені вселяють на душу різні почуття. Шов після розрізу живота, коли в нього зашили радіоапарати, загладили і радіоапаратів так зробили, що шва не стало видно ». Далі на декількох сторінках детально викладаються хворобливі переживання хворого, описуються його псевдогалюцинаторні переживання. Хворий дуже чітко викладає явища синдрому Кангра, які спостерігаються у нього (ті ж іноземні розвідники замінили в його селі найближчих родичів-12 чоловік - схожими на них людьми). Через 8 сторінок в цьому ж листі хворий пише: «Моєму рідному дядькові іноземні розвідники розрізали живіт і зашили в нього потім радіоапарати і цими радіоапаратами так розгнівали його, що він вдарив дружину, і дружина померла. Прокурор не знав, що у дядька в животі зашиті радіоапарати і що його спеціально злили, і дядька в м. Макіївці судили. Цього хотіли іноземні розвідники, щоб мого дядька засудили і помістили у в'язницю ».*

**Парагномен** так само як і шперунг характерний для початку шизофренічного процесу. Цим терміном визначається дія, яка виникає під впливом раптового, незвичайного, безглузлого умовиводу. Під час здійснення парагномену інші симптоми хвороби ще не встановлені. Дії хворого вражають своєю незрозумілістю, неадекватністю ситуації. Вони не пов'язані ні з порушенням свідомості, ні з емоційним станом хворого, а є наслідком патології мислення. Парагномен може носити злочинний характер. Bilikiewicz описав хворого, який знаходився на балконі багатоповерхової будівлі. Той побачив внизу

знайомого, що проходив повз будинок і покликав його; але тому, що знайомий нічого не почув, кинув з балкону свою дитину, «для того, щоб звернути увагу знайомого».

### ***3) Порушення по цілеспрямованості.***

**В'язке мислення** спостерігається при епілептичному недоумстві. Воно характеризується докладністю, схильністю до деталізації, невмінням відокремити основне від другорядного, малорухливістю, «топтанням» на місці, неможливістю вийти з кола певних уявлень і переключитися на щось інше. В'язке мислення хворих на епілепсію може бути охарактеризоване в першу чергу як ригідне, недостатньо лабільне.

Хворий на епілепсію застрягає на дрібницях, деталях, проте, ніколи не втрачає з уваги мети своєї розповіді. Факти, що повідомляються хворим, зв'язуються з випадковими обставинами, але в межах заданої теми. Хворий старанно описує деталі, перераховує їх так, що його важко перебити. Йому важко пов'язати подробиці із загальним змістом. Ця схильність до застрягання, «прилипання» до одного й того ж кола уявлень, зайва деталізація, невміння виділити головне характеризують мислення при епілепсії. Хоча хворий і ухиляється в своїх міркуваннях від прямого, що веде до мети шляху, але самої цієї мети з уваги не упускає. Розповідаючи про що-небудь, він то тупцює на одному місці, то захоплюється деталями, повчаннями, міркуваннями, поясненнями, але залишається в колі тих уявлень, які позначені початковим наміром оповідання. Тема оповідання не змінюється. Темп і характер мови хворого на епілепсію вкрай важко коригувати.

Типовий приклад в'язкого мислення - хворий звертається до співрозмовника.

*«Не що-небудь, а дійсно - чи не можна у вас папіросочку попросити? Вчора матуся приходила - вона до мене через день приходить - принесла мені папіросочку. Каже:*



*«Візьми, Мінечка, я тобі папіросочку принесла». Хороші папіросочки - я такі люблю. Я так зрадив, що матуся папіросочку принесла, і як раз мої улюблененькі. І няня говорить: «У тебе тепер, Мінечка, є що курити, матінка папіросочку принесла» А ось вночі, не щонебудь, а дійсно, коли я спав, викурив цей хворий мої папіросочки, не дасте ви мені не щонебудь, а дійсно, папіросочку, а завтра матуся принесе ще багато папіросочок, і я вам віддам ».*

Від патологічної докладності асоціативного процесу слід відрізнити докладність хворих з маячними ідеями. В цьому випадку деталізація служить не проявом незворотних змін в способі мислення хворого, а лише відображує ступінь актуальності маячної ідеї для пацієнта. Хворий з маренням так захоплений розповіддю, що не може переключитися на будь-яку іншу тему, постійно повертається до хвилюючим його думок, проте під час обговорення побутових, малозначущих для нього подій здатний відповідати коротко, чітко і конкретно. Призначення лікарських засобів може знизити актуальність хворобливих маячних ідей і відповідно призводить до зникнення божевільної докладності.

Крім патологічної докладності при епілепсії та при маячних ідеях, слід також виділити *дементну* деталізацію, та *реактивну* деталізацію.

*Дементна* деталізація є наслідком того, що хворий не може чітко виділити що є головним в викладеному матеріалі, і тому в його розповіді основна мета втрачається в несуттєвих подробицях.

*Реактивна* деталізація пов'язана з психічною травмою і розповсюджується тільки на описання психотравмуючої ситуації.

### **Персевераторне мислення**

Під персеверацією в мисленні розуміють схильність до застрявання в свідомості хворого будь-яких думок, уявлень, образів, слів або фраз, незалежно від зміни ситуації та порушення мети діяльності. Г. В. Залевський

(1976) пише про ослаблення при персеверації уявлення мети діяльності. Персеверація проявляється в мові хворого.

Персеверації найбільш часто спостерігаються в рамках грубої органічної патології головного мозку - при церебральному атеросклерозі (головним чином, при значних його проявах або при наявності локальної симптоматики), старечому слабоумстві, хворобі Альцгеймера, хворобі Піка. Особливо чітко вони виявляються при локалізації ураження в лобній долі. У цих випадках персеверації є частим структурним компонентом моторної афазії. Так, хворий що страждає на моторну афазію при проханні лікаря повторює за ним слово «так», після цього лікар безуспішно просить його повторити за ним слово «ні», але хворий наполегливо говорить «так». Лише після тривалої перерви хворий зміг повторити за лікарем «ні». У таких випадках персеверації в мові часто супроводжують і рухові персеверації.

Персеверації виявляються і при амнестичній афазії. Хворий називає предмет, який йому показують, а потім і всі інші предмети називає тими ж словами. Наприклад, побачивши чайник, хворий говорить: «Це - пити ... кип'ятять, а потім п'ють». Потім йому показують наперсток і він каже: «Ну, чайник .. шити їм треба. У дочки є така штука ».

В рамках афатичного синдрому персеверації є структурним компонентом афазії і довго зберігаються навіть після зникнення основних його проявів.

Персеверації спостерігаються і при різкій втомі, а також в стані алкогольного сп'яніння. У таких випадках, однак, вони носять епізодичний, короткочасний характер.

### **Резонерське мислення**

Резонерство - тип мислення, який характеризується схильністю до порожніх, безплідних, заснованих на поверхневих, формальних аналогіях міркувань. Вона проявляється в неадекватному реальній ситуації мудруванні, багатослівності і банальності суджень. При цьому мета розумової задачі

відсувається на задній план, а на передній висувається прагнення хворого до «міркування».

Психологічна структура резонерського мислення розкрита Т. І. Тепеніциной (1965, 1968, 1979). Автор виявила, що резонерство не пов'язане з яким-небудь певним видом помилок в здійсненні власне розумових операцій. Воно зумовлене особливостями особистісно-мотиваційної сфери хворих. Цей варіант особистісної позиції хворого визначається як надмірна потреба в «самовираженні» і «самоствердженні». Цим пояснюються такі типові риси резонерського мислення, як перебільшена претензійно-оціночна позиція хворого; афективна неадекватність вибору предмета обговорення; невідповідність останнього способам доказів і міркувань; тенденція до «узагальнень» з дріб'язкового приводу; недостатня самокритичність; своєрідна манера мови (хімерність, схильність до багатозначних інтонацій, вживання в надлишку часто абсолютно не підходящих до предмету обговорення понять, багатомовність).

Резонерство в мисленні спостерігається не тільки при психічних захворюваннях, а й у здорових людей. Відмінність резонерства у психічно хворих Т. І. Тепеніцина (1979) бачить в ступені спотворення мотиваційного плану розумової діяльності і в афективній неадекватності мотивації, які при психічних захворюваннях ще обтяжуються приєднанням грубих розладів розумової діяльності.

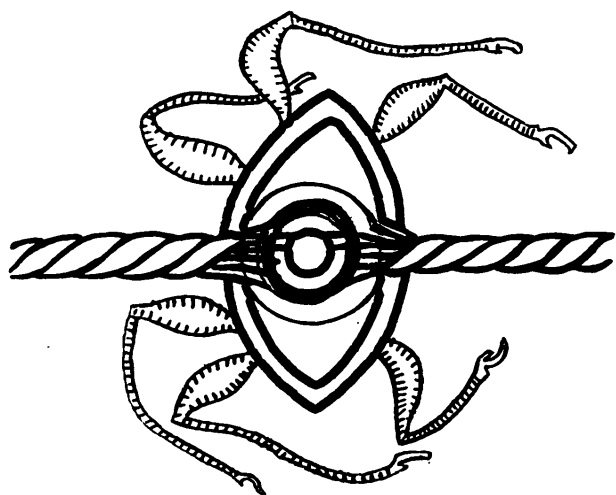
Резонерство спостерігається при шизофренії, епілепсії, олігофренія і ряді органічних уражень головного мозку. Подібна схильність до безплідних філософських міркувань часто поєднується з безглуздими абстрактними захопленнями (метафізичною або метафілософською інтоксикацією).

**Символічне мислення** найбільш часто спостерігається при шизофренії і відрізняється неповторною своєрідністю, воно відображає властиву хворим аутистичну особистісну позицію і певною мірою особливості перебігу захворювання, його стадію.

Можна думати, що відома перебільшена схильність до використання символів властива і особам психопатичного складу, проте в цих випадках символіка все ж ближче до тієї, яка входить в структуру нормального мислення.

Найбільш характерні для хворих на шизофренію два типи символіки.

1. Конкретно-наочна символіка спостерігається головним чином при значних проявах психічного дефекту, вираженому емоційному зниженні. Переважає наочний характер мислення. У заміщенні одних понять іншими нерідко грає роль лише їх часткова, далеко не істотна подібність (це зближує символічне мислення з паралогічним). Так, хворий на шизофренію з маячними ідеями ревності розповідав, що, прийшовши на зміну, за станом свого робочого місця він відразу знав про зраду дружини. Якщо поруч з його верстатом попередник залишав будь-які гвинти або болти, то кількість їх інформувало хворого про те, скільки коханців чекає сьогодні зустрічі з його дружиною. За кількістю шайб хворий судив про кратності зближень дружини з її коханцями. Зазвичай така конкретно-наочна символіка характеризує



достатню інтенсивність маячних переживань. При загальному емоційному зниженні хворих маячні побудови відрізняються достатньо афективним зарядом, що нерідко проявляється в агресивних вчинках. Така символіка часто поєднується з «бідним» резонерством.

*«Розлука» - символічний малюнок хворого на шизофренію.*

2. Абстрактний тип символіки більш вдало було б визначити як псевдоабстрактний. Схематичні побудови цих хворих надмірно відірвані від

реальності. Резонерські судження оперують більш складними комплексами, претендують на роль і всеохоплюючих пояснень.

Опис хворого на шизофренію і «знайдених» їм законів, в яких наочно проявилися особливості цього типу символіки.

*«Закон буква». Опис «закону буква». Закономірності «закону буква». А - буква в пізнанні матеріального світу. Б - буква в формуванні свідомості. В - буква в слові. Г - буква в реченні. Д - буква в виробництві матеріальних умов. Ж - єдність літери. З - буква в часі. І - буква в обчисленні. К - буква в формуванні класових суспільних формацій. Л - буква в формуванні безкласових суспільних формацій. М - буква-звук. Н - буква-звук як своєрідність форми прояву матерії ».*

*«Закон цифра». Закономірності «закону цифра». А - кількісне обчислення. Б - нескінченне кількісне обчислення. В - нескінченне кількісне обчислення в часі. Г - нескінченне кількісне обчислення в просторі по радіусах кулі. Д - нескінченне кількісне обчислення, що впливає на освіту матерії. Е нескінченне кількісне обчислення, що впливає на розвиток і формування матерії. Ж - незалежність нескінченної кількості обчислення від свідомості. З - неблаганність, нескінченність кількісного обчислення. І - необхідність нескінченного кількісного обчислення. К - нескінченне кількісне обчислення в утворенні суспільної формації. У цьому прийнятність кількісного обчислення ».*

Така символіка в порівнянні з конкретно-наочною спостерігається на відносно більш ранніх стадіях шизофренічного процесу, поєднується з метафізичної інтоксикацією і, як уже зазначалося, з більш активним і «багатим» резонерством.

**Аутистичне мислення** виражається в надзвичайній замкнутості, заглибленості в світ власних фантазій, відриві від реальності. Хворих не цікавить практична значимість своїх ідей, вони можуть обмірковувати думку, яка очевидно суперечить дійсності, робити з неї висновки, такі ж безглузді, як і вихідне посилення. Пацієнтів не хвилює думка оточуючих, вони небалакучі, потайливі, зате із задоволенням викладають думки на папері, часом списуючи товсті зошити. Спостерігаючи таких хворих, читаючи їх записи, можна дивуватися тому, що пацієнти, які ведуть себе пасивно,

говорять безбарвно, байдуже, в дійсності охоплені настільки фантастичними, абстрактними, філософськими переживаннями.

Аутизм не є специфічним симптомом шизофренії. Так, Е. Bleuler описував аутизм і при мріях у істеричних психопатів. Він знаходив прояви аутизму і в поезії, міфології, взагалі в мистецтві. У здорових людей аутистичне мислення можливе в певні періоди життя, коли логічне відступає на задній план, слабшає. Таке спостерігається у фантазіях дітей в силу відсутності у них життєвого досвіду, необхідного для оволодіння логічними формами мислення. Це буває і під впливом афекту, коли почуття отримують перевагу над розумом, при спробах вирішення питань, недоступних нашому пізнанню, і, нарешті, там, де асоціації ослаблені, наприклад в сновидіннях здорових людей. Е. Bleuler (1920) вказував, що «в стані сну з його повним відокремленням від зовнішнього світу аутизм зовсім не знає меж, а при шизофренії він нескладно перемішаний з вірними реальними уявленнями».



*«Дон Кіхот – лицар сумного образу»*

*Дон Кіхот настільки глибоко занурений в свої*

*абстрактні уявлення, що він не тільки забуває про дійсність, але попросту її ігнорує.*

Про **паралогічне мислення** говорять в тих випадках, коли воно дефектне в своїх передумовах, доказах, іноді в причинних співвідношеннях. Хворі дивують своєю «кривою» логікою при збереженій пам'яті, здатності до рахування, розумінні і розважливості по відношенню до багатьох звичайних явищ.

Відзначається патологічна схильність хворих до паралогізмів. Паралогізм - це неправильне, помилкове міркування, логічна помилка в умовиводах, що

сталася ненавмисно і є наслідком порушення законів і правил логіки (Н. І. Кондаков, 1975).

При паралогічному мисленні фактично вірні передумови і докази ігноруються, а істотні міркування, що вважаються для здорового мислення вирішальними, замінюються міркуваннями, не вартими ні в якому зв'язку з вихідними судженнями.

На перший погляд, паралогічні судження можуть представитися правильними і навіть оригінальними, проте при найближчому розгляді буває зовсім неважко переконатися в тому, що мова йде про аномалії мислення, логічних вадах, помилкових доказах, погрішності в аргументації, у вихідних положеннях. Характерно, що при паралогічному мисленні суб'єкт вживає вирази, що не підходять за змістом, мало піклуючись про те, щоб той чи інший вираз мав певний зміст і сенс. Таким чином, при паралогічному мисленні відсутня розсудливість, критика щодо логічних помилок, які погано піддаються корекції.

Паралогічним певною мірою є так зване **кататимне мислення**, що спостерігається у деяких психопатів, а також при невротичних станах, коли хворі відповідно до свого афективного стану як би обходять адекватно-логічні форми мислення. Для них афективна думка виявляється більш значущою, актуальною, ніж логічно обґрунтовані міркування.

*Хвора 25 років, розповідаючи про свою сім'ю, підкреслює, що вона дуже любить матір, якій в даний час виповнилося 50 років і яка виглядає цілком здоровою. Однак хвора досить стурбована тим, що мати може захворіти і померти у неї на очах, тому має намір вбити її, як тільки тієї виповниться 70 років.*

## **2. Патологія суджень**

**Нав'язливі ідеї (обсесії)** - хворобливі думки які виникають проти волі хворого, появу яких він емоційно переживає, оскільки ставиться до них критично, намагається позбутися, звільнитися від них, однак не може цього

зробити самостійно. Основні відмінні риси нав'язливих думок виділені С. А. Сухановим (1912) і В. П. Осиповим (1923).

1. Нав'язливі думки мимовільні і навіть всупереч волі виникають у свідомості людини. Свідомість при цьому залишається ясною.
2. Нав'язливі думки не перебувають у видимому зв'язку з вмістом мислення, вони носять характер чогось чужого, стороннього мисленню хворого.
3. Нав'язливі думки не можуть бути усунені вольовим зусиллям хворого. Хворий не в змозі від них звільнитися.
4. Нав'язливі думки виникають в тісному зв'язку з емоційною сферою, супроводжуються депресивними емоціями, відчуттям тривоги.
5. Залишаючись чужими для мислення в цілому, вони не відображаються на інтелектуальному рівні хворого, не призводять до порушень логічного ходу мислення (С. А. Суханов називав нав'язливі думки паразитарними), але їх наявність позначається на продуктивності мислення, розумовій непрацездатності хворого.
6. Болісний характер нав'язливих думок усвідомлюється хворим, до них існує критичне ставлення.

Основна відмінність нав'язливої ідеї від маячної - критичне ставлення хворого до нав'язливих думок, що залишаються чужими для його мислення, його особистісної позиції. Нав'язливі думки мимоволі вторгаються в психіку хворого, він їх тяжко переживає, розуміє їх безглуздість, але боротися з нав'язливими думками, протидіяти їм в більшості випадків не може, хоча і намагається від них звільнитися.



## Нав'язливі ідеї

*Відволікаючі*

Не супроводжуються  
афективними порушеннями,  
байдужі за своїм змістом

- Нав'язливе мудрування
- Нав'язливе лічення (рахунок)
- Нав'язливе відтворення термінів, імен, подій,

*Образні*

Суб'єктивно тяжкі переживання відносно об'єктивно неактуальних речей з афективним реагуванням. Неправдоподібні події сприймаються як реальні і приносять хвилювання.

- Потяги
- Непристойні думки
- Спогади
- Сумніви
- Побоювання, фобії
- Дії

Найбільш часто нав'язливі думки носять характер нав'язливих сумнівів. Хворий постійно сумнівається в своїх діях, наприклад, чи закрив він, йдучи з дому, двері, вимкнув світло, чи закрив воду і газ. Незважаючи на те що хворий розуміє необґрунтованість своїх сумнівів і їх хворобливий характер, проте він часто і багато разів робить перевірку своїх дій. Такого хворого відносно неважко переконати в необґрунтованості його сумнівів, але цим він не позбавляється від них - нав'язливі сумніви виникають знову, іноді лише змінюється їх об'єкт, спрямованість.

Іноді нав'язливі сумніви настільки афективно насичені, що призводять до появи помилкових спогадів.

*Хворий Б., 47 років, що страждає неврозом нав'язливих станів, їдучи у відпустку і бажаючи в санаторії попрацювати над рукописом, по дорозі на вокзал заїжджає на роботу, щоб захопити з собою деякі джерела. Уже в таксі їм опановує сумнів, чи вимкнув він електрокамін. Подальший хід міркувань його такий - може раптово підвищитися напруга в мережі, саморобна пробка на лічильнику не спрацює, виникне пожежа. На вокзал він приїжджає перед самим відходом поїзда і через це, а також через бентежність про супровід його товариша, який знає про його нав'язливі думки, їде. У відпустці він з ранку поспішає прочитати газету, боячись, що там буде сказано про пожежу в його установі. У тому, що камін не був вимкнений, він вже не сумнівається. У листах дружині хворий обережно розпитує, чи все добре на роботі. Не витримавши, він приїжджає з відпустки на 10 днів раніше терміну. У поїзді, особливо в міру наближення до мети призначення, не знаходить собі місця, прямо з вокзалу мчить на роботу.*

Нав'язливі думки можуть проявлятися і у вигляді нав'язливого мудрування. У свідомості хворого при цьому постійно виникають найчастіше безглузді, нерозв'язні питання, наприклад, хто сидів попереду нього в трамваї, кого сьогодні буде більше на вулиці - чоловіків або жінок, що відбувалося б в світі, якби хворий не існував. Іноді відзначається своєрідний наплив нав'язливих думок-питань, який W. Jahrreiss (1928) визначав як нав'язливий стрибок ідей у формі запитань. Контрастні нав'язливі думки характеризуються своєю невідповідністю ситуації, обстановці. Так, хворий, що був культурною і вихованою людиною, відчуває прагнення вголос вилятися в театрі, розсміятися під час пишномовної мови на ювілеї. У цих випадках доречно говорити про нав'язливі потяги, які зазвичай не реалізуються.

Нав'язливі страхи (фобії) характеризуються явною перевагою в структурі нав'язливості афекту тривоги. Вони завжди супроводжуються вираженою вегетативною симптоматикою, хворий блідне, у нього відзначаються тремтіння, пітливість, тахікардія.

Нав'язливі страхи надзвичайно різноманітні: страх перейти площу або широку вулицю (*агорафобія*), страх перед закритими тісними просторами (*клаустрофобія*), страх забруднення при дотику (*мізофобія*), страх смерті (*танатофобія*), страх почервоніти (*ерейтофобія*), страх болю (*алгофобія*), страх перед темрявою (*ніктофобія*), страх перед гострими предметами (*айхмофобія*), страх перед натовпом, боязливість втратити свідомість в натовпі, бути нею розчавленим (*антропо- чи гомілофобія*), страх задухи, страх задушливих приміщень (*клітрофобія*), страх сказати неправду, через що хворий всіляко уникає спілкування з людьми, насильно пригадує зміст колишніх бесід і свої висловлювання (*міфофобія*), страх, пов'язаний з наростанням швидкості (*сідеродромофобія*), страх бути заживо похованим (*тафефобія*), страх перед можливим виникненням нав'язливого страху (*фобофобія*), загальний страх, вищий ступінь страху (*панто-, або панофобія*), страх перед тваринами (*зоофобія*).

Дуже прикро хворі переживають нав'язливий страх, боязливість захворіти будь-яким важким і невиліковним захворюванням (*нозофобія*). При цьому розрізняють *канцерофобію* (страх захворіти на рак), *кардіофобію* (страх перед важкою хворобою серця), *сіфілофобію* (страх захворіти на сифіліс). Нозофобія призводить до тяжких іпохондричних станів.

Своєрідне положення в групі фобій займають *дисморфофобії* - думки про уявну зовнішню потворність. Вони можуть носити характер не тільки нав'язливих, але і надцінних і, найчастіше, маячних ідей.

G. Langfeldt (1951) систематизував усі різноманітні прояви фобій, розділивши їх на 4 групи:

- 1) фобії особливих ситуацій і спілкування, наприклад акрофобія, агорафобія, антропофобія;
- 2) фобії небезпеки навколишнього світу (айхмофобія, нозофобія, зоофобія);

3) фобії дисфункції того чи іншого внутрішнього органу (ерітрофобія, дефекаціофобія);

4) фобії вчинення насильства по відношенню до самого себе або будь-кому іншому (суїцидофобія, гомоцидофобія).

З нав'язливими думками і страхами часто пов'язані нав'язливі потяги. Хворі відчують непереборну потребу зробити той чи інший вчинок, дію. Термін **«компульсія»** вживається для позначення всіх тих станів, які характеризуються нав'язливими компульсивними актами. Іноді схильність до компульсій впливає з особливого конституційного типу, описуваного як компульсивний характер.

Нав'язливі дії можуть носити характер захисних, **ритуальних**. Хворий певним чином і певне число раз торкається до дверей для того, щоб не сталося нещастя з ким-небудь з його близьких. Хоча він і розуміє безглуздість своїх ритуальних дій, але з їх допомогою домагається розрядки властивого фобії болісного афекту, почуття тривоги, відчуває полегшення. Поєднання нав'язливих думок і уявлень, страхів з нав'язливими діями типу ритуалів характерно для ананкастного синдрому.

*Хвора Ц., 22 років, страждає нав'язливим миттям рук. Крім того, вона здійснює нав'язливі дії: взявши в руки папір (байдуже який - одержаний лист, обгортку, записку, рахунок), вона відчуває непереборну потребу розірвати її на дрібні клаптики, що зазвичай і робить. Кишені її одягу постійно повні обривками паперу. Спочатку вона рве папір на 3 частини, потім кожен шматочок знову на 3 дрібніші. Зупиняється вона завжди на числі, кратному 3. На роботі хвора має справу з паперами, а рвати їх не може, побоюючись привернути увагу співробітників, тому вона тричі проводить по небу. Іноді це дію вона багаторазово повторює, але теж зупиняється на якомусь числі, кратному 3. В анамнезі у хворої протягом останніх років несприятливо для неї закінчувалися взаємини з молодими людьми. Троє молодих людей, яких вона вважала своїми нареченими, залишили її і одружилися на інших дівчатах. Захворювання почалося з нав'язливого миття рук, потім*

*симптом змінився - з'явилося нав'язливе оперування паперами. Хвора, володіючи інтелектом вище середнього, сама пояснює своє ставлення до цифри 3 тим, що у неї було 3 наречених. Цифра 3 для неї магічна - вона охороняє від смерті тому, що за словами хворої, після того, як пішов третій наречений у неї було бажання накласти на себе руки.*

Символічно-ритуальні дії іноді складно співвідносяться з причиною, що породила їх. Так, нав'язливе миття рук, ніг, всього тіла багаторазово протягом дня далеко не є результатом мізофобії (страху забруднення). Воно може носити символічний характер і, як наслідок зміщення понять, їх підстановки, висловлює прагнення хворого бути чистим від провини, гріха. У таких випадках говорять про компульсивний невроз вмивання.

Нав'язливі захисні ритуали можуть бути досить складними. Так, виділяють нав'язливий потяг до педантичності. Ці хворі, що страждають від компульсивного потягу, своє повсякденне життя перетворюють в розписану щохвилини стереотипну систему затверджених церемоній, починаючи від ранкового вставання до вечірнього туалету («ритуал спальні»).

### **Надцінні ідеї**

Надцінні ідеї – це афективно насичені стійкі переконання і уявлення. Розуміння їх важливе при аналізі життя, кола зацікавлень, ситуацій, в яких знаходиться пацієнт. Надцінні ідеї по своєму змісту не є безглуздими, вони не носять характер чужих для особистості.

Зазвичай розрізняють надцінні ідеї, що спостерігаються у психічно здорових, і патологічні, що є ознакою психічного захворювання.

Прикладом виникнення надцінних ідей в нормі може служити відданість людини будь-якій науковій ідеї, задля доведення правоти якої він готовий знехтувати всім іншим, своїми особистими інтересами і інтересами своїх близьких - всім, що не відноситься до переважаючим в його свідомості думок. Така надцінна ідея відрізняється від нав'язливої своєю постійністю,

вона не є чужою свідомості людини і не позбавляє особу її носія гармонійності. Д. А. Аменицький (1942) такі надцінні ідеї, що зустрічаються в нормі, позначав як **домінуючі**. Для людей, яких опановують такі ідеї, характерно активне прагнення подолати всі перешкоди в досягненні мети.

М. О. Гуревич (1949) домінуючі ідеї не вважав надцінними в строгому розумінні цього терміна. Надцінні ідеї, по М. О. Гуревичу, завжди носять патологічний характер, є виразом дисгармонічної психіки і пов'язані з паралогічним мисленням і резонерством.

Надцінні ідеї займають проміжне положення між нав'язливими і маячними. На відміну від нав'язливих надцінні ідеї не залишаються чужими для особистості хворого, інтереси його повністю зосереджуються на колі хворобливих переживань. Хворий не тільки не бореться зі своїми надцінними думками, а навпаки, намагається домогтися їх реалізації. На відміну від марення надцінні думки не призводять до настільки значних змін особистості. Звичайно, помилково було б вважати, що наявність надцінних ідей залишає особистість інтактною. При надцінних ідеях ми не бачимо, як при маячних, появи нової особистості, нових особистісних властивостей, немає значних якісних змін особистості хворого. Виникнення і розвиток надцінних ідей в цілому обмежуються кількісною зміною найбільш значущих в плані надцінних ідей особистісних властивостей, їх перебільшення, загострення.

Певною мірою для відмежування надцінних ідей від марення може використовуватися критерій психологічної зрозумілості хворобливих переживань хворого. Клінічний аналіз надцінних ідей дозволяє вловити їх психогенез, зв'язок з актуальними для хворого реальними переживаннями, їх відповідність преморбідним особистісним особливостям



хворого. Відносним критерієм розмежування надцінних і маячних ідей є також можливість їх корекції. Критерій відсутності остаточної впевненості хворих в достовірності своїх

*Фанатичні та надцінні ідеї у  
вождів тоталітарних режимів*

надцінних ідей іноді переоцінюється. Звичайно, відсутність остаточної впевненості, коливання хворого є дуже важливими ознаками при необхідності розмежування надцінних ідей і марення.

Надцінні ідеї найчастіше виникають у особистостей з психопатичним складом характеру. Найбільш типовий їх розвиток у паранояльних психопатів, в цих випадках надцінні ідеї нерідко виявляються етапом паранояльного розвитку.

**Маячноподібні ідеї** є помилковими умовиводами, які пов'язані з розладами волі, потягів, емоційними порушеннями. Можуть виникати в структурі маніакальних і депресивних станів. Критика до них відсутня. Близькі по структурі до маячних ідей, від яких відрізняються меншою сталістю, відсутністю тенденції до систематизації, короткочасністю існування і можливістю часткової корекції шляхом переконання.

### **Маячні ідеї**

Під маячними ідеями ми розуміємо сукупність хворобливих уявлень, міркувань і висновків, які оволодівають свідомістю хворого, спотворено відображають дійсність і не піддаються корекції ззовні.

Виділяють такі основні ознаки маячних ідей:

1. Маячні ідеї є наслідком хвороби і, таким чином, відрізняється від помилок і помилкових переконань, що спостерігаються у психічно здорових.

2. Вони завжди помилкові, неправильно, спотворено відображають реальну дійсність, хоча іноді в окремих посилках хворий може бути і правий. Наприклад, ту обставину, що дійсно мала місце (факт подружньої невірності дружини), ще не виключає правомірності діагнозу маячних ідей ревнощів у чоловіка. Справа не в одиничному факті, а в тій системі суджень, яка стала світоглядом хворого, визначає все його життя і є виразом його «нової особистості».

3. Маячні ідеї непохитні, вони абсолютно не піддаються корекції. Спроби переконати хворого, довести йому неправильність маячних побудов, зазвичай, призводять лише до посилення марення. Характерна суб'єктивна переконаність, упевненість хворого в повній реальності, достовірності маячних переживань. В. Іванов (1981) відзначає також неможливість коригування марення сугестивним шляхом.

4. Маячним ідеям притаманні помилкові підстави ( «паралогіка», «крива логіка»).

5. В більшості своїй (виняток становлять деякі різновиди вторинного марення) марення виникає при ясній, непотьмареній свідомості хворого. Н. W. Gruhle (1932), аналізуючи співвідношення між шизофренічним маренням і свідомістю, говорив про три сторони свідомості: ясність свідомості в даний момент, єдність свідомості в часі (від минулого до сьогодення) і зміст «я» в свідомості (стосовно сучасної термінології - самосвідомість). Перші дві сторони свідомості не мають відношення до марення. При шизофренічному утворенні маревних ідей зазвичай страждає третя сторона його, причому розлад часто дуже важко переживається хворим, особливо на ранніх етапах формування марення, коли уловлюються найтонші зміни власної особистості. Ця обставина може бути застосована не тільки до шизофренічного марення.



6. Маячні ідеї тісно спаяні зі змінами особистості, вони різко змінюють властиву хворому до хвороби систему відносин до оточення і самого себе.

7. Маячні ідеї не залежать від інтелектуального зниження. Марення, особливо систематизоване, частіше спостерігається при хорошому інтелекті. У тих випадках, коли марення виникає при наявності органічного ураження мозку, мова йде про незначне інтелектуальне зниження, а в міру поглиблення слабоумства марення втрачає свою актуальність і зникає.

### **Стадії формування марення по К. Conrad наступні:**

- трема - маячне передчуття, тривога, виявлення джерела формування нового логічного ланцюга;
- апофема - формування гештальта марення - утворення примарної ідеї, її кристалізація, іноді раптове осяяння;
- апокаліпсис - розпад божевільною системи внаслідок терапії або афективного виснаження.

За механізмом утворення марення ділиться на **первинне** - пов'язане з інтерпретацією і побудовою поетапної логіки, **вторинне** - пов'язане з формуванням цілісних образів, наприклад під впливом зміненого настрою або галюцинацій, і **індуковане** - при якому реципієнт, що є здоровою людиною, відтворює божевільну систему індуктора, психічно хворої людини.

Розрізняють марення **систематизоване і уривчасте**.

**Систематизоване** (словесне, інтерпретативне) марення характеризується наявністю певної системи маячних побудов, при цьому окремі маревні побудови взаємопов'язані. Порушено переважно абстрактне пізнання світу, що оточує хворого, спотворено сприйняття внутрішніх зв'язків між різними

явищами, подіями. Типовим прикладом систематизованого марення є паранояльний синдром.

При побудові паранояльного марення важливу роль відіграють невірна інтерпретація реальних фактів, особливості паралогічного мислення. Паранояльне марення завжди здається обґрунтованим, воно менш безглузде, не так різко суперечить дійсності, як уривчасте. Нерідко хворі, що виявляють подібне марення, для доказу правоти своїх тверджень вибудовують систему логічних доказів, проте їх доводи помилкові або в своїй основі, або за характером розумових побудов та ігнорують істотне і акцентують другорядне.

Паранояльне марення може бути найрізноманітнішим за своєю тематикою - ідеї реформаторства, марення високого походження, марення переслідування, іпохондричне марення. Таким чином, немає однозначної відповідності між змістом, фабулою марення і його формою. Марення переслідування може бути як систематизованим, так і уривчастим. Його форма залежить від нозологічної приналежності мареного симптомокомплексу, гостроти перебігу захворювання, участі в клінічній картині виражених змін афективності, стадії патологічного процесу, що виявляє марення.

При несистематизованому, уривчастому (чуттєвому, образному) маренні переживання не мають єдиного стрижня, не пов'язані між собою. Уривчасте марення більше безглузде, ніж систематизоване, воно менш афективне насичене і не в такій мірі змінює особистість хворого. Найчастіше уривчасте марення проявляється в хворобливому сприйнятті тих чи інших фактів навколишньої дійсності, при цьому маячні переживання не об'єднуються в струнку логічну систему. В основі уривчастого марення - порушення чуттєвого пізнання, безпосереднього відображення предметів і явищ навколишнього світу.

В рамках несистематизованого марення розрізняють (О. П. Вертоградова, 1976; Н. Ф. Дементьєва, 1976) такі варіанти, як чуттєве і образне.

Чуттєве марення характеризується раптовістю виникнення фабули, її наочністю і конкретністю, нестійкістю і поліморфізмом, дифузним і афективним характером хворобливих переживань. В його основі лежать якісні зміни сприйняття реальної дійсності. Чуттєве марення відображає змінений зміст сприйнятих подій зовнішнього світу.

Образне марення - це наплив розрізнених, уривчастих маячних уявлень, таких же непослідовних і нестійких, як при чуттєвому маренні. Образне марення є маячною вимислу, фантазій, спогадів.

Типові приклади несистематизованого марення - параноїдні синдроми, гострі парафренні синдроми (конфабуляторной, фантастичний), марення при прогресивному паралічі.

**За ступенем розмаху** можна виділити марення малого розмаху (марення побутових відносин), характерне для психозів похилого віку. З іншого боку, нерідко зустрічається мегаломанічне марення (марення величезності), що виявляється максимально фантастичними висловлюваннями. Ідеї величі виражаються в тому, що хворий наполягає на унікальності своїх здібностей, підкреслює, що є «найбільшим гіпнотизером в світі», «винахідником всіх наук у всесвіті», «богом, творцем світобудови». Ідеї переслідування виражається в такому випадку в упевненості, що за хворим стежать «все місто», «всі розвідки світу». Хворий з маренням самозвинувачення переконаний, що винен у світовій катастрофі. Мегаломанічне марення величі характерне для парафренного синдрому.

Від власне марення слід відрізнити **маячнесподібні фантазії** у осіб з вразливим, демонстративним характером (наприклад, при істеричній психопатії). Хворі з фантазіями добре розуміють, що фактів, які ними викладалися не існувало в дійсності, проте не можуть визнати їх вигадкою, відчуючи, що виробляють яскраве враження на співрозмовника. На відміну

від марення фантазії досить нестійкі за змістом. Пацієнти, намагаючись привернути увагу, вигадують все нові факти, забувають про те, що розповідали в минулий раз.

**Фабула марення**, тобто основний зміст божевільної концепції, може приймати найрізноманітніші форми. Маячні судження хворих суб'єктивні і практично неповторні, але вони відображають домінуючі в суспільстві ідеї. Так, в XIX в. були вельми поширені маячні ідеї релігійного змісту, а з розвитком наук в XX в., пов'язано поява величезної кількості нових технічних ідей, що призвело до виникнення марення, в якому фігурують переслідування з боку інопланетян, втручання в роботу мозку за допомогою комп'ютерних технологій, вплив лазерів, екстрасенсів. Все ж в розмаїтті божевільних ідей можна виділити деякі основні концепції, що повторюються у різних хворих. Найбільш вдала класифікація фабул марення, заснована на ідеях В.Грезінгера, включає марення переслідування (персекуторне), депресивне і величі. Нерідко у одного хворого можна бачити поєднання кількох фабул.



#### Ідеї переслідування

- Власне переслідування -
- Впливу
- Отруєння
- Матеріальних збитків
- Сутяжні
- Відносин (особливого значення)
- Інценування
- Ревнощів

#### Депресивні ідеї

- Самознищення
- Самозвинувачення
- Гріховності
- Іпохондричні
- Дисморфоманічні

#### Ідеї величі

- Багатства
- Винахідництва
- Реформаторства
- Високого походження
- Любовні

**Найбільш поширеним є поділ марення за змістом.**

**Ідеї величі** проявляються в твердженнях хворих, що вони володіють неабияким розумом і силою. До ідей величі близькі маячні ідеї багатства, винахідництва, реформаторства, високого походження. При маренні багатства хворий стверджує, що він володіє незліченними скарбами. Типовим прикладом марення винахідництва можуть служити запропоновані хворими проекти вічного двигуна, космічних променів, за якими людство може перейти з Землі на інші планети. Ідеї реформаторства проявляються в безглузких проектах соціальних реформ, мета яких - облагодіяти людство. При маренні високого походження хворий називає себе позашлюбним сином якогось відомого політичного чи державного діяча, вважає себе нащадком

однієї з імператорських династій. У ряді випадків такі хворі наділяють високим походженням і оточуючих, складаючи для них родовід. До цієї ж групи можна віднести вже зазначені вище маячні ідеї вічного існування. Всі перераховані тут види марення об'єднуються в групу експансивного марення. Загальним для них є наявність позитивного тону, підкреслюється хворим його екстраординарність, часто перебільшений оптимізм. До експансивних ідей відносять і еротичне марення, при якому хворий вбачає зацікавленість в ньому з боку окремих осіб протилежної статі. При цьому спостерігається хвороблива переоцінка хворим власної особистості. Типові уявлення хворих про свою інтелектуальну і фізичну винятковість, сексуальну привабливість. Об'єкт маячних переживань зазвичай піддається справжньому переслідуванню з боку хворого, який пише численні любовні листи, призначає побачення.

Друга група божевільних ідей визначається як **депресивне марення**. Для нього характерне негативне емоційне забарвлення, песимістичні установки. Найбільш типові для цієї групи марення ідеї самозвинувачення, самоприниження і гріховності, що спостерігається зазвичай при депресивних станах - при депресивній фазі циркулярного психозу, інволюційній меланхолії. До депресивного марення відноситься і іпохондричне. Воно характеризується необґрунтованим неспокоєм хворого, що знаходить у себе ознаки уявного тяжкого і невиліковного захворювання, перебільшеною увагою хворого до свого здоров'я.

До іпохондричного марення близький **синдром Котара**, який за змістом може бути охарактеризований як нігілістично-іпохондричне марення в поєднанні з ідеями громадності. Деякі психіатри синдром Котара говорять як про



своїм

про

негатив марення величі. G. Cotard (1880) описав цей варіант марення під назвою марення заперечення. Маячні ідеї при синдромі Котара відрізняються іпохондричними та нігілістичними твердженнями на тлі тужливого афекту. Характерні скарги хворих на те, що *згнив кишечник, немає серця*, що хворий найбільший, ще небувалий в історії людства злочинець, що він заразив усіх сифілісом, отруїв своїм смердючим диханням весь світ. Іноді хворі стверджують, що вони вже давно померли, що вони трупи, їх організм давно розклався. Їх чекають важкі покарання за все зло, яке вони принесли людству. При великій виразності депресії і тривоги в структурі синдрому Котара переважають ідеї заперечення зовнішнього світу, такі хворі стверджують, що все навколо загинуло, земля спорожніла, на ній немає життя.

*Сальвадор Далі «Жираф у вогні»*

Це - маячення, яке зазвичай супроводжує депресію, тобто пригнічений настрій з почуттям передсердечної туги, іноді немотивованої тривоги. Почуття туги при цьому настільки сильне і незвичайне, що хворі не можуть пояснити його словами.

Це почуття точно описано в оповіданні А. П. Чехова «Напад»:

*«...Васильев лежал неподвижно на диване и смотрел в одну точку... Все внимание его было обращено на душевную боль, которая мучила его. Это была боль тупая,*

*беспредметная, неопределенная, похожая и на тоску, и на страх в высочайшей степени, и на отчаяние. Указать, где она, он мог: в груди, под сердцем; но сравнить ее нельзя было ни с чем... При этой боли жизнь представлялась отвратительной».*

*Из всех мыслей только одна не была противной герою этого рассказа — это мысль о том, что «он каждую минуту имеет власть убить себя».*

Третью групу божевільних ідей визначають як **марення переслідування**, або персекуторні ідеї. Зазвичай, персекуторне марення завжди проходить з почуттям страху, недовіри і підозрливості до оточуючих. Нерідко «переслідуваний» стає переслідувачем. До персекуторного марення відносяться маячні ідеї відносини, значення, переслідування, впливу, отруєння, збитку.

Ідеї відносин характеризуються патологічним віднесенням усього, що відбувається навколо до особистості хворого. Так, хворі розповідають, що про них погано говорять. Варто хворому увійти в трамвай, як він зауважує підвищений до себе увагу. У вчинках і словах оточуючих він бачить натяки на якісь помітні їм його недоліки. Варіантом марення відносини є марення значення (особливого значення), при якому підкреслено важливими набувають ті чи інші події, висловлювання оточуючих, що в дійсності не мають до хворого ніякого відношення. Найчастіше марення відносин передують розвитку маренню переслідування, однак при першому увага оточуючих не завжди носить негативний характер, як це обов'язково буває при маренні переслідування. Хворий відчуває підвищену до себе увагу, і це його турбує. Значно більше виражені персекуторні особливості марення при ідеях переслідування. У цих випадках вплив ззовні носить завжди негативний для хворого характер, спрямований проти нього. Марення переслідування може бути як систематизованим, так і уривчастим.

При маренні впливу хворі переконані в тому, що на них впливають за допомогою різних апаратів, променів (марення фізичного впливу) або



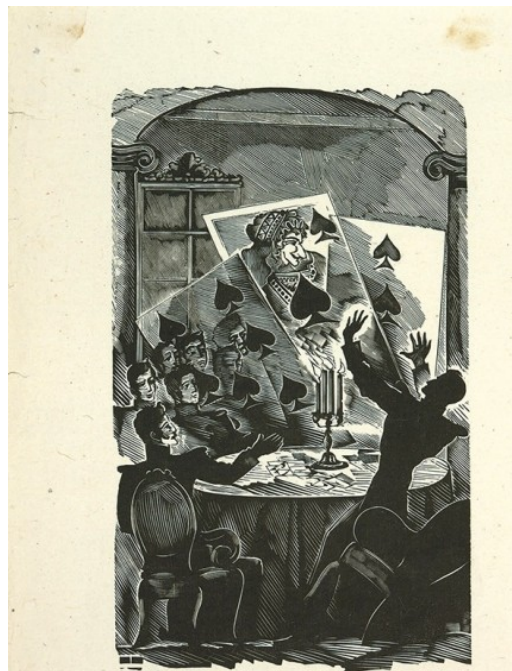
гіпнозу, телепатичного навіювання на відстані (марення психічного впливу). В. М. Бехтерев (1905) описав марення гіпнотичної чарівності, що характеризується систематизованими маячними ідеями гіпнотичного впливу. Хворі стверджують, що вони психічно здорові, але їх загіпнотизували: вони позбавлені своєї волі, їх вчинки нав'язані ззовні. Вплив визначає, за заявою хворого, на його думки, мову, письмо. Характерні при цьому скарги на роздвоєння думок. Крім думок, що належать самому хворому, нібито є і чужі йому, створені та нав'язані кимось. На думку М. Г. Гулямова (1965), марення гіпнотичної чарівності є одним з перших описів психічного автоматизму.

До персекуторного марення відноситься і марення ревнощів. Ідеї ревнощів завжди розглядаються хворим у зв'язку з заподіяним йому матеріальним і моральним збитком. У хворих на алкоголізм марення ревнощів пов'язане з хронічною інтоксикацією, що призводить до своєрідної деградації особистості, втрати важливості морально-етичних норм поведінки, до біологічних змін сексуальної сфери.

Поступове формування марення детально представлено А. С. Пушкіним в «Піковій дамі»:

*«Анекдот о трех картах сильно подействовал на его воображение и целую ночь не выходил из его головы. — Что если, — думал он на другой день вечером, бродя по Петербургу, — что, если старая графиня откроет мне свою тайну! — или назначит мне эти три верные карты! Почему же не попробывать своего счастья?.. Представиться ей, подбиться в ее милость, — пожалуй, сделаться ее любовником, но на это все требуется время — а ей восемьдесят семь лет, — сна может умереть через неделю, — через два дня!.. Да и самый анекдот?.. Можно ли ему верить?..»*

Очевидно, що в цей період Герман перебуває десь на межі між здоров'ям і хворобою. Ще є сумніви в ймовірності «анекдоту», ще не втрачена здатність критично оцінювати свої думки, але



хвороблива ідея все більше і більше опановує його душею.

Не будемо переповідати відомий хід подій. Найвищої душевної напруги він досягає в момент, коли Герман, домігшись побачення від Лісавети Іванівни, чекає зустрічі з графинею.

*«Герман трепетал, как тигр, ожидая назначенного времени. В десять часов вечера он уж стоял перед домом графини. Погода была ужасная: ветер выл, мокрый снег падал хлопьями... Герман стоял в одном сюртуке, не чувствуя ни ветра, ни снега».*

*«...Тройка, семерка, туз — не выходили из его головы и шевелились на его губах. Увидев молодую девушку, он говорил: «Как она стройна!.. Настоящая тройка червонная». У него спрашивали: «который час», он отвечал: «без пяти минут семерка». Всякий пузастый мужчина напоминал ему туза. Тройка, семерка, туз — преследовали его во сне, принимая все возможные виды: тройка цвела перед ним в образе пышного грандифлора, семерка представлялась готическими воротами, туз огромным пауком. Все мысли его сливались в одну, — воспользоваться тайной, которая дорого ему стоила».*

*«...Герман сошел с ума. Он сидит в Обуховской больнице в 17-м номере, не отвечает ни на какие вопросы и бормочет необыкновенно скоро: «Тройка, семерка, туз! Тройка, семерка, дама!..»*

Також добре описано формування маячних ідей переслідування в оповіданні А.П. Чехова «Палата №6»

*Однажды осенним утром собирался Иван Дмитрич к какому-то мещанину... Настроение у него было мрачное. В одном из переулков встретились ему два арестанта в кандалах и с ними четыре конвойных с ружьями. Раньше Иван Дмитрич очень часто встречал арестантов и всякий раз они возбуждали в нем чувства сострадания и неловкости, теперь же эта встреча произвела на него какое-то особенное, странное впечатление. Ему вдруг почему-то показалось, что его тоже могут заковать в кандалы и таким же образом вести по грязи в тюрьму. Побывав у мещанина и возвращаясь к себе домой, он встретил около почты знакомого полицейского надзирателя, который поздоровался и пошел с ним по улице несколько шагов, и почему-то это показалось ему подозрительным. Дома целый день у него не выходили из головы арестанты и солдаты с ружьями, и непонятная душевная тревога мешала ему читать и сосредоточиться. Вечером он не зажигал у себя огня, а ночью не спал и всё думал о том, что его могут арестовать, заковать и посадить в тюрьму. Он не знал за собой никакой вины и мог поручиться, что и в будущем никогда не убьет, не подожжет и не украдет; но разве*

трудно совершить преступление нечаянно, невольно, и разве не возможна клевета, наконец, судебная ошибка? Утром Иван Дмитрич поднялся с постели в ужасе, с холодным потом на лбу, совсем уже уверенный, что его могут арестовать каждую минуту. Если вчерашние тяжёлые мысли так долго не оставляют его, — думал он, — то, значит, в них есть доля правды. Не могли же они в самом деле прийти в голову безо всякого повода. Городовой, не спеша, прошел мимо окон: это недаром. Вот два человека остановились около дома и молчат. Почему они молчат? И для Ивана Дмитрича наступили мучительные дни и ночи... Он стал уединяться и избегать людей. Служба и раньше была ему противна, теперь же она стала для него невыносима. Он боялся, что его как-нибудь подведут, положат ему незаметно в карман взятку и потом уличат, или он сам нечаянно сделает в казенных бумагах ошибку, равносильную подлогу, или потеряет чужие деньги... Но эта ложь скоро утомила его, и, после некоторого размышления, он решил, что в его положении самое лучшее — это спрятаться в хозяйкин погреб. В погребе просидел он день, потом ночь и другой день, сильно озяб и, дождавшись потемок, тайком, как вор, пробрался к себе в комнату. До рассвета простоял он среди комнаты, не шевелясь и прислушиваясь. Рано утром до восхода солнца к хозяйке пришли печники. Иван Дмитрич хорошо знал, что они пришли затем, чтобы перекладывать в кухне печь, но страх подсказал ему, что это полицейские, переодетые печниками. Он потихоньку вышел из квартиры и, охваченный ужасом, без шапки и сюртука, побежал по улице...

## **Синдроми порушення мислення**

Динаміка розвитку хронічного марення була детально досліджена французьким психіатром В.Маньяном (1835-1916). Надалі описані ним стани розглядалися як прояви паранояльного, параноїдного і парафренного синдромів.

**Паранояльний синдром-** первинне інтерпретативне марення з високим ступенем систематизації, що характеризується фабулами переслідування, ревнощів, винахідництва, іноді маренням іпохондричним, сутяжничим, матеріальних збитків. Галюцинації при паранояльному синдромі відсутні.

Маячні ідеї формуються не на основі помилок сприйняття, а внаслідок паралогічного тлумачення фактів дійсності. Маніфестації паранояльного марення передують тривале існування надцінних ідей. Тому на початкових етапах хвороби така маячня може справляти враження правдоподібності. Захопленість хворого божевільною ідеєю виражається докладністю, наполегливістю у викладі фабули («симптом монологу»). Паранояльний синдром має тенденцію до хронічного перебігу, погано піддається терапії психотропними засобами. Він може виникати не тільки при шизофренії, але і при інволюційних психозах, декомпенсації паранояльній психопатії. При шизофренії паранояльний синдром схильний до подальшого розвитку і переходу в параноїдний.

Характерна ознака **параноїдного синдрому**- присутність галюцинацій (частіше псевдогалюцинацій) поряд з несистематизованими ідеями переслідування. Виникнення галюцинацій визначає появу нових фабул марення - ідей впливу (рідше отруєння). Ознакою нібито здійснюваного впливу, з точки зору хворих, служить почуття оволодіння (психічний автоматизм). Таким чином, в основних проявах параноїдний синдром збігається з поняттям синдрому психічного автоматизму Кандинського-Клерамбо. До останнього не відносять лише варіанти параноїдного синдрому, що супроводжуються справжніми смаковими і нюховими галюцинаціями і маренням отруєння. При параноїдному синдромі помічається деяка тенденція до розпаду божевільної системи, марення набуває рис химерності, безглуздості. Особливо вираженими ці його особливості стають при переході до парафренного синдрому.

**Парафренний синдром** - стан, що характеризується поєднанням фантастичних, безглузких ідей величі, благодушного або піднесеного настрою з психічним автоматизмом, маренням впливу і вербальними псевдогалюцинаціями. Таким чином, в більшості випадків парафренний

синдром можна розглядати як завершальний етап розвитку синдрому психічного автоматизму. Хворим властива не тільки фантастичне трактування подій теперішнього часу, але і вигадані спогади (конфабуляції). Пацієнти виявляють дивовижну терпимість до впливу, що нібито чиниться на них, вважаючи це ознакою їх винятковості, унікальності. Висловлювання втрачають колишню стрункість, і у деяких хворих спостерігається розпад божевільною системи. При параноїдній шизофренії парафренний синдром є заключним етапом перебігу психозу. При органічних захворюваннях парафренний синдром (марення величі) зазвичай поєднується з грубими порушеннями інтелекту і пам'яті. Прикладом парафренного марення при органічному захворюванні виступають вкрай безглузді ідеї матеріального багатства у хворих з прогресивним паралічем (сифілітичним менінгоенцефалітом).

*Хворий 54 років, тракторист, відсторонений від роботи, оскільки втратив все професійні навички. При огляді психіатра радісний і спокійний, безпорадний при вирішенні найпростіших питань, не може назвати місяць і рік. У відділенні нічим не зайнятий, часом починає співати пісні або плакати. При розмові з лікарем стереотипно повторює, що володіє чудовою дачею. Стверджує, що дача дуже висока - «в сто поверхів», «всі вікна зроблені з кристалю», «у дворі стоїть золотий трактор». При обстеженні виявляються дизартрія, симптом Робертсона, різко позитивна реакція Вассермана («чотири хрести»).*

Серед всіх маячних синдромів найбільшою нозологічною специфічністю відрізняється **синдром психічного автоматизму Кандинського-Клерамбо.**

Його компонентами є псевдогалюцинації, психічний автоматизм і марення впливу. Автоматизмом називають відчуження хворим



його власних психічних актів, почуття, що деякі процеси в його психіці відбуваються автоматично, поза волею. Г.Клерамбо (1920) описав 3 види автоматизму:

*В.Х. Кандінський*

- ідеаторний (асоціативний, розумовий) автоматизм, прикладами якого є почуття вкладання і відібрання думок, стороннього втручання в їх перебіг, обриви (шперунг) і напливи думок (ментизм); враження, що думки хворого стають відомі оточуючим (симптом відкритості); беззвучне повторення думок хворого («відлуння думки»), насильницька внутрішня мова. Вербальні псевдогалюцинації як відчуття передачі думок на відстань - теж прояв ідеаторного автоматизму;
- сенсорний (сенестопатичний, чуттєвий) автоматизм - стан, при якому спостерігається багато неприємних відчуттів в тілі, іноді вигадливі - сенестопатії, а іноді цілком природні (тепло, холод, біль, печіння, статеве збудження, позиви на сечовипускання), здаються «зробленими», спеціально викликаними. Смакові і нюхові псевдогалюцинації, таким чином, є варіантами сенсорного автоматизму;
- моторний (кінестетичний, руховий) автоматизм - ніби деякі рухи хворого здійснюються поза його волею, викликані впливом з боку. Цікаво, що деякі неврологічні симптоми внаслідок прийому психотропних засобів (лікарський паркінсонізм) людьми з даним видом автоматизму розглядаються не як побічний ефект терапії, а як



іноді

ознака впливу. Хворі можуть стверджувати, що виникаюча на їх обличчі міміка (посмішка або сльози) неприродна, насильно викликана. Насильницька мова теж відноситься до рухових автоматизмів.

Явища психічного автоматизму зазвичай зміцнюють у людини думки, що вона більше не належить собі, служить лише «іграшкою в руках переслідувачів» (почуття оволодіння), що все його психічне і фізичне життя контролюється і управляється за допомогою складних технічних пристроїв або гіпнозу (марення впливу). Іноді виникає підозра, що вплив переслідувачів може вразити внутрішні органи, викликати важке захворювання (рак) або навіть раптову смерть.

*Хворий 28 років страждає на психічне захворювання з 16 років, не працює, інвалід 2-ї групи. Пред'являє лікарям скарги на психомоторну імпотенцію. Поява цього симптому пояснює впливом на нього з боку групи працівників КДБ за допомогою «радіоелектронного пристрою, що складається з регістра і випромінювача». Переконаний, що даний прилад може впливати практично на всі психічні та фізіологічні процеси в його тілі: керувати рухами, учащати пульс, викликати в руках відчуття гарячих предметів і навіть опік. Постійно чує в голові голоси переслідувачів, які нібито разом з ним розробляють план затримання небезпечного злочинця Семеніхіна. Наданий сам собі, весь час вголос перемовляється з «голосами». Переконаний, що потемніння в очах, що виникло на тлі інсулінокоматозної терапії, теж викликано дією пристрою.*

До варіантів гострого почуттєвого марення також примикає **синдром Капгра** [Капгра Ж.М., 1923], головна ознака якого, крім тривоги і марення інсценівки, - симптом двійників. Розрізняють симптом негативного двійника, коли хворий стверджує, наприклад, що близька людина, відвідує його в лікарні, не є його батьком або матір'ю, а являє собою добре загримованого двійника його справжніх батьків; і симптом позитивного двійника, коли хворий, навпаки, дізнається в лікарях або пацієнтах близьких родичів, що змінили спеціально свій вигляд. **Симптом Фреголі** - переконаність, що

переслідувачі постійно змінюють зовнішність, при цьому пацієнт намагається дізнатися їх в будь-якому з людей, що з'являються перед ним. **Ідеї інтерметаморфози** включають в себе зміни не стільки зовнішності, скільки внутрішньої сутності людей і предметів.

*Пацієнт Л. запевняє, що його неправильна поведінка зовсім не його поведінка, а його близнюка, який був підкинутий батьками і опинився за кордоном. Тепер він діє від його особи, щоб його завербувати. «Він точно такий же, як я, і навіть так само одягнений, але завжди робить вчинки, на які б я не наважився. Ви говорите, що це я розбив вдома вікно. Це не так, я в цей час був в абсолютно іншому місці».*

## **Завдання і тести**

### **Матеріали для тестового контролю (І рівень)**

1. Епізодично виникаюча блокада розумової діяльності носить назву:
  - А. ментизм
  - Б. ехолалія
  - С. персевірація
  - Д. вербигерація
  - Е. шперунг\*
2. Аутистичне мислення зустрічається:
  - А. у здорових осіб
  - В. у дітей
  - С. при шизоїдній психопатії
  - Д. при шизофренії
  - Е. при всьому перерахованому\*
3. Визначення «мимовільне насильницьке виникнення нецілеспрямованого потоку думок» відноситься до терміну:
  - А. вербігерація



В. персевірація

С. шперунг

Д. ментизм\*

Е. логоклонія

4. Вкажіть термін, що відповідає визначенню «мимовільне повторення у мові слів та окремих фраз оточуючих»:

А. персевірації

В. вербігенерація

С. інкогеренція

Д. ехолалія\*

Е. шизофазія

5. Назвіть найбільш істотний чинник, що характеризує маячні ідеї:

А. насильницьке виникнення

В. недоступність корекції\*

С. неможливість протидіяти їм

Д. спрямованість на суб`єктивний світ

Е. поліморфізм

6. До персекуторних маячних ідей належать:

А. маячні ідеї переслідування

В. маячні ідеї фізичного впливу

С. маячні ідеї отруєння

Д. маячні ідеї побутових стосунків (збитків)

Е. все перераховане вірно\*

7. Симптом Фреголі входить до складу:

А. маячних ідей винахідництва

В. реформаторського маячення

С. маячення інсценування

Д. маячення двійників\*

Е. маячення інтерметаморфози

8. Паталогічна докладність мислення зустрічається при:

- A. шизофренії
- B. епілепсії\*
- C. психопатії
- D. неврозих
- E. наркоманії

### **Матеріали для індивідуального усного опитування.**

1. Визначення понять «мислення», «розумові операції».
2. Класифікація порушень мислення.
3. Патологія мислення по темпу.
4. Порушення мислення по формі.
5. Що таке маячні, маячноподібні, нав'язливі, надцінні ідеї, чим ці поняття відрізняються.
6. Різновиди маячних ідей по змісту.
7. Класифікація маячення.
8. Різновиди і, нав'язливих ідей.
9. Патофізіологічні механізми маячних та і, нав'язливих ідей.

### **Типові задачі (II рівня).**

1. Жінка 40 років, інженер, 5 років тому почала казати, що болить голова, відчуває загальну слабкість, поганий апетит. Вважала, що на роботі всі знущаються з неї, сміються. Підозрювала, що дочка пов'язана з бандитами, які збираються її вбити. У хворобливому стані звільнилася з роботи. Зненацька почала ходити на лекції до гірничого університету. Декілька разів зверталася за допомогою до міліції, там затверджувала, що на неї впливає якась апаратура. Періодично буза напруженою, підозрілою, імпульсивною.

Серед внутрішніх органів, неврологічного стану та додаткових досліджень патології не знайдено.

Напружена, розповідає про думки, що діями її хтось керує, постійно слідкує за нею. В лікарні де вона зараз знаходиться заховані апарати щоб підслуховувати її думки. В розпачі, що не може вночі заснути, боїться, що їжа може бути отруєна.

Які симптоми виявляються у хворої?

Які періоди можливо прослідкувати при захворюванні?

Який ведучий синдром?

Про яку нозологію можливо міркувати? (Маячні ідеї впливу, отруєння).

2. Чоловік 44 років, вчився задовільно. Закінчив середню школу, зараз службовець. З дитинства відчував вночі страхи. З 14 років почав лякатися переходити через місток, але переїздив повз нього на тролейбусі. Далі почав лякатися переходити через площі, при допомозі друзів міг це зробити. Пізніше став боятися ходити у кіно, театр, особливо був переляканий коли закривали двері та гасло світло. Виходячи з квартири декілька разів доторкався рукою до ліжка, враховував, що після цього з ним на вулиці нічого не скоїться.

Всі роки - несміливий, невпевнений в собі, постійно має сумніви у своїх діях та рішеннях.

Соматичної патології немає. Сприйняття, пам'ять, інтелект у нормі. Розуміє відсутність дійсності своїх побоювань.

Який ведучий синдром?

Які симптоми складають цей синдром?

До яких форм патології може відноситись це захворювання? (Нав'язливі страхи, невроз).

3. Жінка 49 років, вчителька, госпіталізована в психіатричний стаціонар на експертизу у зв'язку з тим, що коли була у дворі свого багатопверхового будинку біля шостої години раптово накинулася на сусідку, зірвала з неї плаття та почала бити. При дослідженні епізоду пояснила, що декілька місяців слідкує за цією сусідкою, вона знаходиться у сексуальних зв'язках з її чоловіком 54 років. Чоловік є інвалідом і не працює, зовсім не може ходити бо має параліч кінцівок. Зрозуміла про зв'язок з сусідкою тому, що коли приходить додому після роботи ліжко чоловіка у безладі. Крім того декілька разів чула як хтось тихенько стукав у двері, коли виходила то нікого не було. При зустрічі з сусідкою та тільки усміхалась до неї та не здоровкалась. Спробувала розібратись з чоловіком, але він не володіє мовою після інсульту та не може їй нічого роз'яснити. Впевнена, що за нею правда і добре помстилася. Емоційно напружена, іноді плаче, жаліє хворого чоловіка та винуватить сусідку. Характеризується на роботі як добра працівниця.

Які симптоми виявляються у хворої?

Який ведучий синдром?

Як обґрунтувати висновок експертизи які заходи мають бути?

(Маячні ідеї ревнощів, хвора не відповідає за свої дії та повинна лікуватись).

4. Чоловік 37 років, лікар. У дитинстві тихий, нерішучий хлопець. Погано вчився у школі тому, що не міг ніколи відповісти на запитання, міркував що всього не знає. З 10 до 17 років мастурбація. У 18 років з'явилась боязкість за серце, думав що може померти. Завжди лякався «в важку хвилину» залишитися без лікарської допомоги, тому ходив по місту з товаришами - лікарями. Все життя хвилювався щоб не захворіти сифілісом або другою інфекцією. Декілька разів на день мив руки. До оточуючих добрий та сумлінний. Завжди очікує для себе якусь погану звістку.

Соматичних порушень не виявлено. Спить та їсть добре. Сприйняття, пам'ять інтелект без патології. Розуміє безпідставність своїх думок, аналізує їх. Дуже нерішучий при прийнятті рішення.

Який ведучий синдром?

Які симптоми складають цей синдром?

На якому тлі формувалося захворювання? (На доклінічному періоді астенична акцентуація з нерішучістю та невпевненістю, далі формуються нав'язливі страхи як прояв неврозу нав'язливих станів).

5. Дівчина 14 років. За 3 місяці до госпіталізації у психіатричну лікарню почала скаржитись на головні болі, роздратованість, відчуття змін у собі. Почала багато міркувати, багато часу могла сидіти та дивитись в одну крапку. Розглядала себе у дзеркало, казала, що в неї змінилося лице, подовжився ніс, розширилися очі, «мов каміння очі». У процесі читання помітила, що літери то віддаляються, то приближуються. Погіршилося навчання у школі. З мамою та сестрою стала різкою та категоричною. Не слідкує за собою, багато часу лежить у ліжку.

Соматичний та неврологічний стан без патології. Консультація офтальмолога - норма. Сприйняття та пам'ять без порушень. У бесіді спокійна, але іноді замовкає, роз'яснює це тим, що «у голові зупиняються думки». Бездіяльна, ні до чого не має зацікавленості.

Які симптоми виявляються у хворої?

Який ведучий синдром?

До яких форм патології може відноситись це захворювання? (Синдром дисморфофобії, початок шизофенічного процесу).

6. Жінка 46 років, не працює. Психічно хвора на протязі 10 років. Захворювання розвинулось поступово. Почала відчувати болі у серці.

Міркувала, що чоловік на неї почав «діяти гіпнозом». Говорила йому, що у відсутність їх вдома хтось ходив по кімнатах, вона «бачила» сліди від взуття. також за нею слідкують, але хто не уточнює. Впевнена, що чоловік її зраджує, хоче знищити; крім того «наводить» хвороби на оточуючих людей. У зв'язку з цими висловлюваннями конфліктує з чоловіком, агресивна до нього, намагалась облити його окропом. Неодноразово лікувалась у психіатрії, але без стійкого ефекту.

Соматичний та неврологічний статус без патології.

Під час бесіди спокійна, підтверджує, що чоловік її «вбиває», що за нею слідкують якісь люди. Ніякова до чоловіка, дочки, задоволена тим, що знаходиться у неспокійній палаті. Нічого не робить, хвилюється тільки про їжу, багато їсть. При зустрічі з чоловіком мовчки бере їжу і вертається у відділення. Намагається забирати їжу у других хворих. Не слідкує за собою, не миється.

Який ведучий синдром?

Які симптоми складають цей синдром?

Про яку нозологію можливо міркувати?(Маячні ідеї впливу при шизофренії).

### **Нетипові задачі (III рівень) для заключного етапу заняття.**

1. Чоловік 68 років. на протязі останніх 3 років на пенсії. Раніше працював директором школи. Повинен був піти на пенсію у зв'язку з головними болями, шумами в голові, роздратованістю, забутливістю. артеріальний тиск підвищується до 170 - 180/ 90 - 110.

В клініку госпіталізований другий раз. Перший раз лікувався рік тому , тоді був психотичний стан з порушенням засипання, тривогою, чув голоси невідомих людей, котрі називали його зрадником. Вважав, що його переслідують, та мають вбити. Щоб далі закінчити ці муки плигнув з вікна. Получив важку травми кінцівок. У відділенні два тижні відчував страх, був

напруженим, не хотів їсти, затверджував, що він не злочинець, а навпаки навкруги зрадники. Потім вийшов з психотичного стану, пам'ятає що тоді було. Залишався плаксивим, інтелектуально зниженим. Важко згадувати про минуле. Вдруге психотичний стан через 6 місяців зі схожими симптомами. Просив його рятувати від переслідувачів, не довірився сестрам робити ін'єкції. Ввечері бачив неприємні лиця ворогів.

Через 1,5 місяця стан нормалізувався. За цей час у відділенні були періоди покращення, з'являлася критичність до свого стану, був спокійним, самотійно приймав їжу.

Соматично: А/Д - 160/90.

Які симптоми виявляються у хворого?

Який ведучий синдром?

Які соматичні супутні прояви?

З яким соматичним захворюванням поєднуються ознаки психічних порушень?

Яку нозологію можливо виставити?(Галюцинаторно - параноїдний судинний гіпертонічний психоз).

2. Чоловік 39 років, хворіє на протязі 6 років. Став відчувати болі «стягуючого» характері у задньому проході, що мають особливий зв'язок з головою, посмикування рук і ніг, «в голові якесь забруднення», «розширюються та розовіють вуха», «зсох мозок».

Ніколи ніде не лікувався. Кинув працювати тому, що мав виділення чогось з полового члену. Кинув спілкуватися з товаришами, удень нікуди не виходив на вулицю, тільки вночі на вулиці займався гімнастикою. З родичами роздратований, особливо до матері. Вважає, що в нього венеричне захворювання та два рази обстежувався у венерологів, обидва рази нічого не знаходили.

Соматичний та неврологічний статуси без патології. В додаткових обстеженнях теж норма.

В бесіді розмовляє «про зміст життя людини і в цілому всесвіту». Розповідає, що «з голови щось тепле давить на ніс, очі, руки та ноги». Психічно хворим себе не вважає. відповідає: «В мене діабет та венерична хвороба». Вимагає детального обстеження. Постійно торкається живота, роздивляється на себе у дзеркало. Лікування в псих. стаціонарі вважає «помилкою лікарів», вимагає виписати додому.

Який ведучий синдром?

Які симптоми складають цей синдром?

До яких захворювань можливо відносити ці розлади? (Іпохондричні маячні ідеї).

### **Матеріали методичного забезпечення самопідготовки студентів**

*Орієнтована карта для організації самостійної роботи студентів з навчальною літературою*

№ п/п	Завдання	Послідовність виконання	Зауваження, попередження щодо самоконтролю
1	Оволодіти клініко - психопатологічним методом обстеження хворих з розладами мислення	Виконувати обстеження хворих у такій послідовності: 1. Зібрати ретельно скарги, анамнез хвороби та життя. 2. Ретельно у бесіді з хворим виявити розлади мислення, відношення до них хворого. 3. Провести зовнішній огляд хворого. 4. Дослідити	



		соматичний статус. 5. Дослідити неврологічний статус 6. Провести додаткові пато психологічні методики.	
--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

## 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.
3. Розлади відчуття та сприйняття (курс психіатрії) : лекційний матеріал. – Запоріжжя, 2019.
4. Психологія відчуття та сприйняття (курс медичної психології) : лекційний матеріал. – Запоріжжя, 2019.

### Додаткова

1. Психіатрія / під ред. В. М. Козідубової [та ін.]. – Харків : Оберіг, 2013. – 1164 с.
2. Психіатрія : підручник / Г. Т. Сонник, О. К. Напрєєнко, А. М. Скрипніков. – К. : Здоров'я, 2006. – 432 с.
3. Психіатрія: зб. нормативних документів / упоряд. та голов. ред. В. М. Заболотько. – К. : МНІАЦ медичної статистики ; МВЦ «Медінформ», 2009. – 628 с.
4. Медична психологія : підручник / І. Д. Спіріна, І. С. Вітенко, О. К. Напрєєнко [та ін.]. – Дніпропетровськ : Ліра ЛТД, 2012. – 444 с.