

Клінічна психологія  
СЛОВНИК-ДОВІДНИК

Міністерство науки і освіти України  
ДВНЗ «Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника»  
філософський факультет  
кафедра загальної та клінічної психології

# Клінічна психологія

## СЛОВНИК-ДОВІДНИК

*навчально-довідниковий посібник для студентів  
спеціальності «Психологія»*

Автор-укладач  
Н.М.Матейко

Івано-Франківськ, 2015

УДК 159.98(038):378  
ББК 88.4я2  
М 34

Матейко Н.М. Клінічна психологія. Словник-довідник. - Івано-Франківськ: Симфонія-форте, 2015. - 125 с.

*Рецензенти:*

**Максимова Н.Ю.** – доктор психологічних наук, професор, завідувач лабораторії психології соціально дезадаптованих неповнолітніх Інституту психології НАПН імені Г.С.Костюка

**Белінська І.А.** – кандидат психологічних дисциплін, доцент кафедри загальної та експериментальної психології Прикарпатського національного університету імені Василя Стефаника

Друкується за ухвалою вченої ради філософського факультету Прикарпатського національного університету імені Василя Стефаника (протокол № 12 від 25.06.2014р.)

**Матейко Н.М.**

М 34 **Клінічна психологія: Словник-довідник. - Івано-Франківськ: Симфонія-форте, 2015 р. - 120 с.**

Словник-довідник містить понад 500 термінів та термінологічних сполучень з клінічної психології, в тому числі з патопсихології, нейропсихології та психології аномального розвитку тощо. Адресований студентам вищих навчальних закладів, які опановують спеціальності «Психологія», «Соціальна педагогіка», а також усіх, хто цікавиться проблемами патопсихології.

УДК 159.97(035):378  
ББК 60  
М 34

## **ПЕРЕДМОВА**

Клінічна психологія належить до міждисциплінарної галузі досліджень. Базуючись на психологічних теоріях та розроблених на їх основі психологічних методах, дає можливість глибокого пізнання закономірностей функціонування й розвитку нормальної психіки, вивчення психічного здоров'я, а також факторів, які активізують або гальмують розвиток особистості в онтогенезі й соціогенезі.

Сучасна клінічна практика свідчить, що відновлення соматичного здоров'я нерозривно пов'язане з оптимальним психологічним функціонуванням, а психічний стан людини є визначальним чинником, який зумовлює швидкість та якість видужання при різноманітних захворюваннях. Виходячи з того, що охорона здоров'я вимагає залучення спеціалістів гуманітарного профілю – клінічних психологів і соціальних працівників, розуміння та оперування термінами клінічної медицини для них такі ж необхідні, як і знання в галузі психології.

Відповідаючи вимогам часу, клінічні психологи можуть виступати у ролі фахівців-менеджерів охорони здоров'я та співробітників страхової медицини. Без них неможливо працювати в індивідуальному консультуванні, визначати акцентуовані сторони особистості клієнтів, особливості психічного розвитку дітей чи диференціювати різні форми проявів особистості.

Таким чином, опанування студентами науковою термінологією з клінічної психології є надзвичайно важливим для розуміння сутності навчального матеріалу з дисципліни «Клінічна психологія», а також для засвоєння професійної лексики з подальшим використанням у професійній діяльності.

При укладанні словника нашим завданням було систематизувати та класифікувати основні терміни, подати їх етимологію та поширене тлумачення на основі використання вітчизняних, зарубіжних науково-довідникових джерел, монографій, підручників та Internet-ресурсів. Словник-довідник уміщує понад півсотні термінів та понять і рекомендується для студентів вищих навчальних закладів, які здобувають спеціальність «Соціальна педагогіка», «Психологія», «Соціальна робота», а також може використовуватися викладачами, практичними психологами, лікарями.

**-А-**

**АБСА́НС** (фр. absence – відсутність) – короткий епілептичний напад, який характеризується миттєвим глибоким потьмаренням свідомості. Несподівано, без будь-яких попередніх передвісників (аури), людина перестає рухатися, ніби кам'яніє, судом не спостерігається. Погляд спрямований перед собою, вираз обличчя незмінний. Під час А. хворий на зовнішні подразники хворий не реагує, на запитання не відповідає, мова обривається. Через кілька секунд відновлюється нормальна психічна діяльність. Спогади про абсанс відсутні через порушення свідомості, тому для хворого він залишається непомітним, хворий продовжує попередні дії.

**АБСТИНЕН́ЦІЯ** (лат. abstinens, abstinens – той, що стримується, прихильник утримання від чого-небудь, найчастіше від вживання спиртних напоїв). Особливий психічний і соматичний стан, що виникає внаслідок припинення вживання алкоголю або наркотиків. Абстинентний стан (синдром відміни) за МКХ – 10 визначається як група ознак, що виникають при повному припиненні втечі у штучну реальність після неодноразового, зазвичай тривалого та/або глибокого занурення в дану реальність. Початок і перебіг синдрому відміни обмежені в часі і відповідають того різновиду штучної реальності, яку людина використовувала для ухилення від свого життя перед стриманістю. Синдром відміни полегшується наступною втечею у штучну реальність.

**АБУ́ЗУС** (лат. abusus – зловживання) – епізодичне вживання (протягом одного чи кількох днів) великої кількості алкогольних напоїв чи наркотиків, що призводить до вираженої інтоксикації.

**АБУ́ЛІЯ** (давньогр. ἄ - заперечна частка і βουλή – воля) – патологічне безвілля, відсутність бажань і спонукань до діяльності, брак відповідного імпульсу до дії, нездатність виконати дію, необхідність якої усвідомлюється, нездатність прийняти вольове рішення. А. є одним з проявів апатії. Повна втрата вольової активності, прагнень. Через втрату вольової діяльності інколи розгальмовуються автоматизовані та інстинктивні дії. Абулія може досягти ступеня, коли у хворих залишаються лише дії, що вкрай потрібні для підтримки життєдіяльності, внаслідок чого формується апато-абулічний синдром. Як патологічний стан А. слід відрізнити від слабовілля як результату неправильного виховання, яке можна усунути вольовим зусиллям, шляхом тренувань, виховання і самовиховання.

**АВТОМА́ТИЗМ** (давньогр. αὐτόματος – той, що діє самостійно) – поява рухів, думок, почуттів поза зв'язком із намірами хворого. Незважаючи на різноманітність проявів психічного автоматизму, загальним для всіх є сприйняття будь-якої відчуття чи дії не як елементу власного «Я», а як чогось чужого, нав'язаного сторонньою силою, тобто відчуження власного психічного акту. Синдром **психічного автоматизму** (син.: синдром Кандидського-Клерамбо, синдром відчуження, синдром впливу) – один із різновидів галюцинаторно-параноїдного синдрому, включає псевдогалюцинації, маячні ідеї впливу (психічного та фізичного), явища психічного автоматизму (відчуття неприродності, «зробленості» власних дій, вчинків та мислення). Може спостерігатися при різних психічних захворюваннях: алкогольних, травматичних, судинних, інфекційних

психозах. Найбільш характерний для шизофренії, особливо для її параноїдної форми та має несприятливий прогноз.

**АВТОМАТИЗМ АМБУЛАТОРНИЙ** (лат. ambulo - прогулюватися) – потьмарення свідомості без марення, галюцинацій або виражених афективних розладів, що проявляється тривалим мимовільним блуканням, виконанням складних дій і наступною амнезією; спостерігається переважно при епілепсії. Перебуваючи в сутінковому стані, хворі виконують зовнішньо впорядковані дії, переїзять з місця на місце, іноді досить далеко. При цьому вони поводять себе адекватно ситуації, при необхідності контактують з оточуючими, але залишають враження дещо розгублених, зосереджених людей. Вчинки, скоєні в стані амбулаторного автоматизму, як правило, амнезуються.

**АВТОНОМАЗІЯ** (гр. autos - сам, опоте – ім'я) – різновид амнестичної афазії, яка проявляється в труднощах пригадування при називанні імен людей.

**АГЕРА́ЗІЯ** (гр. a - не і geron – старий) – енергійний, здоровий вигляд людини похилого віку; актуалізація почуття молодості у гіпоманіакальних пацієнтів похилого віку, симптом порушення самосприйняття. Син.: **Феофраста симптом**.

**АГНО́ЗІЯ** (гр. α - не і γνωσις – пізнання) – розлад процесу впізнавання характеристик предметів і звуків при збереженні цілості органів відчуття. Агнозії бувають зорові, слухові, нюхові. Цей вид патології зустрічається, головним чином, при органічному ураженні головного мозку, коли хворі виділяють в предметах то одну ознаку, то іншу але впізнати його, об'єднавши всі ознаки, тобто здійснити синтез, не можуть. Таким чином, процес сприймання при психічних захворюваннях набуває характеру відгадування та ступінчастості впізнавання предметів. Іноді А. буває функціонального характеру (частіше істеричною, коли хворий після стресу перестає відчувати запахи, смак їжі, «не чує» неприємну для нього інформацію). Зорові А. проявляються в тому, що людина при достатньому збереженні гостроти зору не може впізнавати предмети та їх зображення. Тактильні А. – розлади впізнавання предметів на дотик (астереогноз) або порушується впізнавання частин власного тіла чи схеми тіла (соматоагнозія). Слухові А. проявляються в порушеннях фонематичного слуху, здатності людини розрізняти звуки мови. Автопагнозія – невпізнавання частин власного тіла.

**АГРАВА́ЦІЯ** (лат. aggravare – підсилювати складність) – перебільшення хворим незначного розладу здоров'я. А. може бути активною, навмисною, свідомою і пасивною, коли підсилюються тільки окремі прояви захворювання, а хворий не перешкоджає проведенню лікування. Про А. підсвідому йдеться в тих випадках, коли хворий намагається викликати співчуття у навколишніх, привернути їхню увагу. А. патологічна спостерігається у психічно хворих (найчастіше при істероїдній психопатії), які намагаються відтворити серйозне соматичне захворювання.

**10. АГРАМАТІ́ЗМ** – нейропсихологічне порушення, характеризується втратою здатності до аналізу та правильного використання граматичної будови мови, неправильне використання граматичних елементів і форм внаслідок локальних органічних уражень кори вискової та лобної долей домінантної півкулі і входить в структуру різноманітних форм афазії (див Афазії). При А. експресивному

виникають помилки в граматичній побудові активного мовлення. При А. імпресивному виникають труднощі в розумінні значення граматичних конструкцій, які виражають зв'язки між словами за допомогою прийменників, сполучників, порядок слів.

**АГРА́ФІЯ** – порушення письма: виникають оптичні дисграфії (неправильне розташування у просторі елементів літер, труднощі їхнього диференціювання, дзеркальне зображення).

**АГРЕСИ́ВНІСТЬ** (лат. aggressio - напад). Схильність деяких психічно хворих до руйнівних дій, нападати на навколишніх та наносити їм тілесні пошкодження. Об'єктом агресії можуть виявитися і неживі предмети. Найчастіше виникає внаслідок галюцинаторних та маячних переживань, імпульсивних вчинків кататоніків (Див. Шизофренія). Спостерігається в станах порушеної свідомості.

**АГРЕ́СІЯ** – один з механізмів психологічного захисту. Поняття введене К.Хорні для позначення захисту від фрустрації агресією, спрямованою не на фруструючий фактор, а на деякий вторинний об'єкт, який помилково сприймається як джерело фрустрації. Прикладом цього є агресія зміщення, яка спостерігається в тих випадках, коли агресія на реальний фрустратор небажана, може призвести до важких наслідків. до механізму агресії зміщення відносять негативізм, критиканство, відмову в співробітництві, якщо вони спрямовані на істинне джерело агресії.

**АГРІ́ПНІЯ** (гр. agrupnia – безсоння). Порушення сну, яке характеризується поверховістю, короткочасністю, частими пробудженнями. Спостерігається при багатьох психічних захворюваннях – шизофренії, ендогенних депресіях, неврозах, неврозоподібних станах. Син.: асомнія, інсомнія, диссомнія.

**АГОРАФО́БІЯ** (грец. аґора - площа і грец. φοβος – страх) – страх відкритого простору й натовпу. Один з нав'язливих станів, при якому хворий, маючи перейти будь-яку просторінь, боїться це зробити сам і потребує, щоб хтось супроводжував його під час переходу площі, великого залу тощо. Страх, що виникає, буває настільки сильним, що люди, хворі агорафобією, можуть роками не виходити з дому. Нав'язлива боязкість простору.

**АДА́ПТАЦІ́ЙНИЙ СИНДРО́М** (Сельє Г., 1936). Неспецифічна реакція захисту, яка викликається впливом різноманітних зовнішніх подразників, стресорів. Стрес – стан організму, який визначається цими неспецифічними змінами і розглядається як спроба відновити рівновагу гомеостазу. Розрізняють три фази загального А.с.: 1) реакція тривоги, мобілізація; 2) стадія опору, резистентності; 3) стадія виснаження, коли вичерпуються адаптаційні можливості. У розгортанні А.с. провідна роль належить гормонам.

**АДИСО́НА ХВОРО́БА** (Addison Th., 1849) – захворювання, в основі якого лежить ураження, деструкція мозкової речовини наднирників, найчастіше при туберкульозі. Відбувається виключення або різке зниження продукування гліко- і мінералокортикоїдів. Характерними є порушення пігментації шкіри («бронзова хвороба»), зниження ваги тіла. З боку нервової системи – астенія, часті головні болі. При тривалому протіканні – характеропатичні зміни, інтелектуально-мнестичне зниження.

**АДИКТИВНА ПОВЕДІНКА** (addiction - залежність) одна з форм деструктивної поведінки, яка виражається в прагненні відходу від реальності шляхом зміни свого психічного стану за допомогою прийому деяких речовин або постійної фіксації уваги на певних предметах або активностях (видах діяльності), що супроводжується розвитком інтенсивних емоцій. Цей процес настільки захоплює людину, що починає керувати його життям. Людина стає безпорадною перед своєю пристрастю. Вольові зусилля слабшають і не дають можливості протистояти адикції. При формуванні адиктивної поведінки відбувається заміна міжособистісних емоційних відносин проекцією емоцій на предметні сурогати. Особи з адиктивною поведінкою намагаються реалізувати своє прагнення до інтимності штучним чином. На свідомому рівні вони використовують для самозахисту механізм, який називають "мисленням за бажанням". Він полягає в тому, що людина, всупереч логіці причинно-наслідкових зв'язків, вважає реальним, допускає до себе, до області своїх переживань лише те, що відповідає його бажанням, зміст мислення при цьому в свою чергу підпорядковане емоціям, які у аддикта теж штучно збіднені, «тунелізовані» і представляють собою не повноцінну емоційну картину, а "емоційні зрушення". У зв'язку з цим виявляється неможливим або дуже важким переконати людину з адиктивною поведінкою в неправильності, небезпечності таких підходів.

**АДИНАМІЯ** (грец. αδυναμία - безсилля) – хворобливий стан, що проявляється у сильній кволості, неспроможності рухатись тощо. Спостерігається найчастіше після важких інфекційних або виснажливих хвороб.

**20. АЖИТАЦІЯ** (лат. agitatio – приведення в рух) – збудження, руховий неспокій, постійна потреба в русі. Часто протікає з афектом тривоги, страху. Рухи людини стають метушливими, вона може виконувати тільки автоматичні дії. З'являється відчуття відсутності думок, неможливості розмірковувати. А. розглядається як передпатоолгічний стан в межах психічної норми або як симптом при алкогольному делірії, кататонічній шизофренії, ендогенній депресії (ажитована депресія).

**АЙДОМАНІЯ** (гр. айдоіа – статеві органи, μανία - пристрасть, безумство) – статевий потяг у мужчин. Спостерігається здебільшого при психічних захворюваннях пізнього віку (інволюційних чи атеросклеротичних розладах психіки, іноді – при старечому слабоумстві). Син.: сатириаз.

**АКАЛЬКУЛІЯ** – нейропсихологічний симптом, який проявляється у порушенні здатності рахувати внаслідок ураження різниці ділянок кори головного мозку. Описав шведський патолог Ф. Хеншен. Виникає при ураженні певних відділів кори переважаючої (домінантної) півкулі головного мозку (при крововиливах, пухлинах, травмах мозку). хворі плутають близькі цифри (6 і 9, IX і XI), не можуть виконати усні та письмові операції обчислення.

**АКІНЕЗІЯ** (гр. - α без κίνησις - рух) – втрата здатності до довільних рухів внаслідок паралічів, спостерігається також при деяких психічних захворюваннях.

**АКОАЗМИ** (гр. ακουσμα – чути) – елементарні слухові галюцинації у формі окремих звуків: шум, дзвін, оклики, постріли, стукіт тощо. Спостерігається при шизофренії, симптоматичних психозах, аури епілептичній.



**АКЦЕНТУАЦІЯ ХАРАКТЕРУ** (лат. *accentus* - наголос) – особливість характеру людини, що знаходиться в межах клінічної норми, при якій окремі його риси надмірно посилені, унаслідок чого виявляється вибіркова вразливість відносно одних психогенних впливів при збереженні хорошої стійкості, адаптованості до інших. Переважання, визначальна поведінкова риса характеру. Акцентуації особистості (характеру) – крайній варіант норми, за якого окремі риси характеру надто виражені. Акцентуації характеру (акцентуовані особистості) поділяються на окремі варіанти, які частіше відповідають відомим формам психопатії (нестійкий, істероїдний, шизоїдний), інші відрізняються від них (наприклад, конформний) або формують змішані (проміжні) типи.

**АЛІАЛІЯ** (давньогр. *ἄ* - не і давньогр. *lalia* – мова) – відсутність або недорозвиненість звукової мови у дітей при нормальному слуху та первинно збереженому інтелекті. Найчастіше причиною є пошкодження мовних областей великих півкуль головного мозку при пологах, а також мозкові захворювання чи травми, перенесеної дитиною в домовний період. Важкі ступені А. виражаються у дітей повною відсутністю мови або наявністю лепетних обривків слів, в легших випадках спостерігаються початки мови, які характеризуються обмеженістю словникового запасу, аграматизмом, труднощами у засвоєнні читання і письма.

**АЛЕКСИТИМІЯ** (гр. *a* - заперечна частка, *lexis* - слово і *thymos* - настрій) – хворобливий стан людини, якому властивий низький розвиток емоційних і пізнавальних процесів. При А. людина має слаборозвинений інтелект, збіднений словниковий запас, що негативно позначається на розвитку мислення, не дає змоги їй адекватно описати свій стан, відчуття, емоції. А. описав Р.-Е. Сіфнеос у 1967 р. Розглядають А. як передумову розвитку психосоматичних захворювань. Пацієнти з А. адаптовані в соціальному оточенні і можуть роками імітувати задовільний стан, переконувати, що у них немає жодних проблем.

**АЛГІЇ** (гр. *algos* – біль) – болі, характерні для депресій, істеричних станів і пов'язані з багатьма психічними захворюваннями, особливо в старечому віці. Зустрічаються у вигляді гіпералгій (див. синдром Мюнхгаузена) та гіпоалгій, які слід відрізняти від сенестопатій. А. істеричні – функціональні болі, які виникають через механізми самонавіювання і відображають уявлення людини про необхідні прояви несвідомо бажаного нею захворювання.

**АЛЬГОЛАГНІЯ** (гр. *άλγος* – біль і *λαγνεία* – бажання) – бажання наносити біль собі чи іншому не залежно від сексуальних мотивів. Автором терміну є німецький дослідник психічних явищ барон Шренк Нотцінг (поч. ХХ ст). Він поділяє термін на активну алголагнію – садизм і пасивну – пасивна алголагнія. Сексуальне задоволення, якого досягають лише завдаючи болу статевому партнеру (активна алголагнію, садизм) або внаслідок болу, якого завдає партнер (пасивна алголагнія, мазохізм).

**АЛЕКСІЯ** (древньогр. *ἄ*- не і *λέξις* – слово) – форма оптичної агнозії, за якої виникає нездатність розуміти смисловолодіти процесом читання. Алексія спостерігається при деяких захворюваннях мозку (пухлини, абсцеси, травми тощо) та при старечій атрофії мозку.

**30. АЛКОГОЛІЗМ** – захворювання, що викликається систематичним вживанням алкогольних напоїв та потягом до них, призводить до психічних і

фізичних розладів та порушує соціальні стосунки особи, яка страждає цим захворюванням. Найважчою стадією є синдром фізичної залежності від алкоголю, при якому раптове припинення його вживання може викликати такі абстинентні симптоми, як тремор, страх, галюцинації або марення.

А. небезпечний формуванням психофізичної залежності, основою якої є наявність алкоголю в обмінних процесах людського організму, розвивається внаслідок хронічного зловживання спиртними напоями. У ширшому розумінні А. – сукупність шкідливих звичок, пов'язаних із зловживанням алкоголем, впливів на здоров'я, життя, працю і добробут людей. Психологічно має дві стадії: звичка та хвороба. Алкоголізм, або алкогольна залежність має ряд ознак: хворобливий потяг до алкоголю; ріст толерантності (зростає витривалість до великої кількості алкоголю); втрата кількісного контролю; наявність синдрому відміни або **абстинентного синдрому**.

Перш за все відбувається отруєння кори головного мозку, де концентрація алкоголю на 60-70% більша, ніж в крові. Аналогічні показники простежуються і на потомстві. Відхилення фізичного й розумового розвитку дітей з'являються як результат зачаття в нетверезому стані або вплив алкоголю на плід, що розвивається в утробі матері. Виникає загроза епілепсії у дітей, оскільки алкоголь вільно проникає у плід через плаценту, пошкоджує нервову систему.

Алкоголь – наркотична отрута, що діє насамперед на нервові клітини кори головного мозку. При цьому значно ослаблюється процес гальмування і відносно переважає процес збудження. Великі дози алкоголю роблять паралізуючий вплив на деякі відділи центральної нервової системи. При ураженні центрів довгастого мозку настає порушення терморегуляції, дихання і серцевої діяльності – так званий коматозний стан. Викликає глибокі розлади діяльності шлунково-кишкового тракту, печінки, органів дихання, нирок, статевих залоз та ін. Організм алкоголіка втрачає опірність до захворювань. Алкоголь зумовлює стійкі порушення психіки, велике зниження працездатності, швидку стомлюваність, ослаблення пам'яті, деяку безтурботність, брехливість, несталість настрою, дратливість і схильність до конфліктів. На ґрунті алкоголізму бувають запої, розвиваються різні психози – **біла гарячка, Корсаковський психоз** та ін. А. призводить до побутових і виробничих травм, аварій на транспорті, злочинів, порушень правил громадської поведінки, руйнування сім'ї.

**АЛЬЦГЕЙМЕРА ХВОРОБА,** також **сенільна демénція Альцгеймерівського типу** – один з різновидів деменції, що уражає одного з 20 людей віком понад 65 років. Названа іменем німецького психіатра і невролога Алоїза Альцгеймера. Існують різновиди цієї хвороби, які також уражають людей молодшого віку. Ураження «сірої речовини» мозку призводить до втрати пам'яті характеризується прогресуючою деменцією, психотичними розладами й атрофічним процесом, переважно у скроневих і тім'яних частках кори великого мозку. Альцгеймер описав хворобу в 1906 р. на підставі результатів патологоанатомічного дослідження мозку хворої. Учений виявив атрофію кори, сенільні бляшки, а також особливі зміни нейрофібрил, що згодом їх назвали альцгеймерівськими.

Перші прояви хвороби – поглиблення порушень пам'яті. Цей період триває від кількох місяців до 4 років. Хворі усвідомлюють такі зміни й тяжко переживають з приводу порушення інтелекту. Можуть бути коливання щодо вияву амнестичного синдрому і поживлення пам'яті за рахунок відтворення картин минулого. Поступово порушується предметна орієнтація і втрачаються накопичені знання (знижується рівень суджень), що призводить до повної інтелектуальної беспорядності. Мова стає все менш зрозумілою. Розлади афективності супроводжуються тривогою, дратливістю, іноді – веселощами, психомоторним збудженням. Судомні й безсудомні епілептоформні напади бувають у 30 % хворих. Повільність рухів поступово перетворюється на нездатність до автоматизованих дій. Хворі розучуються вставати, сидіти, ходити. Часто лежать, не змінюючи пози. Середня тривалість життя такого хворого – 8 років (від 1 до 20 років). Помирають переважно від інфекції, що приєдналася.

**АМБІВАЛЕНТНІСТЬ** (лат. *ambo* – обидва і *valere* – володіти, діяти) – психічний стан роздвоєності. Наявність та взаємодія одночасно двох антагоністичних (протилежних) почуттів, думок або бажань (наприклад любов та ненависть). Поняття в науковий обіг введено в 1910-1914 роках швейцарським психіатром Ойгеном Блойлером (1857–1939). В більш широкому значенні амбівалентність – це неузгодженість, суперечливість у ставленні до чогось (Амбівалентність почуттів), двоїстість чуттєвих переживань, котра виражається у тому, що один і той самий об'єкт викликає в людини одночасно два протилежних почуття, тобто неоднозначність у ставленні людини до навколишнього середовища і визначені системи цінностей. Зазвичай амбівалентність проявляється у прийнятті людиною двох взаємовиключних тверджень чи ставлень, конфлікт яких або не помічається, або ж свідомо чи несвідомо ігнорується. Амбівалентність (за О.Блойлером) розглядалась як одна з ознак початкового стану шизофренії.

**АМБІДЕКСТРИЯ** (лат. *ambi* – навколо, з двох сторін, *dexter* – правий) – однакові можливості використання лівої і правої руки. А. може бути вродженою та набутою внаслідок систематичних вправ, найчастіше у ліворуких.

**АМ'ЄНЦІЯ** (лат. *mens* - розум, мислення) – різновид потьмарення свідомості. Головними ознаками є повне дезорієнтування в часі, місці, власній особистості, незв'язність мислення, підвищене відволікання, наявність аморфних, нестійких ілюзій та галюцинацій, уривчасті маячні переживання, розсіяність, лякливість, неадекватна емоційність. Іноді спостерігається руховий неспокій (переважно в межах ліжка). Після виходу з А. – **амнезія**. Найчастіше розвивається внаслідок важких тривалих виснажливих соматичних захворювань. Виділяють А. галюцинаторну (у поєднанні з яскравими галюцинаторними переживаннями) і кататонічну (з вираженими руховими розладами, схожими на кататонічні). Th. Meinert спочатку [1881] назвав А. гострою галюцинаторною сплутаністю і тільки в 1890 р. ввів поняття А., розширивши межі і розглядаючи її як самостійний психоз.

**АМНЕЗІЯ** (гр.α - без та *μνημη* – пам'ять) – хворобливе явище, що полягає у втраті пам'яті на ґрунті різних уражень головного мозку. Може бути викликана захворюванням, травмою мозку або виникнути після шоку; у деяких випадках є симптомом психічної хвороби. Спостерігається також при органічних ураженнях головного мозку, хронічному алкоголізмі, після втрати чи потьмарення свідомості.

Втрата пам'яті може бути повною, частковою чи на події певного відрізка часу. Якщо втрата пам'яті стосується подій, котрі передували розладу притомності, йдеться про А. ретроградну. Прогалинами в спогадах на період після опритомнення характеризується А. антероградна. Поєднання обох описаних станів визначають як А. антероретроградну. Якщо порушення пам'яті виникає через певний час після опритомнення, діагностують А. ретардовану. Під А. фіксаційною розуміють втрату здатності запам'ятовувати поточні події, дати. Наростаюча втрата здатності запам'ятовувати з поступовим спустошенням запасів пам'яті характеризує А. прогресуючу. При цьому відбуваються процеси у порядку, що зворотний до такого під час набування запасів пам'яті – від недавно отриманої інформації до старої (закон зворотного руху пам'яті, або закон Рібо). В останню чергу втрачається давно набутий, добре організований матеріал пам'яті, який стосується автоматизованих навичок.

**АМУУУУЗІЯ** (давньогр. ἀμουσία – непричетність до музи) – втрата, писати, читати ноти, яка виникає при ураженні вискових відділів кори правої півкулі (у правшій) через порушення музикального слуху. Проявляється в невпізнанні відомих музичних творів, ускладненому сприйманні та відтворенні ритмічних поєднань звуків (аритмія). Часто А. поєднується із слуховою агнозією, при якій перестають розрізнятися звичайні звуки чи шуми.

**АМФЕТАМІНИ** (скор. від **альфаметилфенилетиламин**) – психоактивна речовина, стимулятор центральної нервової системи, структурно схожий з адреналіном та норадреналіном. Їх призначають для підвищення працездатності, зняття втоми. За фармакологічним ефектом близькі до адреналіну. Зумовлюють викид дофаміну з пресинаптичної мембрани. Через 10-15 хв після введення підвищується настрій, з'являється бажання працювати, зникає сон. У разі передозування – балакучість, стереотипія, непосидючість, тремор, тахікардія, інколи – фрагментарні маячні ідеї ставлення та переслідування, ілюзії й марення (переважно слухові). За хронічного вживання зникає сон, і хворі намагаються його нормалізувати за допомогою медикаментів.

**АНАМНЕЗ** (гр. ἀνάμνησις – спогади) – основний суб'єктивний метод дослідження хворого, що полягає в отриманні інформації про хворого та його недугу шляхом розпитування (Interrogatio aegroti). В ході спілкування з хворим можна зорієнтуватися в особливостях даного захворювання, індивідуальних її проявах, розпізнавання причин її виникнення. Правильно зібраний анамнез є запорукою встановлення вірного діагнозу і вже на цьому етапі можна встановити або припустити діагноз хворого. Важливо зазначити, що на основі тільки анамнезу офіційно діагноз встановлювати не можна, навіть попередній. Це можна зробити тільки після використання всіх основних методів дослідження хворого: суб'єктивних (розпитування хворого) та об'єктивних (огляд загальний та місцевий, пальпація, перкусія та аускультация).

**АНАНКАЗМ** (грец. anankasma - примус) – різновид нав'язливих станів, неадекватні ситуації, які поширюються на рухову сферу з утворенням постійно повторюваних ритуалів (напр., нав'язливе миття рук, рахування сходинок, читання усіх вивісок тощо). А. спостерігається в особистостях недовірливих, тривожних, педантичних, при розвиненому неврозі нав'язливих станів і психастенії.

**АНАНКА́СТ** – особистість, схильна до нав'язливих думок і рухів, ананказмів.

**АНГЕДОНІ́Я** (гр. *ἀν* – не і *ἡδονή* – насолода) – нездатність до хорошого самопочуття, почуття задоволення, втрата інтересу до галузей діяльності, які переважно приносять задоволення. А. – ненормальний стан психіки. Переважно зустрічається при таких психічних розладах як депресія, тривога, шизофренія. При кожному розладі А. має свої характерні особливості. Вважається, що здатність отримувати задоволення є вродженою властивістю, однак ця здатність може постійно знижуватися в результаті травм як в дитячому, так і в зрілому віці. Нейрофізіології гедоністичної регуляції приділялася значна увага у зв'язку з відкриттям центрів задоволення та ряду поліпептидних нейротрансмітерів, з якими пов'язані переживання задоволення і дистресу.

**40. АНГОФРА́ЗІЯ** (лат. *angere* – душити, гр. *phrazo* говорю) – недолік мовлення, який характеризується перериванням його голосними [a-a], [e-e] або носовими звуками, спостерігається у дітей та дорослих, які збентежено шукають відповідне висловлення.

**АНЕСТЕЗІ́Я** (гр. *ἀναίσθησία* – без чуття) полягає у повній втраті чутливості до подразників і клінічно виявляється сліпотю, приглухуватістю, втратою нюху, смаку, чутливості шкіри. Часто виникає при істеричному неврозі (і має функціональний характер), а також ураженнях центральної та периферичної нервової системи (органічного походження). Наприклад, при істеричній шкірній анестезії можливе атипове збереження реакції на холодні предмети при відсутності больової чутливості. При істеричному неврозі анестезія може спостерігатися відносно тривалий час, проте частіше вона виникає у демонстративної особистості як мінуща реакція на конкретну психотравмуючу подію.

**АНА́МНЕЗ** (гр. *ἀνάμνησις* – пригадування) – відомості про життя хворого та його хворобу. Дані анамнезу (інформація про розвиток захворювання, умови життя, перенесені захворювання, операції, травми, вагітність, хронічну патологію, алергічні реакції, спадковість тощо) встановлюються медичним працівником з метою використанні їх для діагностики, вибору методу лікування чи профілактики. Є універсальним методом діагностики, яки використовується у всіх галузях медицини.

**АНЕКФОРІ́Я** – порушення пам'яті, за якого окремі події згадуються лише під час спогаду про них інших людей.

**АНОЗОГНО́ЗІЯ** (новолат. *anosognosia*; гр. *ἀ* - не - *νόσος* – болезнь, *γνώσις* - знання) – неусвідомлення своєї хвороби. Спостерігається при деяких психозах (шизофренії) та органічних ураженнях головного мозку, прогресивному паралічі, локальних ураження головного мозку (Антоніа симптом, Бабинського симптом, Антоніа-Бабинського синдром).

**АНОМА́ЛЬНІ ДІ́ТИ** – діти, в яких є відхилення від нормального психічного чи фізичного розвитку і потребують спеціальних умов навчання і виховання. До основних груп А.д. 1) розумово відсталі діти; 2) діти із затримкою психічного розвитку; 3) діти з порушенням мови; 4) діти з порушенням слуху (глухі, пізно оглухлі, слабчуючі); 5) діти з порушенням зору (сліпі, слабкозорі); 6) діти з

порушенням опорно-рухового апарату; 7) діти з порушеннями поведінки; 8) діти з порушеннями емоційного розвитку; 9) діти з комплексними дефектами.

**АНОМАЛЬНИЙ РОЗВИТОК** – значне відхилення від умовно-вікових норм фізичного та психічного розвитку, спричинене значними вродженими або набутими дефектами, що, у свою чергу, зумовлює потребу спеціальних умов виховання, навчання, життєдіяльності. Виникнення аномалій розвитку пов'язано з дією як різноманітних несприятливих чинників зовнішнього середовища, так і з різними спадковими впливами.

Останнім часом отримані дані про нові спадкові форми розумової відсталості, глухоти, сліпоти, складних дефектів, патології емоційно-вольової сфери і поведінки, у тому числі і раннього дитячого аутизму (РДА). Сучасні досягнення клінічної, молекулярної, біохімічної генетики і цитогенетики дозволили уточнити механізм спадкової патології. Через спеціальні структури статевих клітин батьків – хромосоми – передається інформація про ознаки аномалій розвитку. В хромосомах зосереджені функціональні одиниці спадковості, які носять назву генів. При хромосомних хворобах за допомогою спеціальних цитологічних досліджень виявляють зміну числа або структури хромосом, що зумовлює генний дисбаланс. За останніми даними, на 1000 новонароджених приходить 5-7 дітей з хромосомними аномаліями. Хромосомні хвороби, як правило, відрізняються складним або ускладненим дефектом. При цьому в половині випадків має місце розумова відсталість, яка часто поєднується з дефектами зору, слуху, опорно-рухового апарату, мови. Одним з таких хромосомних захворювань, що зачіпають перш за все інтелектуальну сферу і часто що поєднуються з сенсорними дефектами, є синдром Дауна.

Аномалії розвитку можуть спостерігатися не тільки при хромосомних, але і при так званих генних хворобах, коли число і структура хромосом залишаються незмінними. Ген є мікроділянкою (локус) хромосоми, яка контролює розвиток певної спадкової ознаки. Гени стабільні, але їх стабільність не абсолютна. Під впливом різних несприятливих чинників навколишнього середовища відбувається їх мутація. В цих випадках ген мутанта програмує розвиток зміненої ознаки.

Якщо мутації виникають в одиничній мікроділянці хромосоми, то говорять про моногенні форми аномального розвитку; за наявності змін в декількох локусах хромосом — про полігенні форми аномального розвитку. В останньому випадку патологія розвитку звичайно є слідством складної взаємодії як генетичних, так і зовнішніх, середовищних факторів.

**АНОРЕКСІЯ** (гр. *ανωρεξία* – без апетиту) – втрата потягу до їжі. Захворювання, що характеризується критичним зниженням маси тіла, часто небезпечним для життя, втратою апетиту. Хворі втрачають до 20-40% ваги. Розлади харчування, які можуть мати доволі подібні прояви і різне походження (іноді ендокринологічне, іноді психологічно-психіатричне, іноді терапевтичне). В основі усього знаходиться спотворене уявлення про власне тіло та змінене ставлення до процесу харчування. Часто виникає на нервовому ґрунті (нервова анорексія, вона ж невротична анорексія), особливо в дівчат і молодих жінок, одержимих бажанням схуднути. А. часто супроводжує підвищене відчуття голоду, булімія. А. найчастіше трапляється в осіб жіночої статі і проявляється

«добровільним» схудненням. Здебільшого все починається в підлітковому віці, особливо в періоді статевого дозрівання. Дитина починає худнути, апетит зникає, навіть виникає відраза до їжі, починаються розлади менструального циклу. І все це супроводжується підвищеною, збудженою фізичною активністю. Людині здається, що її вага надмірна, і така особа починає багато часу присвячувати різним дієтам. Часто виникають вкрай патологічні типи поведінки, наприклад провокування блювання, приховування їжі, надмірні виснажливі фізичні вправи, навіть зловживання проносними, сечогінними та засобами, що пригнічують апетит.

**АНТИДЕПРЕСАНТИ** – психотропні засоби, які застосовуються перш за все для лікування депресії. У депресивного хворого вони покращують настрій, зменшують або знімають тугу апатію, тривогу та емоційне напруження, підвищують психічну активність, нормалізують фазову структуру і тривалість сну, апетит. А. не викликають покращення настрою в людини, яка не хворіє депресією.

**АНТРОПОФОБІЯ** (гр. *anthropos* людина, *phobos* страх) – нав'язлива боязкість, що виникає під час зустрічі з людьми. Вид неврозу який характеризується патологічним страхом людей, натовпу.

**АПАТІЯ** (гр. *απάθεια* - букв. «безпристрастність», незворушність) – порушення емоційно-вольової сфери, що полягає у відсутності бажань, зниженні емоцій, почуттів, втрата цікавості. Психічний стан, який характеризується життєвого тону, млявості, пасивності, байдужості до оточення, ослабленні спонукань та інтересів, емоційному отупінню. Спостерігається при органічних ураженнях головного мозку, особливо лобної локалізації. Належить до основних симптомів шизофренії. Може бути короткочасною (при психогенії) та довготривалих.

**АПРАКСІЯ** (лат. *apraxia*, древньогр. *ἀπραξία* - бездіяльність) – порушення цілеспрямованості дій при збереженості елементарних рухів, з яких вони складаються. А. виникає при вогнищевих ураженнях кори великих півкуль головного мозку або провідних шляхів мозолистого тіла. А. можуть носити органічний характер, тобто порушення рухів можуть проявлятися для однієї половини тіла, однієї кінцівки, мускулатури обличчя (оральна А.); при ураженні мозолистого тіла характерна лівостороння А.

**50. АРАХНОЇДИТ** (грец. *αράχνη* – павутина та *εἶδος* – вид) – запалення павутинної оболонки головного (церебральний арахноїдит) або спинного (спінальний арахноїдит) мозку. Найчастіше виникає внаслідок травм черепа й хребта, може спричинитися інфекцією або хронічною інтоксикацією, запаленням придаткових пазух носа. Якщо в процес втягується речовина головного мозку, до симптоматики приєднуються симптоми ураження відповідних зон кори головного мозку і захворювання носить назву «арахноенцефаліт». Причинами даної групи захворювань є зниження імунних сил організму на фоні хронічних соматичних захворювань, перенесені черепно-мозкові травми, виснаження організму. При агресивності бактеріальної флори, імунодефіциті, енцефаліт переходить в наступну стадію – абсцес головного мозку, який характеризується вогнищевою симптоматикою в залежності від зони ураження. Ознаки **церебрального арахноїдиту** – локальний та дифузний головний біль, нудота, судомні припадки, паралічі, порушення чутливості, мови, знижується гострота зору (ураження основи

мозку). Ознаки **спінального арахноїдиту** – різкі болі, що нагадують радикуліт. Якщо лікування починається своєчасно, арахноїдит здебільшого закінчується видужанням.

**АРИФМОМАНІЯ** (arithmomania; гр. arithmos число, + манія) – непереборний потяг рахувати предмети (вікна, машини).

**АСПЕРГЕРА СИНДРОМ** – одне з п'яти загальних (первазивних; англ. pervasive – обширний, глибокий, поширений) порушень розвитку, що характеризується серйозними труднощами в соціальній взаємодії, а також обмеженим, стереотипним, повторюваним репертуаром інтересів і занять. Від **аутизму** відрізняється тим, що мовні і когнітивні здібності в цілому залишаються збереженими. Синдром часто характеризується також вираженою незграбністю. Точна причина синдрому невідома. Хоча дослідження припускають можливість генетичної бази. Немає і єдиного лікування, а дані на користь ефективності існуючих методів підтримки обмежені. Стан більшості дітей поліпшується у міру дорослішання, але соціальні та комунікативні проблеми можуть залишитися.

Синдром одержав назву на честь австрійського психіатра і педіатра Ганса Аспергера (Hans Asperger), який в 1944р. описав дітей, що відрізнялися відсутністю здібностей до невербальної комунікації, обмеженою емпатією по відношенню до однолітків та фізичною незграбністю. Сам Аспергер використовував термін «аутистична психопатія».

**АСТАЗІЯ-АБАЗІЯ** (гр. а – заперчена частка, stasis - стояння і basis - крок) – порушення стояння, ходи при істерії. Синдром рухових розладів, який полягає у втраті здатності стояти і ходити при збереженості всіх рухів і м'язової сили в ногах в лежачому положенні. Поставлений на підлогу хворий похитується, ловиться за будь-яку опору, однак, як правило, не падає. Ступінь вираженості А.-А. може бути різною – від невпевненості при ходьбі, похитування в легкій формі до повної втрати хворими можливості до пересування. Розглядається як симптом істерії. Порушення ходьби при ураженні лобної долі (порушення функції лобно-мостомозочкового тракту) лише зовні схоже з А.-А. такі хворі втрачають здатність навіть повертатися на ліжку, що не характерне для А.-А.

**АСТЕНІЯ** (гр. Ἀσθένεια - безсилля, слабкість), астенічний стан, астенічний синдром, астенічна реакція, нервово-психічна слабкість, синдром хронічної втоми – хворобливий стан, що виявляється підвищеною стомлюваністю і виснаженням з крайньою нестійкістю настрою, ослабленням самовладання, нетерплячістю, непосидючістю, порушенням сну, втратою здатності до тривалого розумового і фізичного напруження, непереносимістю гучних звуків, яскравого світла, різких запахів. У хворих також спостерігаються дратівлива слабкість, що виражається підвищеною збудливістю і швидко наступаючим за нею виснаженням, афективна лабільність із переважанням зниження настрою з рисами примхливості і невдоволення, а також слізливостю. Стан психічної та фізичної слабкості. А. виникає в результаті виснаження, захворювань внутрішніх органів, інфекцій, інтоксикацій, емоційних, розумових і фізичних перенапруг, при неправильно організованій праці, відпочинку, харчуванні, а також при нервових і психічних хворобах. А., що розвивається через нервові перенапруження, хвилювання, важкі, частіше тривалі переживання і конфлікти, називається неврастенією. Може



наступати в початковому періоді захворювань внутрішніх органів (наприклад, при коронарній хворобі), супроводжувати це захворювання як один з його проявів (наприклад, при виразковій хворобі, туберкульозі та інших хронічних захворюваннях) або виникати як наслідок гострого захворювання (запалення легенів, грипу). Це порушення метаболізму в нейронах головного мозку, внаслідок ендотоксикації при різних соматичних захворюваннях.

**АСТЕНО-НЕВРОТИЧНІ РЕАКЦІЇ У ДІТЕЙ** – реакції, які виникають під впливом тривалого емоційного чи розумового перенапруження, а також у результаті гострої психічної травми; проявляється у дратівливості, поганому сні тощо.

**АТАВІЗМ** (лат. atavus – віддалений предок) – поява у потомків ознак, відсутніх у ближніх родичів, але властивих віддаленим предкам.

**АСФІКСІЯ** (гр. α – не і σφύμοσ – биття серця) – придушення, зумовлене кисневим голодуванням та надлишком вуглекислого газу в крові і тканинах. Розрізняють обструктивну А., компресійну А., паралітичну А., перинатальну А., газозамісну А. Обструктивна А. виникає при закупорці дихальних шляхів, може виникнути через потрапляння сторонніх тіл, наприклад зубних протезів, якщо за недоглядом анестезіолога вони не були зняті до початку наркозу, вдихання дрібних предметів дітьми, значного скупчення слизу, потраплення блювотних мас, западанні язика, стисканні пухлиною, спазми голосової щілини при дифтерії через закупорку дифтерійними плівками, та ін. Паралітична А. виникає при передозуванні наркотичними речовинами, які можуть викликати параліч м'язів діафрагми, або пригнічувати діяльність дихального центру. Характерна також при деяких отруєннях.

Перебіг блискавичний. Різка задишка супроводжується раптовим скороченням м'язів (іноді судомою), або ж хворий стає синюшним, настає запаморочення, потемніння в очах, пізніше – втрата свідомості. Зіниці розширюються, але реагують на світло. При зупинці дихання припиняються дихальні екскурсії грудної клітки та черевної стінки, зникають рефлeksi. Нерідко (у термінальній стадії) відбувається мимовільне виділення калу та сечі. Лікування залежить від причини асфіксії, яку слід встановити першу чергу. При закупорці дихальних шляхів блювотними масами, слизом, кров'яними згустками або їжею – звільнити верхні дихальні шляхи (протерти марлевым тампоном, відсмоктати гумовим балончиком тощо), почати негайно штучне дихання способом «рот в рот» або «рот в ніс». Одночасно налагодити вдихання зволоженого кисню (чистого або у суміші CO<sub>2</sub>), ввести препарати. Іноді необхідна трахеотомія. За паралічу дихального центру необхідно негайно припинити наркоз та розпочати штучне дихання. Язик слід витягнути та ритмічно посмикувати за допомогою язикотримача або шовкової нитки, проведеної через всю товщу його по середній лінії на відстані 1,5-2 см від кінчика. Сторонні тіла, що потрапляють до гортані, трахеї чи бронхів, видаляються за допомогою спеціальних інструментів або хірургічно.

**АТАКСІЯ ІНТРАПСИХІЧНА** – дисоціація між змістом уявлень та їхнім емоційним забарвленням. **Атактична мовна безладність** – порушення мовної

продукції, що виявляється у розладі смислових зв'язків унаслідок розриву асоціацій.

**АУРА** (давньогр. αῦρα, лат. aura – вітерець, віяння) – нервово-психічні або соматичні короткочасні порушення на початку епілептичного нападу.

**60. АУТИЗМ** (гр. autos – сам; аутизм - занурення в себе) – вроджене психічне захворювання, що характеризується втратою контакту хворого з реальністю і відхід у себе, у світ внутрішніх переживань, нездатністю хворого до взаємодії із зовнішнім світом та появою у зв'язку з цим порушення соціалізації. Хворий типово уникає спілкування, порушення повсякденного розпорядку та стереотипів виявляється йому трагедією, проте інтелект аутиста знижений далеко не завжди, часто виявляються так звані «острівці знання» - області, в яких здібності хворого досягають нормального або навіть геніального рівня. Спроби проникнути в його внутрішній світ рідко закінчуються успіхом. Іноді хворі підтримують лише формальний контакт, розмовляючи на теми, не пов'язані з їхньою особистістю, одразу ж ухиляються від співбесіди, якщо питання стосується їхнього здоров'я, особистих планів і намірів.

**АУТИЗМ РА́ННІЙ ДИТЯЧИЙ** – особлива аномалія психічного розвитку, якій характерні стійкі і своєрідні порушення комунікативної поведінки, емоційного контакту дитини з навколишнім світом і вміння правильно реагувати на зовнішні ситуації. Основна ознака аутизму, неконтактність дитини, виявляється зазвичай рано, вже на першому році життя, але особливо чітко у віці 2-3 років в період першої вікової кризи. Аутизм може виникати як своєрідна аномалія розвитку генетичного генезу, а також спостерігатися у вигляді ускладнюючого синдрому при різних неврологічних захворюваннях, у тому числі і при метаболічних дефектах. Клінічна диференціація РДА має важливе значення для визначення специфіки лікувально-педагогічної роботи, а також для шкільного і соціального прогнозу.

У дитини з аутизмом порушено формування всіх форм довербального і вербального спілкування. Перш за все у неї не формується зоровий контакт, дитина не дивиться в очі дорослого, не протягує ручки з німим проханням, щоб її взяли на руки, як це робить здорове маля вже на першому етапі соціально-емоційного розвитку. Зорова увага дітей з аутизмом украй вибіркова і дуже короткочасна, дитина дивиться наче повз людей, не зауважує їх і відноситься до них як до неживих предметів. Водночас їй характерна підвищена вразливість, її реакції на те, що оточує часто непередбачувані і незрозумілі. Така дитина може не зауважувати відсутності близьких родичів, батьків і надмірно хворобливо і збуджено реагувати навіть на незначні переміщення і перестановки предметів в кімнаті.

**АФА́ЗИЯ** (грец. αφασια - оніміння, від α - без і φασίς - висловлення) – розлад мови, спричинений локальним ураженням мовних центрів, розташованих в корі головного мозку. Афазії проявляються у вигляді порушень фонематичної, морфологічної та синтаксичної структури власної мови при збереженні рухів мовного апарату та елементарного слуху. Найчастіше зумовлюється крововиливом в мозок, його травмою, пухлиною, абсцесом тощо. При афазії звичайно порушуються всі мовні функції (усна мова, писемна, читання, сприйняття на слух). Розрізняють форми А.

1. **А. оптико-мнестична** виникає при ураженні тім'яно-потиличної кори на межі зі скроневиими полями; відбувається розбіжність наочно-образних уявлень з вербальним знаковим позначенням, порушується згадування слів, що означають конкретні предмети, виникають труднощі у називанні предметів.

2. **А. акустико-мнестична** виникає при ураженні медіобазальних відділів кори лівої скроневої ділянки, поза ядерною зоною звукового аналізатора. Слух залишається збереженим, але для розуміння змісту усього висловлення необхідно тримати у пам'яті весь акустичний ряд. Обсяг пам'яті різко зужується. В результаті виникає нерозуміння усного мовлення. Відмічається пошук потрібних слів, вербальні парафазії. Мова бідна, часто випускаються слова (особливо іменники), знижена швидкість обробки словесної інформації. При відтворенні характерні «фактор краю» - відтворюються перші або останні 2-3 слова, явище ремінісценції – більш якісне відтворення словесного матеріалу через декілька годин після його пред'явлення; вербальний матеріал, який об'єднаний змістом (оповідання), запам'ятовується легше. Ураження симетричних відділів правої півкулі головного мозку призводить до порушення пам'яті на немовленеві та музичні звуки.

3. **А. Верніке**, або сенсорна афазія. Виникає у разі ураження зони Верніке. В її основі лежить порушення фонематичного слуху, розрізнення звукового складу слів. При акустико-гностичній афазії спостерігається втрата здатності розуміння звукової сторони мови.

4. **А. аферентна моторна** – розлад кінестетичної основи мовного моторного акту, що виникає при ураженні нижніх відділів тім'яної ділянки лівої півкулі та проявляється у труднощах артикуляції мовних звуків та слів у цілому, у змішанні близьких артикулем. Це пояснюється тим, що артикулярні тім'яні зони кори тісно взаємодіють із сприймаючими скроневиими зонами. При цьому порушується оральний праксис, утруднений повтор за інструкцією оральних рухів та положень. Труднощі мовної артикуляції можуть мати прихований характер та проявлятися у специфічних умовах при вимовлянні складних слів та скоромовок.

5. **А. семантична**. Причина – ураження в місці стикання кори тім'яної, потиличної та скроневої ділянок. Це викликає мовленнєвий розлад, що характеризується порушенням розуміння мовлення, якщо до нього включені мовні конструкції, що вказують на просторові розташування.

6. **А. амнестична** виникає при ураженні лівої півкулі кори головного мозку та виражається у забуванні окремих слів та їхніх значень. Спостерігається розлад номінативної функції мовлення, утруднена актуалізація слів-найменувань для предметів.

7. **А. еферентна (кінетична) моторна** або **А. Брока** виникає за локалізації патологічного процесу в нижніх відділах премоторної зони лівої півкулі (зона Брока). Патологічна інертність утруднює перехід від однієї артикулеми до іншої. При відносній збереженості мовного висловлювання мовлення характеризується скандуванням, відсутністю плавності, зниженням ролі інтонаційних, емоційних та мімічних компонентів, загальним збідненням, особливо за рахунок дієслів, виникає телеграфний стиль. Як і рухи, мова втрачає індивідуальні особливості, страждає просодичний бік мовлення та розуміння.

8. **А. динамічна.** Осередок ураження розташовується дещо вище зони Брока у лівій півкулі головного мозку. В результаті виникає порушення внутрішньої програми висловлювання, «дефект мовної ініціативи». Порушень мовної моторики немає, розуміння усної мови збережено. Усний переказ, твір не можуть бути написані, предикативність внутрішньої мови розпадається, це проявляється у труднощах побудування замислу висловлювання, внутрішньої програми мови. Зокрема, у вигляді пропущення дієслів, прийменників, займенників, вживанні шаблонних фраз, нерозгорнутих коротких речень, частішого використання іменників у називному відмінку.

9. **А. повна** втрачається здатність до всіх форм мови та їх розуміння. Прогноз А. залежить від характеру основного захворювання. При лікуванні її добрі результати дають систематичні вправлення в читанні й письмі.

**АФЕКТ ПАТОЛОГІЧНИЙ** (лат. affectus - пристрасть, душевне хвилювання) – короткочасна бурхлива емоційна реакція, що виникає внаслідок психотравмуючих переживань і характеризується розладом свідомості. Має характер окресленого в часі нападу. Виникає при епілепсії, травматичному ураженні головного мозку, психопатії, під впливом різноманітних несприятливих чинників (алкогольне сп'яніння, психічна травма, перевтома). Подразник незначної сили спричинює таку емоційну реакцію, що хворий стає здатним до руйнівних та агресивних дій. Виникає раптово, триває від кількох секунд до кількох хвилин (рідше годин) і закінчується глибоким сном з подальшою повною або частковою амнезією. Патологічний афект відзначається потьмаренням свідомості, є за своєю сутністю психотичним станом. Конкретним такими станами є дисфорія, меланхолія, апатія, гіпотимія, ейфорія, морія, екстаз, гіпертимія.

**АФЕКТІВНА ТУПІСТЬ** – психічний розлад, який характеризується слабкістю емоційних реакцій та контактів, збідненням почуттів, емоційною холодністю, яка переходить у цілковиту байдужість.

**АФЕКТІВНІСТЬ ПІДВИЩЕНА** – готовність до частого повторення фізіологічних афектів, які виникають з незначних причин. Спостерігається при психопатіях, неврозах, астеничних станах.

**АФЕКТІВНІ ПОРУШЕННЯ** – розлади емоційної сфери, які можуть проявлятися як у формі підвищеної збудливості (гнівливості, дратівливості), так і у вигляді зниження збудливості (апатія, байдужість). А.п. можуть виникати у зв'язку з функціональними та органічними захворюваннями центральної нервової системи, у дітей виникають внаслідок неправильного виховання.

**АФЕКТ ФІЗІОЛОГІЧНИЙ** – посилена короткочасна емоційна реакція у відповідь на подразнення, коли людина усвідомлює свої вчинки.

-Б-

**БІБЛІОТЕРАПІЯ** – методика лікування, яка заснована на тому, що пацієнт систематично читає спеціальну літературу, яка орієнтована саме на коло його проблем в такий спосіб поліпшуючи власний психічний стан. Цей метод застосовують для того, щоб відволікти пацієнта від певних думок. Крім того, в книзі пацієнт може знаходити для себе нову і корисну інформацію, яка допомагає

впоратися з проблемами. Ця методика відмінно підходить для лікування неврозів, коли пацієнт може не тільки відволіктися, але також зрозуміти, що його захворювання – це психічний стан, в якому перебуває багато людей. Через читання спеціальних цікавих книг пацієнт може набути внутрішнього спокою та рівноваги.

**БІСЕСУАЛЬНА АМБІСЕСУАЛЬНІСТЬ** (лат. bis – два і sexus – стать) – в широкому розумінні слова феномен людської сексуальності, який може включати в себе бісексуальну орієнтацію, бісексуальну ідентичність і/або бісексуальну поведінку. У вужчому сенсі слова бісексуальність – це **бісексуальна орієнтація** – одна з багатьох можливих сексуальних орієнтацій, яка визначається як емоційний, романтичний (платонічний), еротичний (чуттєвий) та/або статевий потяг до осіб як своєї, так і протилежної статі, не обов'язково в рівній мірі і не обов'язково одночасно. Двома іншими сексуальними орієнтаціями є гомо сексуальність та гетеросексуальність. Американський соціолог Альфред Кінсі у своїх дослідженнях людської сексуальності запропонував шкалу сексуальності (так звана шкала Кінсі), в якій в якості однієї з декількох підшкал виступає гомо/бі/гетеросексуальність, поряд з такими підшкалами, як гомо/бі/гетеросоціальність, гомо/бі/гетероестетичність, гомо/бі/гетероеротичність та ін. У зв'язку з багатозначністю терміну «бісексуальність» в науковій літературі останнім часом стало прийнято користуватися уточнюючими або вужчими термінами, наприклад, говорити про бісексуальну орієнтації або бісексуальну поведінку, про бісексуальність в цілому (як явище) або про бісексуальність як точка на підшкالی «сексуальність» шкали Кінсі, за винятком ситуацій, коли сенс терміну «бісексуальність» зрозумілий з контексту.

**БІОЕТИКА** (гр. βίος – життя, ἔθος – звичай) – нормативне знання, що охоплює моральну проблематику, пов'язану з розвитком біомедичних наук, які стосуються питань генетики, медичних досліджень, терапії, турботи про здоров'я і життя людини, органічне поєднання новітніх досягнень біологічної науки та медицини з духовністю. У сучасному суспільстві вона стала ознакою цивілізованості.

**70. БЛЕФАРОСПАЗМ** (древньогр. βλέφαρον - повіка і σπασμός – спазм) – мимовільне скорочення колового м'яза ока, яке призводить до стійкого спастичного скорочення м'язів повіки. За характером може бути тонічним і клонічним. Розрізняють захисний, який виникає при ураженні переднього відрізка ока і зумовлений подразненням рецепторів трійчастого нерва та есенціальний, який може мати характер невротичних нав'язливих дій (тик) чи проявлятися на фоні органічної основи (при хореї, тетанії, кортикальній епілепсії, загальному атеросклерозі).

**БРАЙЛЯ АЗБУКА** – рельєфно-крапковий шрифт для написання і читання сліпими, розроблений французом Луїсом Брайлем. В основі шрифту лежить комбінація шести крапок. Брайль використав порядок букв латинського алфавіту. Для позначення перших букв алфавіту використовують верхні й середні крапки шести крапок. Для позначення наступних букв додається нижня крапка ліворуч, потім ліворуч і праворуч, потім праворуч. Цими ж знаками позначаються і букви українського алфавіту з додаванням спеціальних знаків. Різні комбінації шести

крапок дають можливість позначати також цифри, розділові знаки, математичні, хімічні й нотні знаки.

**БУЛІМІЯ** (древньогр. βούς - бик, древньогр. λῆμός - голод) – патологічно підвищене відчуття голоду, яке супроводжується деколи слабкістю і больовими відчуттями в надчеревній ділянці. Цей стан інколи поєднується із зниженням відчуття насичення, внаслідок чого виникає потреба в надмірно великих кількостях їжі (поліфагія). Різко виражена постійна булімія і поліфагія спостерігаються переважно при органічних ушкодженнях головного мозку або психічних захворюваннях.

Порушення харчування відбувається за однією із схем:

- нападоподібне споживання величезної кількості їжі (апетит появляється несподівано);
- постійне харчування (людина їсть безперестанку);
- нічне харчування (напад голоду відбувається вночі).

Хворі Б. часто контролюють вагу шляхом викликання блювоти чи використання послаблюючих засобів, однак самі такі заходи ще не вважаються симптомами захворювання. Надмірна їжа та очищення шлунку в поєднанні із слабкістю нервової системи чи характеру можуть призвести до серйозних ускладнень: від неврастенії, розладів взаємин з близькими і втрати інтересу до життя до лікарської чи наркотичної залежності та смерті. Б. може також викликати гостру серцеву недостатність. Корекція порушень апетиту здійснюється за допомогою гіркот і анорексигенних засобів. Ці засоби звичайно поєднують з препаратами етіотропної і патогенетичної терапії, спрямованої на усунення причин порушення апетиту і тих механізмів, які лежать в їх основі. Нервова булімія – це складне захворювання, до якого призводить комплекс фізіологічних, психологічних і соціальних чинників.

## - В -

**ВАГІНІЗМ** – рефлексорний спазм піхви і тазового дна, що утруднює статевий акт або гінекологічне обстеження і є результатом мимовільного скорочення лобково-куприкового м'яза. Мимовільне скорочення м'язів відбувається несподівано, що робить неможливим будь-яке вагінальне проникнення, в тому числі й сексуальне. Є наслідком несвідомого бажання жінки не допустити введення статевого органа. Жінки, хворі В., не можуть контролювати такий спазм. Мимовільний В. можна порівняти із кліпанням повіки, коли до ока намагається проникнути сторонній предмет. Серед причин первинного В. виділяють сексуальні зловживання, наявність переконання, що секс аморальний і вульгарний, страх, пов'язаний з проникненням, зокрема, дефлорацією, прихований гомосексуалізм, психічні розлади. Вторинний буває тоді, коли в жінки вже було проникнення, після чого розвився В. як наслідок інфекції, травми під час пологів чи психологічного чинника.

**ВАГІТНІСТЬ ХИБНА** – переконання хворої в тому, що вона вагітна, яке супроводжується характерними відчуттями й ознаками. Помилковою вагітністю вважаються рідкісні емоційні та психологічні розлади. При псевдовагітності спостерігаються всі ознаки вагітності, але жінка при цьому насправді не вагітна. Помилкова вагітність, як правило, з'являється у жінок, які дуже сильно хочуть завагітніти. У них ознаки вагітності з'являються практично в той же час, коли вагітніють їх подруги. Дослідники пов'язують псевдовагітність з роботою гіпофіза і незвично високим рівнем гормонів. Гормональний дисбаланс в цілому викликаний переживаннями, стресом і підвищеною тривожністю. У жінок, які пережили помилкову вагітність, були практично всі симптоми: припинення менструації, токсикоз, збільшення молочних залоз і живота, тяга до певних продуктів. Експерти досі не можуть визначити, чому помилкова вагітність супроводжується фізіологічними симптомами цієї вагітності.

**ВЕРБІГЕРА́ЦІЯ** (лат. *verbum* - слово, *gerere* - створювати) – безладне безмістовне повторення чи викрикування одних і тих самих слів [Kahlbaum K., 1874], словосполучень, зворотів. Найчастіше спостерігається при кататонічній шизофренії, в рамках шизофазії. Іноді зовсім безмістовний набір слів повторюється із зовнішнім збереженням характеру осмисленої мови, в інших випадках вимова стає такою ж монотонно-стереотипною, як і зміст. Часто можна встановити, що безмістовне висловлювання вербігеруючих хворих є перекрученням або недоречним скороченням змістовної фрази.

**ВЕРБОМА́НІЯ** (лат. *verbum* + гр. *mania* - безумство, пристрасть, потяг). Надмірна, хвороблива пристрасть до балаканини, яка супроводжується посиленою жестикуляцією, рухливою мімікою, жвавими емоціями. Спостерігається при маніакальних станах в деяких психопатичних особистостей.

**ВІ́ХОР ІДЕ́Й** – один з видів розладів мислення за темпом; син.: **ментизм**, "наплив думок" – збільшення кількості асоціацій за одиницю часу, виникає приступоподібно і мимовільно. Наплив ідей надто швидко змінюють одна одну.

**ВНУТ́РНЄ МО́ВЛЕННЯ** – звучання думок, "мова" в голові – різновид асоціативного автоматизму. Асоціативний автоматизм (ідеаторний, ідеовербальний) часто починається з відчуття порушення мислення. З'являється відчуття, що думки, бажання виникають немовби ззовні і тільки потім починають належати хворому. Идеаторний (асоціативний) автоматизм виявляється відчуттям "вкладання" чужих думок, явища відкритості (відчуття, що власні думки стають відомі навколишньої), відчуття звучання власних думок, розкрадання думок. Характерно також відчуження власних емоцій, коли у хворого виникає відчуття, що емоції він відчуває не самостійно, а під впливом сторонньої сили ("мною сміються", "мною сумують").

**ВОСКÓВА ГНУЧКІ́СТЬ** (лат. *flexibilitas cerea*), син.: **каталéпсія** (гр. *κατάληψις* – схоплювання, утримання) – збереження хворим будь-якої наданої йому пози. Руховий розлад, що полягає в тривалому збереженні хворим заданої йому пози (у тому числі й дуже незручної); спостерігається при паркінсонізмі, істерії, шизофренії. Каталепсія може бути викликана штучно в стані гіпнозу.

**80. ГАБІТУС** (лат. habitus – зовнішність) – сукупність зовнішніх ознак, які характеризують будову тіла та зовнішній вигляд людини: тіло будова, оснака, вираз обличчя, колір шкіри т.д. Оцінка Г. є важливим критерієм в діагностиці захворювань, свідчить про стан людини, допомагає робити висновки про схильність до певного захворювання. Серед можливих видів Г. виділяють апоплектичний – низькорослі пікніки з багряно-червоним кольором обличчя (схильність до судинної патології, порушення мозкового кровообігу), астеничного – поєднання астеничної тілобудови, фізичної слабкості, блідої шкіри (схильність до інфекційних та нервово-психічних захворювань) тощо.

**ГАЛЮЦИНАЦІЯ** (новолат. hallucinatio, лат. alucinatio – уявне сприйняття, яке виникає без дії подразника) – розлади сприймання, при яких пацієнт бачить, чує, відчуває те, чого насправді в реальній ситуації не існує. Вони стають для хворого такими ж реальними, як і об'єктивний світ і справляють величезний вплив на його вчинки та поведінку. "Хворі можуть визнавати суб'єктивне походження галюцинацій і все-таки вірити в їхню реальність" (W. Griesinger, 1886). Вчення про галюцинації пов'язане з іменами видатних психіатрів минулого – I. Esquirol, I. Baillarges, G. Clerambaut, В. Х. Кандинського. Сучасні вчені визначають галюцинації як несправжнє, уявне сприйняття, що виникає на хворобливому підґрунті й має для хворого характер справжнього сенсорного відображення об'єктивної реальності. Людина, яка переконана в тому, що вона щось сприймає, тоді як не існує реального об'єкта, здатного викликати це сприйняття, називається **галюцинантом**. Галюцинації поділяють за органами чуттів на зорові, слухові, нюхові, смакові, тактильні, загального відчуття та комплексні (виникають у кількох аналізаторах).

**Г. зорові** можуть мати форму бачення окремих предметів різного ступеня чіткості (від неясного до чіткішого за реальне), різної величини (мікро- або макропичні), безбарвними чи насичених кольорів. Зорові галюцинації інколи бувають множинними, коли хворий бачить групи людей, тварин, комах, фантастичні істоти, які нерухомі або рухаються, трансформуються чи залишаються незмінними. Зміст зорових галюцинацій у хворих викликає жах чи, навпаки, захоплює, вабить. Галюцинації бувають прості і складні. Прості Г. переважно локалізуються в межах одного аналізатора (тільки нюхові чи тільки слухові), складні (комбіновані або комплексні) Г. – поєднання двох і більше простих. Наприклад, хворий бачить в себе на грудях великого удава (зорові Г.), який загрозово шипить (слухові Г.) відчуває його холодне тіло і те, що він дуже важкий (тактильні Г.). Крім того, Г. бувають **істинні і хибні**. Істинні характерні для екзогенних психічних захворювань, при яких пацієнт бачить відсутні в даний момент картини або чує неіснуючі звуки. Хибні (псевдогалюцинації) частіше зустрічаються при ендогенних розладах, зокрема шизофренії. Псевдогалюцинації включають в себе не лише розлади сприймання, а й патологію асоціативного процесу, тобто мислення.

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



**аутоскопичні** – хворий бачить поруч із собою власного двійника; **зоопсії** – зоологічні зорові обмани у вигляді диких агресивних тварин, які нападають на хворого (часто зустрічаються при алкогольному делірії)

**Г. нюхові** – уявне сприймання дуже неприємних, часто гідких запахів тління, горіння тощо. Такі хворі нерідко відмовляються від їжі.

**Г. смакові** часто поєднуються з нюховими і виражаються у відчутті наявності в ротовій порожнині гниття, гною. Поєднання смакових та нюхових при шизофренії вказує на негативний прогноз і злаякісну форму.

**Г. тактильні** – відчуття дотику до тіла чогось гарячого чи холодного (термічні); появи на тілі рідини (гігричні); схоплення тулуба зі спини (гаптичні); повзання по шкірі комах і дрібних тварин (зовнішня зоопатія); наявності під шкірою комах і дрібних тварин (внутрішня зоопатія) характерні для кокаїнових психозів, делірійного потьмарення свідомості, шизофренії (при якій нерідко локалізуються в області статевих органів, що є негативною прогностичною ознакою).

**Г. вісцеральні** виражають відчуття в порожнинах тіла якихось дрібних тварин чи предметів (в животі живуть жаби, в сечовому головастику).

**Г. функціональні** – виникають на фоні реально існуючого подразника і існують до того часу, поки діє подразник. Наприклад, коли хворий включав кран на кухні, то чув брутальну лайку сусіда зверху. Коли хворий виключав кран, все стихало.

**Г. слухові вербальні** можуть бути елементарними у вигляді окремих звуків, шумів (акоазами); слів, розмов (фонем); окликів – хворий постійно чує, що його кличуть по імені.

**Г. імперативні (наказуючі)** – хворий чує накази, заперечувати яким не може. Такі Г. несуть значну загрозу для навколишніх і для самого хворого, оскільки наказують когось вбити, вдарити, знищити, відрубати ногу, голову.

**Г. коментуючі** – дуже неприємні для хворого і виражаються в тому, що голоси постійно ніби обговорюють вчинки хворого, його думки і бажання. Іноді вони настільки обтяжливі, що єдиним способом їх позбутися є самогубство...

**Г. контрастуючі (антагоністичні)** носять характер групового діалогу: одна група голосів гнівно засуджує хворого, вимагає застосовувати до нього тортури, а друга боязко, невпевнено його захищає, просить відстрочити, переконує, що хворий виправиться.

**Г. мовнорохові Сегла** характеризуються впевненістю хворого в тому, що хтось розмовляє його мовним апаратом, впливаючи на м'язи рота, язика (хворий раптом говорить по-татарськи).

**ГАЛЮЦИНОГЕНІ** – препарати, до яких належать психодизлептики (ЛСД, мескалін, псилоцибін), деякі медичні препарати (тарен, циклодол, седуксен) та галюциногени рослинного походження. Викликають різного роду порушення свідомості, здебільшого у вигляді галюцинацій. За систематичного вживання галюциногенів головна небезпека виникає внаслідок галюцинаторної дезорієнтації хворого в просторі та переоцінки власних можливостей. Він може травмувати себе й інших. Агресивні (у т. ч. ауто-агресивні) дії притаманні тим, хто вживає фенілциклідин. Галюциногени рослинного походження зумовлюють яскраві сноподібні марення і небезпечні тим, що в разі їх передозування хворий може

загинути (коматозний стан). Через 1-1,5 міс після виходу з абстинентного синдрому в наркоманів формується так званий псевдоабстинентний синдром ("суха ломка"). Значно збільшується потяг до наркотику. Сомато-неврологічні симптоми нагадують абстинентний синдром у стертому вигляді. Якщо не вживати наркотики, частота й інтенсивність цих нападів поступово зменшаться. Найдовше зберігаються сни на тему наркотиків. Інколи, переважно у полінаркоманів, псевдоабстинентний синдром має клініку нападів дратливості, агресивності та конфліктності, без сомато-невротичного компонента. Зазвичай хворі не усвідомлюють, що між цими станами і вживанням (у минулому) наркотиків існує зв'язок. Такі стани можуть спостерігатися навіть через кілька років тверезого життя.

**ГАЛЮЦИНОЗ** – постійні галюцинації. При гострих галюцинозах критичного ставлення до хвороби нема. При хронічному протіканні може проявлятися критика до галюцинаторних переживань. Явище чергування галюцинозу з періодом повної їх відсутності називається психічною диплопією.

**ГЕРОЇН** (лат. heroic – сильнодіючий) (діацетилморфін, діаморфін) – сильнодіючий синтетичний наркотик, похідна морфіну, знеболюючий засіб, пригнічує центральну нервову систему. Білий (або з домішками - світлий сірувато-коричневий) порошок у вигляді дрібних кристаликів з неприємним запахом. Переважно гіркий на смак. Отримують з морфіну за допомогою спеціальної обробки. Близько 50 років (до 1954 р.) був офіційним лікарським засобом. Героїн входить в трійку, поряд з кокаїном та екстазі, найпопулярніших наркотиків серед української молоді.

**ГАМБРИНІЗМ** (gambrimus; Gambrinus – легендарний фламандський король, якому приписують винайдення пива) – алкоголізм, який розвивається при зловживанні пивом. Пивний алкоголізм. Різновид алкогольної наркоманії. Психопатологічно суттєво не відрізняється від інших видів алкоголізму. Характеризується особистісними змінами в результаті багаторічного зловживання пивом.

**ГАНЗЕРІВСЬКИЙ СТАН ПОТЬМАРЕННЯ** – істеричні сутінки.

**ГАПТОФОБІЯ** (др.-гр. ἄπτο – торкатися та φόβος – страх; варіанти афефобія, гафефобія, гафофобія, гапнофобія, гаптефобія, тиксофобія) – специфічна фобія, нав'язливий страх, боязнь дотику оточуючих людей. Спостерігається при неврозі нав'язливих станів та психастенії. Проявляється як страх вторгнення або забруднення, що поширюється навіть на близьких знайомих людини, що страждає гаптофобією. Г. є сильно гіпертрофоване звичайне прагнення людини захищати свій особистий простір, небажання торкатися і спілкуватися з іншими людьми, особливо незнайомими. Іноді гаптофобія обмежується тільки боязню дотику до людини протилежної статі. У жінок це часто пов'язується зі страхом сексуального нападу. На думку австрійського письменника Еліаса Канетті, страх дотику є однією з важливих домінант поведінки будь-якої людини і звільнити від цього страху може тільки перебування в натовпі.

**ГАРЯЧКА БІЛА, ДЕЛІРІЙ** (лат. Delirium tremens, лат. Delirium - марення, та лат. tremere- тремтіти) – психічне захворювання, що розвивається на ґрунті зловживання алкоголем – алкогольний делірій. Біла гарячка зазвичай виникає при алкоголізмі, у період переривання запою, рідше – у людей, які не страждають на

алкоголізм, після вживання великих доз спиртного (а дуже рідко - невеликих). Виражається маренням, зумовленим зоровими, слуховими та/або тактильними галюцинаціями, ознобом і підвищенням температури. Галюцинації зазвичай носять загрозливий характер, часто представлені в образі дрібних небезпечних істот (комахи, чорти). Частіше за все закінчується одужанням, дуже рідко смертю. Основну небезпеку при делірії представляє ризик самопошкодження. Хворі підлягають госпіталізації у психіатричну лікарню, де повинні знаходитися під цілодобовим наглядом. Основне лікування – снодійні засоби. Якщо після видужання хворий знову зловживає спиртними напоями, біла гарячка повторюється.

**ГАФАЛГЕЗІЯ** – поява неприємних відчуттів, тремору, судом при дотиках до шкіри різноманітних речовин, предметів, особливо металу. Спостерігається здебільшого при істерії.

**90. ГАШИШІЗМ** (гашиш - перс. – суха трава) – наркоманія, залежність від гашишу. Гашиш (має вигляд однорідної коричневої чи темно-зеленої речовини у вигляді плитки чи «камінців») – це загальне збірне поняття, яке включає ряд психотропних речовин, які синтезують із коноплі. Похідні коноплі включають **гашиш, маріхуану, анашú, смолу каннабісу, гашишну олію**, різноманітні кустарно приготовані препарати. Г. – один з найбільш поширених наркотиків сучасності. Сильна психоактивна дія зумовлена високою концентрацією наркотичних речовин. Його куріння в кілька разів підвищує ризик появи психічних розладів. Викликає психози і дуже швидко призводить до сильної залежності, речовини, які входять до його складу, викликають ефекти тактильних ілюзій, мовної загальмованості, сплутаності думок, головний біль і сильну спрагу. Регулярне вживання гашишу призводить до сильної фізичної і психологічної залежності, яка супроводжується втратою пам'яті, захворюваннями легень тощо. Г. з коноплі діє в середньому в шість разів сильніше, ніж **маріхуана**. Канабіс (cannabis) – це назва для будь-якої похідної речовини з коноплі, включаючи маріхуану і Г. однак, не залежно від назви, ці речовини є психоактивними, такими, що змінюють стан свідомості. Хімічна речовина, яка міститься в коноплі і викликає такий психоделічний ефект, називається дельта-9-тетрагідроканабол (ТГК).

**ГЕБЕФРЕНІЯ** (гр. hebe - юність, статеве дозрівання, гр. phren - розум) – один із підвидів шизофренії, розвивається в період статевого дозрівання. Виявляється безглуздістю поведінки, розірваністю мислення і химерністю мовлення. Вчинки хворих відрізняються придуркуватістю, театральною манірністю; можливі галюцинації. Поєднання в поведінці хворих карикатурної вишуканості з дурнуватою веселістю – одна з найхарактерніших рис Г. Симптомокомплекс захворювання утворюють наступні основні ознаки. Придуркуватість, клоунізм в поведінці з кривляннями, манірністю, вичурними рухами та діями; імпульсивність поведінки з несподіваними неадекватними діями, іноді небезпечними для як самого хворого, так і для навколишніх; парадоксальна емоційність, інверсія афективних проявів, а також їх непомірна інтенсивність; хаотичними, безсистемними і непередбачуваними афективними, маячними, галюцинаторними і кататонічними явищами, що раптово появляються і зникають, швидко змінюються; анозогнозія; швидке наростання дефіцитарної симптоматики в

емоційно-вольовій сфері. Г. починається спонтанно, без будь-яких попередньо провокуючих факторів. В преморбіді нерідко відзначаються різноманітні відхилення в психічному розвитку, зокрема, пасивність, надмірна залежність від батьків, зразкова поведінка. Незадовго до маніфестації Г. спостерігається зниження шкільної успішності та інтелектуальної продуктивності, появляється порушення сну, апетиту, відчуженість від осіб, до яких були прихильним, зростання замкнутості. Захворювання протікає дуже несприятливо, постійно прогресує і виявляє повну резистентність до сучасних методів лікування. Після 2-3 років після початку захворювання завершується формуванням глибоко психічного дефіциту та інвалідністю пацієнтів. Розлад відноситься до ядерної, злоякісно протікаючої форми шизофренії, яка появляється в підлітковому віці.

**ГЕКСАДАКТИЛІЯ** (hexadaktylia; гр. – hex шість + daktylos – палець) аномалія розвитку: наявність шести пальців на руці чи нозі з однієї чи з обидвох сторін. Адактилія – відсутність пальців; афалангія – відсутність окремих фаланг пальців; гіпофалангія – зменшення відносно норми числа фаланг пальця; поліфалангія – збільшення фаланг пальців; полідактилія – багатопальцевість, найчастіше шестипальість; брадидактилія – укорочення одного чи декількох пальців внаслідок недорозвитку фаланг чи зменшення їх числа; синдактилія (полісиндактилія) – зрощення пальців (може бути перепончастою, шкірною чи кістковою, а також повною і кінцевою); арахнодактилія (гр. arachne – павук і daktylos – палець) описана в 1896 р. Марфаном (Marfan) рідкісне (описано всього близько 20 випадків) спадкова системна аномалія розвитку, яка уражає майже тільки дівчат і стосується здебільшого кінцівок, які сильно видовжені (мавпяча кисть, стопа). Довжина тіла, навпаки, менша норми. Грудна клітка довга і вузька. Спостерігається порушення харчування та інші патологічні зміни очей, серцево-судинної системи. Всі діти відрізняються схожістю, в подальшому проявляється фізичний недорозвиток та нестійкість до шкідливих впливів, відчого діти швидко помирають (в описаних випадках найстаршій дитині було 18 років). Етіологія невідома.

**ГЕМЕРАЛОПІЯ** – (гр.) розлад зору, що характеризується зниженням світлової чутливості (різко погіршується зір в умовах зниження освітлення, в сутінках, вночі). Спостерігається при деяких захворюваннях очей, недостатчі вітаміну А в організмі або має вроджений характер. Інша назва – куряча сліпота.

**ГЕНІАЛЬНІСТЬ** (лат. genius - дух) – найвищий ступінь розвитку здібностей. Реалізується в створенні здобутків, що мають важливе значення для розвитку суспільства. Для особистості генія характерні такі риси, як творча продуктивність, володіння певною методологією, готовність до подолання стереотипів і конвенціональних установлень. Це найвищий рівень розвитку людських здібностей, як загальних, так і спеціальних. Геніальних людей дуже мало, тому їх знають всі. Крім того, її діяльність, як правило, щось змінює в житті людей. Учених давно цікавила природа геніальності. Деякі, наприклад, італійський психіатр Ч. Ломброзо, уважали, що Г. – це свого роду хвороба, відхилення в роботі мозку. Французький філософ Гельвецій стверджував, що Г. від спадковості абсолютно не залежить і вся справа у вихованні й навчанні. Але, які б пояснення природи геніальності не пропонувалися, багато вчених сходяться в одному: без

терплячої й завзятої праці не може бути справжньої геніальності. Праця насамперед повинна бути спрямована на самовиховання й тренування пам'яті, мислення, уваги. Юлій Цезар і Олександр Македонський по твердженнях істориків знали в обличчя й по імені до 30000 людей. Завдяки чудовій пам'яті глухий Бетховен писав геніальну музику, а скульптор Ліна По, будучи сліпою, створювала геніальні скульптури. За умови завзятої праці для талановитої людини відкриті всі шляхи, щоб стати геніальною.

**ГЕРОНТОФІЛІЯ** (пресбіофілія, гр. geron (gerontos) - старець і philia - любов, дружба) – розлад статевого потягу, який полягає у хворобливому статевому потягу до осіб старечого віку. Спостерігається при розладах особистості (психопатіях), рідше при шизофренії та у людей з розумовою відсталістю.

**ГІПЕРБУЛІЯ** (гр. υλερ - понад) – загострення, посилення волі. Полягає в підвищеній діяльності, руховому неспокої, прискоренні та посиленні мовної продукції. Такі хворі хапаються за безліч справ, але жодної не доводять до кінця. Г. спостерігається при маніакальних станах, у осіб з психопатичними рисами особистості. Осередкове підвищення волі притаманне наркоманам, коли їм треба добути наркотичні речовини.

**ГІПОБУЛІЯ** (hupo + гр. bule – воля) – ослаблення волі. Проявляється зниженням вольової активності. У таких хворих спостерігається зниження спонукань, потягів і бажань. Моторика, міміка, пантоміміка, жестикуляція збіднені. Пацієнти не стежать за зовнішнім виглядом, одягом, схильні до самотності. Зниження вольової активності може проявлятися при різних психічних захворюваннях, особливо при шизофренії і ступорозних станах різного генезу.

**ГІПЕРКІНЕЗИ** (грец. υλερ - над, понад і κίνησις - рух) – мимовільні посилені рухи. Г. підсилюються при хвилюванні і зникають у спокійній обстановці. Іноді спостерігаються тільки у формі судомних скорочень окремих груп м'язів. Виявляються при органічних і функціональних ураженнях нервової системи та при ураженнях кори головного мозку, підкіркових рухових центрів або стовбурової частини мозку. нерідко – на фоні інфекційних захворювань (енцефаліт, ревматизм, дисциркуляторна енцефалопатія), після перенесеної черепно-мозкової травми, інтоксикації. До Г відносять атетоз, хорею, дрижальний параліч, міоклонію тощо. Виразність Г. можна зменшити або короткочасно припинити вольовими діями, а також больовими подразненнями, зміною пози. Уві сні Г. зникають.

**100. ГІПЕРМНЕЗІЯ** (давньогр. hyper – на і μνήμη – пам'ять) – загострення пам'яті. При Г. паталогічне пожвавлення пам'яті супроводжується значним послабленням запам'ятовування поточної, актуальної інформації. Спогади мають переважно чуттєво-образний характер. Події, що фігурують у них, зазвичай логічно між собою не пов'язані. В залежності від клінічного контексту існують варіанти Г. Покращення запам'ятовування може бути пов'язане з підвищенням афекту. Тоді Г. є одним із симптомів гіпоманії, маніакального синдрому, або однією з ознак гіпертимії. Також вона може бути ознакою лікарської гіпертимії (чи гіпоманії), викликаной, наприклад, психостимуляторами. Така гіпермнезія не викликає неприємних відчуттів. Г. може бути також пов'язана із сплутаною свідомістю, галюцинаціями, активною формою розвитку маячні, іншими психічними розладами. Г. може проявлятися вибірково, наприклад, постійним чітким

відтворенням спогадів з раннього дитинства. Г. не варто плутати з феноменальною пам'яттю, оскільки остання не вважається патологією.

**ГІПЕРЕСТЕЗІЯ** (гр. ὑπερ - надмірно, гр. αἴσθησις – відчуття) – посилена чутливість до звуків, запахів, дотиків. Це загальне зниження порогу чутливості, сприймається хворими як емоційно неприємне почуття з відтінком роздратування. Це призводить до різкого підвищення сприйнятливості навіть надзвичайно слабких або індиферентних подразників. Хворі скаржаться, що не можуть заснути, бо "будильник цокає прямо у вухо", "накрохмалена простирadlo гримить, як трамвай", "місяць світить прямо в очі". Невдоволення викликають явища, які просто не помічає здорова людина (звук капає з крана води, стукіт власного серця). Г. – одне з найбільш характерних проявів астеничного синдрому, у складі якого вона спостерігається при багатьох психічних і соматичних ураженнях головного мозку, початкових проявах гострого психозу. Це нозологічно захворювання. Г. органів відчуття спостерігається при астенії, неврозах, органічних неспецифічний симптом, який вказує на загальний стан виснаження психічної діяльності.

**ГІПЕСТЕЗІЯ** (гр. ὑπο – знизу, під, гр. αἴσθησις – відчуття) – зниження чутливості до зовнішніх подразників. виявляється зниженням чутливості до подразників. При цьому навколишнє оточення втрачає для хворого чіткість і визначеність. Звуки стають глухими, невиразними, кольори – тьмяними, неясними, предмети втрачають форму і яскравість, стають малорухомими. Г. характерна для неврозів, реактивних психозів, органічних уражень мозку.

**ГІПЕРДИНАМІЧНІ РОЗЛАДИ** – проявляються руховою розгальмованістю, непосидючістю та іншими ознаками гіперактивності у поєднанні з порушеннями уваги (деколи їх позначають "синдром дефіциту уваги"). Доведено, що Г.р. пов'язані з маленькими, але дуже численними мікроорганічними ураженнями головного мозку, які виникають вони тому, що плід в утробі матері або в процесі пологів одержав маленьку, мікроскопічну родову травму або ж пережив кисневе голодування. Подібні травми найчастіше трапляються при занадто стрімких або, навпаки, при затяжних пологах, особливо якщо плід великий. За статистикою такі порушення сьогодні зустрічаються в кожній п'ятої-шостій дитини, а поява на цій основі Г.р. фіксується приблизно в кожній двадцятій дитини, причому в 3-4 рази частіше в хлопчиків.

**ГІПЕРАКТИВНІСТЬ ДИТЯЧА** характеризується неухвальною, відволіканням, імпульсивністю в соціальній поведінці та інтелектуальній діяльності і підвищеною активністю при нормальному рівні інтелектуального розвитку. Це все призводить до низької успішності в школі і низької самооцінки та постійних конфліктів із соціальним оточенням. Г. р., переважно, виявляється ще у ранньому дитинстві. Формування рухових функцій у гіперактивної дитини відбувається швидше, ніж у її однолітків, але формування мови не відрізняється або навіть може відставати від однолітків. Така дитина дуже швидко (з 1,5-2 років) перестає вдень спати, а ввечері їй важко вкласти спати, вона не може займатись однією справою, капризує, бігає. Але такі діти мають глибокий нічний сон.

Діагноз «гіпердинамічний синдром» ставлять у тих випадках, коли ці розлади бувають ізольованими або виступають на перший план. Провідними ознаками є надмірно активна поведінка у поєднанні з очевидним дефіцитом уваги, що

виявляється у непосидючості, нетерплячості, підвищеному відволіканні, нездатності до значних зусиль у заняттях, завданнях. Діти галасливі, балакучі, стрибають, бігають при відсутності відповідної цій поведінці ситуації. У таких дітей порушена шкільна адаптація. Часто виникають труднощі в засвоєнні навичок письма і порушення просторового синтезу. Зустрічаються розлади засинання. Поєднання з нормальним інтелектом, відсутність ознак органічного ураження мозку, церебрастенії, гарний настрій дають підставу для припущення переважно конституційної природи і синдром кваліфікується як порушення активності уваги (синонім синдром дефіциту уваги з гіперактивністю за МКХ-10 – F90.0).

**ГІПЕРТИМНИЙ ТИП** – акцентуація характеру, якому властива велика рухливість, товариськість, балакучість, вираженість жестів, міміки, пантоміміки, надмірна самостійність, схильність до пустощів, брак почуття дистанції у відносинах з іншими. Вони майже завжди мають дуже гарний настрій, добре самопочуття, високий життєвий тонус, нерідко квітучий вигляд, хороший апетит, здоровий сон, схильність до обжерливості та інших радощів життя. Це люди з підвищеною самооцінкою, веселі, легковажні, поверхневі і разом з тим діловиті, винахідливі, блискучі співрозмовники; люди, які вміють розважати інших, енергійні, діяльні, ініціативні.

**ГІПОМАНІЯ** (гр. ὑπο - під, нижче, μανία - пристрасть, безумство) – підвищення настрою, що не відповідає ситуації. Психічний стан, який характеризується душевним підйомом, піднятим настроєм, підвищеною активністю, які не відповідають реальним ситуаціям та обставинам в житті людини. При Г. може спостерігатися підвищений захват, недоцільна самовпевненість, завищена самооцінка, відчуття власної могутності. Гіпоманіакальний стан може чергуватися з апатією і навіть **депресією**, особливо якщо людина зіштовхується із серією невдач, які підривають її душевний підйом. На відміну від манії, Г. не супроводжується повною втратою реальності та критичної оцінки того, що відбувається, в результаті чого стани апатії і депресії є короткочасними і не настільки гострими, як при МДП. Г. відносить до патологічного стану людини. Деяка доля гіпоманіакальності зустрічається і в психічно здорових людей, які характеризуються підвищеною працездатністю і продуктивністю.

**ГІПОМНЕЗІЯ** або **ДИСМНЕЗІЯ** (гр. ὑπο - під, μνημη – пам'ять) – це поступове послаблення мнестичної функції. Може бути загальною (стосується запам'ятовування та відтворення) і частковою (наприклад, хворий погано запам'ятовує конкретний новий матеріал чи йому складно що-небудь відтворити в даний момент). Спостерігається при астеничних синдромах, судинних захворюваннях головного мозку, неврозах. Може бути вродженою – ослаблення пам'яті.

**ГІПСОФОбІЯ** (гр. hypsos – висота, phobos – страх) – нав'язливий страх перед висотою.

**ГОМІЦІД** – спричинення однією людиною смерті іншій людині. Може бути навмисним чи випадковим. Навмисне позбавлення життя іншої людини може бути як легальним (смертна кара, бойові дії, вбивство при самообороні чи затриманні злочинця) і нелегальним (вбивство, доведення до самогубства). Самогубство

переважно не відносять до Г. дискусійним залишається питання, чи є різновидом Г. аборт.

**ГОМІЦИДОМАНІЯ** (лат. homicida - вбивця, *μανία* - пристрасть, безумство) – хворобливий, імпульсивний потяг до вбивства, який в основі мотивований якимись причинами. Властива асоціальним (паранояльним, збудливим, шизоїдним) психопатам на віддаленому етапі психопатичного розвитку особистості, зустрічається також у душевнохворих з психопатоподібних особистісним дефіцитом. Наприклад, серійний вбивця гордиться своїми злочинами, оскільки прагне задовольнити власне марнославство і прославитися в історії злочинності. У психічнохворих Г. найчастіше проявляється симптомом психічного розладу і розвивається на основі відповідних преморбідним особистісних властивостей. Саме тому багато пацієнтів визнаються судовими психіатрами осудними по відношенню до скоєного ними вбивства. У пацієнтів з імперативними вербальними галюцинаціями, синдромом Кандидського-Клерамбо та кататонічним збудженням Г. не вважається патологічним потягом до вбивства, оскільки невизначеною є роль преморбідного особистісного фактора. Син.: синдром Ліндемана.

**110. ГОМОСЕКСУЛІЗМ** також **гомосексуальність** (гр. homois - подібний і лат. seksus - стать) – одна з форм нетрадиційної сексуальної орієнтації людини, стан людини, яка пов'язує свою психоемоційну і сексуальну сферу із особами своєї статі. Один із різновидів сексуальності, складовими якої є гомосексуальна орієнтація (сексуальний потяг до осіб своєї статі), гомосексуальна ідентичність (усвідомлення себе як особи гомосексуальної орієнтації) та гомосексуальна поведінка (сексуальна практика з особами своєї статі). У вузькому смислі термін Г. використовують для емоційного, романтичного, еротичного або сексуального потягу тільки і виключно до осіб своєї статі. Відповідно, гомосексуалами називають чоловіків та жінок, котрих протягом тривалого періоду часу приваблюють у сексуальному плані переважно особи однієї з ними статі. Розрізняють Г. «ядерну» (що викликана особливим типом функціонування центрів, котрі регулюють статеву поведінку), транзиторну та замісну (котрі мають перехідний характер і викликані ситуативно), а також невротичну (у випадках, коли реалізація гетеросексуальної активності блокується із психологічних причин). У зв'язку з багатозначністю терміну Г. у науковій літературі останнім часом користуються уточнюючими або вузькими термінами, як-от гомосексуальна орієнтація, гомосексуальна поведінка, гомосексуальність як явище тощо.

**ГОСПІТАЛІЗМ** (лат. hospitalis – госпіталь лікувальний заклад) – погіршення психічного стану здоров'я хворого під впливом тривалого перебування на стаціонарному лікуванні, відірваним від близьких людей та дому. Поняття ввів австро-американський психоаналітик Р.Спітс в 1945р., який досліджував причини та наслідки тривалого перебування немовлят і дітей в лікарнях і встановив, що Г. зумовлювався переважно розлукою з матір'ю. До симптомів Г. Спітс відносив затримку фізичного та психічного розвитку, відставання в оволодінні власним тілом та мовою, знижений рівень адаптації до навколишнього, ослаблену опірність до інфекцій. Наслідки Г. у немовлят і дітей є тривалими і часто незворотними. У важких випадках Г. призводить до смерті. Явища Г. виникають також в умовах, коли догляд та виховання дітей здійснюється при повній чи



частковій відсутності матері в умовах сім'ї, де матері не люблять своїх дітей або не приділяють їм достатньої уваги. Г. дорослих характеризується соціальною дезадаптацією, втратою інтересу до праці та трудових навичок, зменшення та погіршення контактів з навколишніми, тенденціями до хронічності захворювань тощо.

**ГРАФОЛОГІЯ** (др.-гр. γράφω - пишу, λόγος – вчення ) – вчення, згідно з яким існує стійкий зв'язок між почерком та індивідуальними особливостями особистості. До другої половини ХХ ст. вважали, що методи графології допомагають встановлювати індивідуальні відмінності між людьми, в сучасній науці дане вчення розглядається як псевдонаукове. В медицині термін використовується для вивчення почерку як додаткового елемента при діагностиці та спостереженні за захворюваннями головного мозку та нервової системи.

**ГРАФОМАНІЯ** (гр. γράφω - писати, креслити, і гр. μανία пристрасть, потяг) – патологічний потяг до складання творів, псевдонаукових трактатів тощо. Хвороблива пристрасть до писання. Графоманічні тенденції зустрічаються у сутяжних психопатів.

**-Д-**

**д'АКОСТИ СИНДРОМ** – виникає у високогірних умовах у зв'язку із зниженим атмосферним тиском. Характерними є прискорене дихання, ціаноз, головний біль, головокружіння, задуха, порушення координації, слуху та зору (гемералопія, розлади сприймання кольору). Психічні розлади – апатія, байдужість, ейфорія, яка змінюється депресією, розлади свідомості. Причиною є гіпоксія центральної нервової системи. Названий за іменем д'Акости – іспанського монаха-езуїта, який в 1590 році був місіонером в Перу та описав цей синдром в умовах високогір'я, пояснив його виникнення впливом розрідженого повітря.

**ДЕБІЛЬНІСТЬ** (лат. debilis - слабкий, немічний) є легким ступенем психічного недорозвинення, при якій за нездатності утворення абстрактних понять спостерігається здатність до узагальнення досвіду. Дебіли виявляють повну нездатність орієнтування у складній ситуації, коли необхідним є творчий підхід для її вирішення. Можливе набуття достатнього запасу знань при хорошій увазі та механічному запам'ятовуванні, а також здатність до елементарних форм узагальнення (часто за зовнішніми чи випадковими ознаками). Мова бідна, використовують багато трафаретних висловлювань та зворотів. Переважає конкретно-описовий тип мислення. Сприйняття неточне, увага нестійка. Програму загальноосвітньої школи засвоїти не можуть, особливо з математики. Значно легше дається навчання в допоміжній спеціальній школі. Із складною роботою вони не справляються, потребують допомоги з боку старших. Легко піддаються навіюванню, потрапляють під чужий вплив. Поряд із сором'язливими та невпевненими дебілами часто зустрічаються дебіли з високою самооцінкою та недостатньою самокритичністю. Існує умовний поділ на торпедних

(загальмованих, апатичних) та еротичних (збудливих, дратівливих, злобних). Інтелектуальний коефіцієнт (IQ) дорівнює 70-50.

**ДЕБЮТ** (фр. *début* – початок) – перший прояв хвороби.

**ДЕКОМПЕНСАЦІЯ** (лат. *decompensatio* - лат. *de* – заперечення, зменшення, видалення; *compensatio* - заміщення, урівноваження) – недостатність або зрив механізмів відновлення функціональних порушень і структурних дефектів організму. Д. може виникнути при прогресуванні хвороби чи патологічного процесу, у зв'язку з фізичним перенапруженням чи перевтомою, як результат впливу на організм температурних факторів (охолодження, перегрівання), травми або як наслідок супутнього захворювання. Емоційний стрес, голодування, виражена алкогольна та інші інтоксикації, порушення режиму праці і відпочинку можуть бути причинами Д. В динаміці психопатій – це період, який характеризується тривалим загостренням психопатичних рис і виявляється порушеннями поведінки та соціальною дезадаптацією. Найчастіше розвивається під дією несприятливих для даного типу психопатії чинників оточення, які не впливають за іншого варіанту порушення. Так, при психастенії легко настає Д. в разі службових конфліктів, тоді як при збудливій психопатії пацієнти передусім нетерпимі в сім'ї. Біологічними чинниками зумовлюються Д. в періоди вікових криз – пубертатний і клімактеричний. Під час статевого дозрівання сильніше виявляються патологічні риси характеру в хлопчиків, а в клімактеричний період – у жінок.

**ДІЇ НАВ'ЯЗЛИВІ** – нав'язлива потреба в реалізації певної дії. Д. н. неоднорідні за своїми проявами. Вони можуть супроводжуватися фобіями й виникати одночасно з ними (ритуали) або виникають без них. До нав'язливих дій, що не супроводжуються фобіями, відносять рухи, вчинені проти бажання хворого і всупереч зусиллям їх стримати. Це не мимовільні гіперкінези, а вольові рухи, які звичними і яких важко позбутися. Їхні прояви різноманітні. Такими є ритуали - нав'язливі рухи й дії, що виникають разом з фобіями, нав'язливими сумнівами або побоюваннями, а також заклинання, що мають значення захисту. Вони виробляються для попередження нібито нещастя чи подолання нав'язливого сумніву.

**ДЕГРАДАЦІЯ ОСОБИСТІСНА** (лат. *gradus* – ступінь, фр. – *degradation* – занепад) – розпад або послаблення субординації ієрархічно вищими рівнями нижчих рівнів динамічної функціональної структури особистості. Деградація особистості може бути соціально обумовлена і пов'язана з аморальною і протиправною поведінкою особистості, а також психічними захворюваннями, наркоманією, алкоголізмом і склерозом мозку (особливо в похилому віці). Найбільш виражена хвороблива форма деградація особистості – психічний маразм

**120. ДЕЛІРІЙ** (лат. *delirium* - марення) – стан свідомості людини, що характеризується зниженням здатності зосередити увагу, порушеним сприйманням і мисленням. Системний синдром, викликаний хімічно або в процесі хвороби, який руйнує нейрони кори головного мозку. Це потьмарення свідомості з порушенням орієнтування в навколишньому середовищі та зоровими галюцинаціями. **Синдром делірію** представлений масивною продуктивною психосимптоматикою. Спостерігаються множинні рухомі сюжетні галюцинації, переважно зорові,

тактильні. Маячні ідеї відношення, переслідування нестійкі, пов'язані з галюцинаціями та ілюзіями метаморфозії. Емоційний стан і поведінка хворого відповідають змісту галюцинацій. В розвитку деліріозного синдрому спостерігаються 4 стадії.

**Д. професійний** – у зв'язку з галюцинаторно-параноїдними переживаннями, що обумовлені делірієм, хворий поводить себе так, наче йому доводиться виконувати свої професійні обов'язки – водій імітує керування автомобілем, музикант “грає” на трубі, токарь “обробляє” на станку деталь і т.д. **Д. буркотливий (муситуючий)** – збудження в межах ліжка, “збирання” дрібних предметів, що начебто прилипли до тіла і одягу, тиха, незрозуміла мова при відсутності реакції на зовнішні подразники. Найчастіше делірійний синдром зустрічається при хронічному алкоголізмі (алкогольний делірій або біла гарячка).

**ДЕМЕНЦІЯ** (лат. - dementia) стійке порушення когнітивних функцій в результаті органічного ураження мозку. Частота деменції збільшується з віком: від 2% - у віці до 65 років, до 20% - у хворих 80 років і старше. Д. набуто недоумство, розпад колишнього інтелекту внаслідок психічних захворювань. Характеризується стійким зниженням пізнавальної діяльності людини, прогресивним перебігом, порушенням поведінки та збідненням морально-етичного ядра особистості. **Д. лакунарна** (парціальна, часткова) виявляється частковими дефектами інтелекту внаслідок зниження пам'яті. Людина стає малоздатною до операцій мислення. У цьому разі обмежуються асоціативні зв'язки, що призводить до недостатності кмітливості. При лакунарній деменції спостерігається емоційна нестійкість, зниження працездатності, але зберігаються до певної міри професійні навички. На початку розвитку лакунарної деменції особистість хворого та критичне ставлення до його власного психічного стану збережені. Лакунарна деменція буває при судинних захворюваннях, черепно-мозковій травмі, сифілітичному ураженні головного мозку та ін. **Д. тотальна** (глобальна, дифузна) виявляється зниженням усіх форм пізнавальної діяльності. Хворий поступово втрачає здатність користуватися операціями мислення, критично оцінювати свій стан, вчинки, а також навколишній світ. Відбувається загальне (глобальне) зниження розумової діяльності із розпадом ядра особистості. Глибоко порушується пам'ять на поточні та минулі події. Нерідко буває ейфорія. Хворий не здатний до цілеспрямованої діяльності, потребує догляду й нагляду. Тотальна деменція розвивається при старечому недоумстві, прогресивному паралічі, хворобах Альцгеймера, Піка та ін.

**ДЕМОНСТРАТИВНІСТЬ** – акцентуація характеру з підвищеною демонстративністю поведінки, жвавістю, рухливістю, легкістю у встановленні контактів. Д. тип схильний до фантазування, брехні та удавання, спрямованих на прикрашення своєї персони, до авантюризму, артистизму, позерства. Ним керує прагнення до лідерства, потреба у визнанні, жадання постійної уваги до своєї персони, жадоба влади, похвали, перспектива бути непоміченим обтяжує його. Демонструє високу пристосованість до людей, емоційну лабільність. Відзначається безмежним егоцентризмом, жадобою до захоплення, співчуття, шанування, здивування.

**ДЕОНТОЛОГІЯ** (гр. δέον – належне) – вчення про проблеми моралі і моральності, розділ етики. Термін введений Бенґамом для позначення теорії

моральності як науки про мораль. Згодом звузилася до характеристики проблем людського обов'язку, розглядаючи обов'язок як внутрішнє переживання примусу (моральна вимога), задається етичними цінностями. У ще більш вузькому сенсі деонтологія була позначена, як наука, що вивчає конкретно медичну етику, правила і норми взаємодії лікаря з колегами і пацієнтом. Головні питання медичної деонтології – це евтаназія, а також неминуха смерть пацієнта. Мета деонтології – збереження моральності й боротьба зі стресовими чинниками в медицині в цілому. Медична деонтологія включає:

1. Питання дотримання лікарської таємниці.
2. Заходи відповідальності за життя і здоров'я хворих.
3. Проблеми взаємин у медичному співтоваристві.
4. Проблеми взаємин з хворими та їхніми родичами.

Правила щодо інтимних зв'язків між лікарем і пацієнтом, розроблені Комітетом з етичних і правових питань при Американської медичної асоціації:

- Інтимні контакти між лікарем і пацієнтом, що виникають під час лікування, аморальні;
- Інтимний зв'язок з колишнім пацієнтом може у визначених ситуаціях визнаватися неетичною;
- Питання про інтимні стосунки між лікарем і пацієнтом слід включити в програму навчання всіх медичних працівників;
- Лікарі повинні неодмінно доповідати про порушення лікарської етики своїми колегами.

**ДЕПЕРСОНАЛІЗА́ЦІЯ** (лат. de, лат. persona - особистість) – це стан відчуження від самого себе, неадекватне сприймання людиною своєї особи, свого "я", порушення самосвідомості, втрата єдності особи. Д. (відчуженням від самого себе), що належить до розладів сфери сприйняття з порушенням свідомості (самосвідомості). Характерними для деперсоналізації є відчуття зміни Я, зміни та втрати почуттів, думок, спогадів, які сприймаються як "чужі", "пороблені", штучно нав'язані ззовні. В легких випадках деперсоналізація проявляється в усвідомленості себе як нежиттєздатного, приглушеного, вицвілого, такого, що втратив реальність. Причинами можуть бути психофізіологічні, соціальні захворювання. Практично завжди (за винятком деяких видів шизофренії), Д. є захисним механізмом психіки при виникненні сильного емоційного потрясіння, в тому числі і **дебюту** важких психічних захворювань. В екстрених для психіки ситуаціях, Д. дозволяє оцінити обстановку тверезо, без емоційного аналізу. У такому випадку, Д. є нормальною реакцією організму на гострий стрес.

Стан Д. може бути штучно викликаний застосуванням дисоціативних наркотичних засобів - блокаторів NMDA-рецепторів, таких як кетамін, декстрометорфан або фенциклідин, а також вживанням **марихуани**. У такому випадку, звичайно Д. проходить після дезінтоксикації організму, проте є вірогідність індукування повноцінного розладу, особливо в останньому випадку. В США питаннями лікування синдрому деперсоналізації-дереалізації займається інститут NODID (The National Organization for Drug-Induced Disorders).

**ДЕПРЕ́СІЯ** (**гіпотимія, депресивний афект**) – пригнічення настрою, що не відповідає ситуації. Стан, при якому хворий перебуває у пригніченому настрої,

смутку, супроводжується зниженням фізичної активності, загальмованістю мислення, з'являються думки про власну неспроможність, передчуття нещастя, дискомфорт з відчуттям тяжкості в грудній клітці, суїцидальні наміри та спроби. Сповільнення психічних процесів поєднується з ослабленням потягів, втратою апетиту, сну. Депресивний афект іноді супроводжується руховим збудженням (ажитована Д.), млявістю (адинамічна Д.), надмірним виснаженням (астенічна Д.), роздратуванням та гнівом (гнівлива Д.), відчуттям нестерпного болю від втрати почуттів (анестетична Д.). В останньому разі хворі надзвичайно тяжко реагують на свій стан, усвідомлюючи власну байдужість до всього. Нерідко вдаються до суїциду. Може спостерігатися втрата почуттів (**психічна анестезія** - anaesthesia psychica dolorosa).

Міміка скоботна, загальмована. Характерними є думки про нікчемність, неповноцінність, можуть виникати надцінні ідеї самозвинувачення або маячня гріховності з проявом суїцидальних думок і тенденцій. Депресивні переживання можуть супроводжуватися явищами больової психічної анестезії – болісної нечутливості, внутрішньої спустошеності, зникнення емоційного відгуку на навколишнє. Характерні виражені соматовегетативні розлади: порушення сну, апетиту, закрепи, тахікардія, хворі худнуть, виходять з ладу ендокринні функції. Д. в дорослих появляються в рамках реактивних психозів і неврозів, деяких інфекційних та судинних психозах.

Виділяють наступні види депресії.

**Депресивний ступор** – повна нерухомість, похмуре заціпеніння, яке може раптово припинитися станом **меланхолійного вибуху**(raptus melancholicus );

**Маячна Д.** – маячня займає центральне місце в структурі депресивного синдрому, при цьому маячні розлади набувають фантастичного величезного характеру.

**Тривожна Д.** – над афектом туги переважає тривога, характерні рухову розлади. Якщо в клінічній картині на перший план виступають соматовегетативні розлади, тоді як типово депресивні симптоми стираються або повністю перекриваються вегетативними, така Д. називається **лавірованою, маскованою, соматизованою або прихованою**. Такі стани особливо характерні для ендогенних депресій, зокрема для депресивної фази біполярного афективного розладу (маніакально-депресивного психозу), шизофренії, інволюційної меланхолії. Важливе діагностичне значення мають наступні симптоми Д.

- депресивний настрій може бути виражений багатьма способами: сумом, стражданням, нездатністю радіти, пригніченістю, відчуттям зневіри. Цей стан стає патологічним, коли він безперервний, всеохоплюючий, неадекватний до життєвих обставин індивіда;

- втрата або зниження інтересів чи почуття задоволення в умовах переважно приємної діяльності;

- втрата енергії: відчуття втомленості, слабості чи виснаження, а також відчуття втрати здатності встати чи йти, стає особливо важко чи навіть неможливо почати фізичну чи інтелектуальну справу;

- втрата віри у власні здібності і кваліфікацію, передчуття невдач у питаннях, які залежать від впевненості в собі, особливо в соціальних взаємовідносинах, відчуття приниженості і малоцінності відносно інших;

- необґрунтовані докори до себе і перебільшена заклопотаність якого вчинку в минулому. Індивід усвідомлює, що провина перебільшена і відчуття триває надто довго, але не може нічого змінити. Коли провина набуває маячних властивостей, індивід починає відчувати свою відповідальність за всі гріхи світу;

- суїцидальні думки чи поведінка: про серйозність намірів можна судити на основі обізнаності індивіда про летальність вибраного методу, спроби приховати суїцидальні наміри та вчинки, які свідчать, що спроба буде успішною, наприклад, передсмертна записка;

- різноманітні порушення характеру сну;

- ангедонія, поглиблення депресивного настрою зранку, часті періоди безпричинного ридання, погіршення виконання щоденних обов'язків, помітне зниження лібідо, аменорея.

**ДЕПРИВАЦІЯ** (англ. deprivation) – це психічний стан, коли суб'єкт не має змоги задовольняти деякі свої основні (життєві) психічні потреби достатньою мірою впродовж тривалого часу. Тобто йдеться про втрату чогось такого, що необхідно індивіду для задоволення певних важливих потреб. Це призводить до різних моральних і психологічних відхилень у поведінці та діяльності. **Депривація психічна** – це психічний стан, який виникає в результаті життєвих ситуацій, коли суб'єктові не надано можливості для задоволення деяких його основних (життєвих) психічних потреб упродовж тривалого часу. У психології існує кілька теорій психічної депривації. Під поняттям «психічна депривація» розуміють різні несприятливі впливи, які трапляються в життєвих ситуаціях. Вияви психічної депривації можуть охоплювати широкий діапазон змін особистості – від легких, що зовсім не виходять за межі нормальної емоційної картини, до дуже грубих уражень розвитку інтелекту й характеру. Психічна депривація може виявляти певну картину невропатичних ознак, а іноді – виражені соматичні особливості. Різні форми психічної депривації в житті трапляються одночасно. Ізольовано виявити їх можна лише експериментально.

Форми психічної депривації

• депривація стимульна (сенсорна): знижена кількість сенсорних стимулів або їхня обмежена мінливість;

• депривація значень (когнітивна): занадто мінлива хаотична структура зовнішнього світу без чіткого упорядкування і змісту, що не дає змоги розуміти, передбачати і регулювати інформацію, яка надходить ззовні (І. Лангмейер, З. Майсчек);

• депривація емоційного ставлення (емоційна): недостатня можливість для встановлення інтимного емоційного ставлення до якої-небудь особи, або розвинення подібного емоційного зв'язку, якщо такий вже було створено;

• депривація ідентичності (соціальна): обмежена можливість для засвоєння самотійної соціальної ролі.

**ДЕРЕАЛІЗАЦІЯ** або **АЛЛОПСИХІЧНА ДЕПЕРСОНАЛІЗАЦІЯ** – це викривлене сприймання навколишнього світу, відчуття його неприродності,

нереальності. Все оточення здається чужим, віддаленим, несправжнім, нечітким, застиглим, таким, що втратило кольори або стало неприродно яскравим. Відчуття часу та простору здається зміненим. Хворі сумніваються в реальності існуючого світу. До Д. належать явища "уже баченого" (Deja-vu), коли в незнайомій ситуації з'являється відчуття, що все це колись було. Пов'язані з Д. і такі явища: "ніколи не баченого" (Jamais-vu) - відчуження сприйняття; "раніше чутого" (Deja entendu) - вперше почуте здається знайомим; "вже пережитого" (Dejavescu); "ніколи не пережитого" (Jamais vescu). Дерезалізація супроводжується розгубленням, тривогою, страхом, хоча критична оцінка збережена і хворий усвідомлює, що в нього є це порушення, пробує звільнитися, перебороти його. Спотворюються величини чи форми предметів та простору – метаморфопсії. Всі предмети здаються хворому зменшеними (мікропсія), збільшеними (макропсія), видовженими, розширеними, скрученими (дисмегалопсія). Спотворене сприйняття величини предметів звичайно супроводжується сприйняттям зміни простору, що здається вкороченим, коли всі предмети наближені, або ж нескінченно видовженим (поропсія). Предмети, що оточують хворого, можуть у його уяві неприродно переміщуватися (психічна алестезія). Метаморфопсія часто супроводжується аутометаморфопсією – відчуттям спотворення форми та величини власного тіла. Виникає хворобливе відчуття збільшення чи зменшення розмірів та маси власного тіла, спотворення чи зміщення його окремих частин (порушення "схеми тіла"). Інколи розлади "схеми тіла" виникають у формі уявлень про подвоєння чи зникнення. З Д. пов'язують також відчуття присутності поруч небажаної сторонньої людини (уособлене усвідомлення); змінене сприйняття перебігу часу – то він зупиняється, то мчить надто швидко; втрату орієнтації щодо минулого й майбутнього (розлад усвідомлення часу); нездатність зв'язувати між собою окремі явища, адекватно сприймати те, що відбувається (розлад аперцепції).

**ДЕ ФЕРЖАЛЬ ЛАСТЕНІ СИНДРОМ** – спостерігається у психопатичних особистостей і проявляється в тенденції штучно викликати в себе кровотечі або перешкоджати їх зупинці. Названий за іменем героїні роману Барбе д'Оревії "Повість без заглавія".

**ДИЗГРАФІЯ** (гр. dis – приставка, що означає розлад, γραφειν – пишу) – нездатність оволодіти письмом та навчитись читати за нормального розвитку інтелекту. Найчастіше присутнє в людей, які страждають на **дизлексію**. Специфічні розлади письма, що проявляються в ускладненні співвіднесення звуків мовлення та їх графічного зображення, просторового розташування букв (дзеркальне письмо), розділення слів, написання букв. При цьому помилки в письмі не пов'язані зі знанням правил правопису. Основою Д. звичайно виступає неповноцінність фонематичного слуху й утруднення у вимові, які перешкоджають оволодінню фонематичним складом слова. Може бути скоректована при організації спеціальних вправ у читанні й письмі.

**ДИЗЛІКСІЯ** (гр. dis – розлад, гр. lexis – мова, слово) – труднощі у засвоєнні навички читання, які полягають у тому, що дитина не може правильно співвіднести літеру і звук і тому не може читати текст. Повна відсутність здібності до читання – алексія. Виражені форми цього порушення трапляються рідко, і діти, які страждають вираженими формами алексії, навчаються в спеціалізованих класах

школи для дітей з порушеннями мовлення. Однак за легкого ступеня Д. діти можуть і повинні навчатись.

**130. ДИСКАЛЬКУЛІЯ** (лат. dis - розлад calculia – обчислення) – специфічна ізольована нездатність до операцій лічби, за якої дітям важко співвідносити числове значення з цифровим позначенням. В її основі звичайно лежить недостатній загальноосвітній школі. У ранньому дитинстві така дитина плутає ліву і праву сторони, прийменники і прислівники напрому, не вміє малювати сонечко, людину, не грається "Конструктором".

**ДИСИМУЛЯЦІЯ** (лат. dissimulatio – приховування) – поведінка, протилежна **симуляції** і пов'язана з установкою на приховування, затушовування хвороби, її симптомів або окремих проявів. Навмисне приховування існуючих в дійсності ознак психічного захворювання. Може мотивуватися як усвідомленими цілями, наприклад, випискою з клініки, виходом на роботу тощо, так і неусвідомлюваними, у тому числі пов'язаними з компенсаторними формами особистісного реагування. Спостерігається здебільшого при захворюваннях, пов'язаних для людини з деякими об'єктивно чи суб'єктивно невідповідними ситуаціями. При повній Д. хворі навмисне приховують себе наявність розладів як на час обстеження, так і в минклому. При частковій Д. приховують лише окремі прояви психічної хвороби, а про інші можуть відверто розповідати. Частіше зустрічається при маячних психічних розладах. Хворі іноді дуже вправно приховують свої параноїдні переживання для того, щоб виписатися з психіатричної лікарні, здійснити власні наміри, продиктовані маячними ідеями. Вда.чись до Д. депресивні хворі, зокрема, намагаються здійснити свої приховані суїцидальні наміри.

Д. свідчить про факт часткової збереженості критичного ставлення у хворого до своїх психічних переживань, але разом з тим і про недостатнє врахування ним всіх особливостей реальної ситуації, недостатність можливостей прогнозування наслідків свого психічного стану і вчинків. До Д. вдаються з метою уникнення госпіталізації до психіатричного закладу або для виписки при застосуванні примусової госпіталізації.

**ДИСТИМІЧНИЙ ТИП** – акцентуація характеру, для якої властиве песимістичне ставлення до майбутнього, занижена самооцінка, низька контактність, небагатослів'я у розмові, навіть мовчання. Такі люди люблять сидіти дома, є індивідуалістами; галасливих компаній зазвичай уникають, ведуть замкнутий спосіб життя.

**ДИПСОМАНІЯ** (гр. dipsa - спрага, μανία - пристрасть, безумство) – напади запійного пияцтва, між якими є періоди ремісії. Клініку Д.(запою) описали Сальваторі (1817) і Бріль-Крамер (1819). Д. передують перевтома, розлади настрою, смуток, емоційна напруженість, роздратованість, різноманітні життєві негаразди. Хворим оволодівають неспокій, іноді страхи, порушується сон і виникає непереборний потяг до алкоголю. Хворобливий потяг до алкоголю буває настільки сальним, що хворі п'ють алкоголь в дуже великій кількості – від 0,8 до 1-3 л горілки в день. Якщо немає горілки, п'ють все, що містить алкоголь – пиво, вино, коньяк, лак, одеколон, духи, лікарські настоянки на спирту, денатурований спирт та інші сурогати алкоголю.



В перші 2-3 дні вони споживають дуже великі дози алкоголю, а з 4-5 дня вже не виносять таких доз і починають пити менше – 0,75-0,5-0,25 л горілки. Виглядають як важкі соматичні хворі. Під час запою вони нічого не їдять, апетит пропадає повністю. Оскільки відчувають сильну спрагу, випивають велику кількість води, тому обличчя в них гіперемоване, одутле, губи потріскані малиново-ціанотичного кольору, язик обкладений, з рота відчувається неприємний запах. Іноді, приймаючи великі дози алкоголю, хворі справляються під себе. Сон або дуже глибокий, доходить майже до стадії алкогольного наркозу, або поверховий, супроводжується страхітливими сновидіннями. Працездатність порушується, появляється фізична слабкість, астенія, хворі не виходять на роботу. В період запою вони стороняться людей, конфліктують або терпеливо витримують докори близьких. Періодичність запою, вегетативні розлади, зміни смакових реакцій, спрага, порушення сну свідчать про наявність патологічного вогнища в диенцефальній області. Існує гіпотеза, згідно з якою дипсоманія є тривалою диенцефальною кризою алкогольного генезу.

З припиненням вживання алкоголю покращується соматичний стан хворих, появляється апетит, нормалізується сон, пропадає потяг до алкоголю аж до відрази, викликаючи навіть блювотну реакцію, особливо в перший день після запою. Іноді спостерігається амнезія окремих етапів запою. Після запою хворі можуть давати урочисті обіцянки більше не пити і хорошою роботою, турботою про сімю намагається компенсувати свою провину. Але через деякий час, іноді через рік, частіше через кілька місяців, настає повторний запій.

**ДИСМОРФОФОбІЯ** (давньогр. δυσ- префікс з негативним значенням, морφή - вигляд, φόβος - страх) – психічний розлад, при якому людина надмірно переймається думками про виродливість власного тіла чи окремих його частин, як правило, безпідставно. Переважно починається в молодому чи підлітковому віці. Зустрічається з однаковою частотою серед чоловіків та жінок, порівняно з іншими розладами психіки, супроводжується високим ризиком самогубства. Хворі можуть жалітися на декілька «дефектів», особливості чи зовнішній вигляд, при цьому втрачають здатність працювати, нормально функціонувати в соціумі, обслуговувати себе. У випадках, коли ідеї набувають характеру маячні із втратою критики та відповідною поведінкою, ставлять діагноз маячні фізичного недоліку.

**ДИСОЦІАЦІЯ ОСОБИ** – в одній особі одночасно співіснує кілька «Я». Психічний процес, який належить до захисних механізмів психіки. В результаті дії цього механізму людина починає сприймати те, що відбувається з нею так, ніби воно відбувається не з нею особисто, а з кимсь іншим. Така «дисоційована» позиція захищає від надмірних, тяжких нестерпних емоцій. Термін Д. був запропонований у кінці ХІХ століття французьким психологом і лікарем П'єром Жане. В нормі Д. буває реакцією на психічну травму, на сильні негативні емоції в умовах, що вимагають емоційної зібраності і контролю над власними діями. Переходячи в стан сприйняття поточних подій власного життя, як би «зі сторони», людина має можливість тверезо оцінити їх і реагувати на загрозу з «холодним» розрахунком.

Цей механізм може застосовуватися деякими людьми для захисту не лише від дійсно складних і небезпечних ситуацій, що вимагають негайної тверезої оцінки, але і від простих щоденних, звичайнісіньких для інших людей ситуацій. Такі люди

здаються виключно «холодними» і «холоднокровними». Забезпечуючи здатність «тверезо» оцінювати будь-яку ситуацію, Д. блокує можливість адекватного сприйняття емоційної складової виниклої ситуації. Особливо схильні до Д. люди, які неодноразово перенесли (найчастіше в дитинстві) важкі психологічні травми: люди що піддавалися насильству, пережили катастрофу, тощо. Д. особистості мають вищий рівень егоцентризму, тому що нездатні враховувати позиції інших при реалізації власних потреб. Серед захисних механізмів переважає раціоналізація. Людина намагається логічно пояснити, що інакше вчинити неможливо. Такий феномен часто називають «подвійною мораллю». Часто у таких осіб діагностується низький рівень здатності до рефлексії і самоаналізу, а також ідентифікації.

**ДИСОЦІАЛЬНИЙ РОЗЛАД ОСОБИСТОСТІ** (соціопатія; застарілі назви – розлад особистості за типом емоційно тупих, антисоціальна психопатія, геб'їдна психопатія ) – розлад особистості, який характеризується ігноруванням соціальним норм, імпульсивністю, агресивністю та обмеженою здатністю до формування прихильності. Наявна груба невідповідність між поведінкою та існуючими соціальними нормами і характеризується безсердечною байдужістю до почуттів іншого, грубою і стійкою позицією безвідповідальності та зневаги соціальних правил та обов'язків, нездатність підтримувати взаємини за відсутності труднощів їх встановлення, крайньо низька здатність витримувати фрустрацію, а також низький поріг розрядки агресії, включаючи насильство, нездатність переживати почуття провини та отримувати життєвий досвід, особливо від покарання, виражена здатність звинувачувати інших. Для діагностики А.р. необхідна наявність трьох і більше наступних характеристик: нездатність відповідати соціальним нормам, поважати закон, що проявляється у систематичному їх порушенні та арештах; лицемірство, яке проявляється в частій брехні та обманах навколишніх в корисних цілях; імпульсивність, нездатність планувати дії; дратівливість та агресивність, яка проявляється в частих бійках чи інших фізичних сутичках; ризикованість без врахування безпеки для себе та навколишніх; послідовна безвідповідальність, яка проявляється у повторюваній нездатності витримувати визначений режим роботи чи виконувати фінансові обов'язки; відсутність жалю, що проявляється в раціоналізації або байдужому ставленні до нанесення шкоди іншим, поганій поведінки з іншими чи крадіжок в інших людей.

Ненсі Мак-Вільямс описує даний розлад особистості як такий, що базується на глибинній нездатності формувати прихильність до інших людей, починаючи від власних батьків і закінчуючи власними дітьми. На її думку, соціопат не бачить прихильностей між іншими людьми, а інтерпретує їх взаємини виключно як взаємну маніпуляцію, тому аналогічно будує свої стосунки з навколишніми і тільки заради задоволення власних бажань. Оскільки прихильностей у соціопата немає, і він не надіється, що хтось буде враховувати його власні потреби, потреби і бажання інших не складають для нього ніякої цінності і він діє, орієнтуючись тільки на власні. Єдиний довготривалий план, який він може вибудувати для власного безпечного існування в суспільстві – це змусити всіх його слухатися. В більшості випадків ними керує тільки власна користь і то лише короткочасна. Обмеження свободи та виконання бажань сприймають важко, стараються

перешкоджати цьому всіма доступними методами, в основному з допомогою погроз чи застосування фізичної сили. Протягом деякого часу можуть справляти вкрай позитивне враження, щоб в результаті цим скористатися. Не переживають ніяких докорів совісті, оскільки вона їм не властива. Такі люди цілком розуміють соціальні норми, але ігнорують їх. Вона не нездатні взаємодіяти з суспільством за його правилами, а не відчувають в цьому потреби і не контролюють власну імпульсивність. Син.: Антисоціальний розлад особистості; Соціопатія.

**ДИСТИМІЯ (невротична депресія, депресивний невроз)** – затяжна субдепресія, яка набуває хронічного характеру, але з симптомами, недостатніми для постановки діагнозу «депресія». Діагноз Д. може встановлений, якщо розлад триває не менше 2 років. Найчастіше починається в молодому віці, хоча може появлятися в середньому та інволюційному віці. Характерним є патологічно знижений, пригнічений настрій, який виникає безпричинно. Хворий бачить навколишнє ніби через темні окуляри, навколишнє сприймається понурим, безперспективним, безвихідно-песимістичним. Хворого ніщо не тішить, життя видається йому безмістовним. Характерними є постійна втома, ангедонія, відчуття внутрішнього дискомфорту, похмурі думки, поганий сон. При цьому в побуті, на роботі такі люди загалом адаптовані. Бувають періоди доброго самопочуття, що тривають кілька днів і навіть тижнів.

Найчастіше маніфестує у зрілому віці, але дебют його може бути і в молодих людей, навіть у препубертатний період. Іноді саме Д. є основною причиною суїцидальних думок, намірів, спроб. Розрізняють соматизовану Д. та характерологічну Д. при соматизованій Д. характерні скарги на погане самопочуття, серцебиття, задишку, закрепи, слізливість, поганий сон з частим пробудженням. Знижений настрій слабо виражений з переважанням тривоги. Часто соматичні відчуття перекриваються розладами настрою. При цьому пригніченість, тужливість набуває фізикального відтінку (печія в галузі гортані чи кишківника, «льодяний холод під ложечкою»). Д. характерологічна найчастіше психогенно зумовлена. На перший план виступають психопатичні прояви (демонстративність, маніпулятивна поведінка, спалахи агресії). Вся відповідальність за несприятливі життєві обставини, які передували появі депресії і які складають зміст психогенного комплексу, покладається на навколишніх. В клінічній картині переважають явища дисфорії (роздратованості). Явно перебільшені скарги на пригніченість підсилюються навмисне скорботною мімікою, стогонами, риданнями і поєднуються з підвищеною вимогливістю до навколишніх. Депресивні симптомокомплекси стають «звичними» і суб'єктивно сприймаються як набуті риси характеру. Формується особливий похмурий світогляд. На передній план виступають «комплекс невдахи», який утворюється внаслідок невміння протистояти гнітючим обставинам.

**ДИСФАГІЯ** (древньогр. φαγεῖν – їсти, ковтати) – розлад акту ковтання. Проявляється утрудненням або неможливістю ковтання, болем у момент ковтання, потраплянням їжі або рідини в ніс, гортань, трахею.

**ДИСФОРІЯ** (гр. δυσφορέω - страждати, мучитись) – форма немотивованого хворобливо злобного настрою, що характеризується дратливістю, активним незадоволенням навколишніми або собою і вираженою екстрапунітивною

поведінкою. Характерна висока дратівливість і афект злості, які спричинюють раптові безпричинні спалахи руйнівних реакцій та агресії до навколишніх. Хворий пригнічений, злостивий, похмурий, надто чутливий до зовнішніх подразників, напружений, гнівливий. почуттям неприязні до оточуючих. На відміну від гіпотимії, для Д. не характерна інтелектуальна та рухова загальмованість, при цьому часті афективні спалахи, легкість у проявах агресії. Д. може входити у структуру **депресивного синдрому** (дисфорійна депресія). Часто спостерігається при наркоманії, входячи до структури абстинентного синдрому та інших психічних захворюваннях.

При епілепсії Д. може передувати нападу, завершувати його чи виступати як **епілептичний еквівалент**. Характеризується раптовою появою гнівно-злісного чи злісно-тужного настрою, часто з агресією і люттю щодо оточуючих. У такі періоди хворі причепливі, конфліктні з найменшого приводу, не знаходять собі місця, виявляють схильність до завдання собі ушкодження (припікають шкіру цигаркою, дряпають, кусають руки або здійснюють руйнівні дії). Вони скаржаться на нездоланне бажання вчинити агресивні дії, відчувають неприємні відчуття у внутрішніх органах. Якщо переважають депресивні компоненти, у хворих виникають утруднення при інтелектуальній діяльності, неможливість зосередитись, неуважність. Д. з підвищеним настроєм трапляються вкрай рідко, при цьому завжди виявляється гнівливий афект, вони протікають за типом "гнівливої манії". На висоті розвитку Д. свідомість іноді порушується як у разі **оглушення**.

**ДРОМОМАНІЯ** (гр. δρόμος – втеча, гр. μανία манія), **поріоманія** (гр. πόρος шлях), **вагабондаж** (фр. vagabondage – бродяжництво) – імпульсивний потяг по зміни місць. Нестримний потяг до втечі з дому, поневірянь, зміни місць, спостерігається при психопатіях, obsесивно-компульсивних розладах. У формуванні Д. виділяють реактивний етап – першу втечу з дому у зв'язку з психічною травмою, потім втечі стають звичними, фіксованими. На будь-яку незначну несприятливу ситуацію виникає звична реакція – втеча з дому. Наступні втікання з дому стають немотивованими, несподіваними, набувають характеру імпульсивності. Д. властива для дитячого та підліткового віку, є нормальним проявом психічного розвитку, але відомі випадки, коли, появившись в дитинстві, Д. зберігається в і дорослих чоловіків та жінок, при чому жінку не зупиняє навіть наявність маленьких дітей та їх здоров'я під час бродяжництва.

**140. ДУГА ІСТЕРИЧНА** – поза хворого під час істеричного нападу. Приступ загальних тонічних судорог, при яких тіло хворого вигинається дугою з опорою на потилицю й п'яти; спостерігається в другій фазі істеричного припадку.

**-Е-**

**ЕЙДЕТИЗМ** (гр. eidos – вигляд, образ ) – здатність запам'ятовувати та відтворювати образ у всіх деталях після припинення його сприймання Е. образи відрізняються від звичайних тим, що людина ніби продовжує сприймати предмет за його відсутності.

**ЕЙФОРІЯ** (древньогр. εὐφορία – плодовитість; εὖ - добре, φορέω - несу, буквально – те, що добре несеться) – позитивно забарвлений афект чи емоція.

Відчувається як раптове відчуття щастя, захвату. Стан піднесеного настрою, що не відповідає ситуації, стан безпричинного щастя з відтінком безтурботності, пасивності, блаженства в поєднанні з підвищеним самопочуттям та браком активності. Під час Е. спостерігається мимічне і пантомімічне пожвавлення, психомоторне збудження. Е. найчастіше спостерігається в стані алкогольного та наркотичного сп'яніння, під впливом хронічних інтоксикацій, при органічних психозах. На відміну від манії, для неї не притаманні прискорення мислення та підвищена рухливість. В патологічних випадках цей стан може містити манію величі, маніакальні рівні активності. Незважаючи на різноманітні зміни психіки, які виникають при сп'янінні від різних наркотичних засобів, ейфорія є тим сильнішою, чим більше проявляються такі ознаки, як некерованість психічної діяльності, дисоціація психічної діяльності, глибинність відчуттів.

**ЕКВІВАЛЕНТ ЕПІЛЕПТИЧНИЙ** – епізодичні порушення психічної діяльності при епілепсії. Це нетривалі психічні розлади, що виникають замість судомного нападу зненацька, без провісників і так само зненацька закінчуються, хоча можуть тривати й довго. До типових епілептичних еквівалентів (пароксизмів) належать **дисфорія** (афективний пароксизм) і **сутінк'бвий розлад свідомості**.

**ЕКЗАЛЬТАЦІЯ** (лат. exaltatio – підйом, натхнення) – збудження, надмірна радість, захоплення. Підвищений настрій з відтінком захвату. Посилене подразнення психічної сфери, проявляється то у вигляді мрійливого настрою, то безмежного натхнення. У психічно хворих – в формі надзвичайно сильного, хворобливого збудження, на передній план якого виступають швидко протікання ідей та поширення подразливості на рухові центри мозку.

**ЕКЗАЛЬТОВАНИЙ ТИП** – акцентуація характеру. Яскрава риса цього типу – здатність захоплюватися, а також усмішливість, відчуття щастя, радості, насолоди. Їм властива висока контактність, балакучість, здатність закохуватися. Вони прив'язані до друзів і близьких, альтруїстичні, мають відчуття співчуття, добрий смак, проявляють яскравість і щирість почуттів. Можуть бути панікерами, схильні до миттєвим настроїв, поривчасті, легко переходять від стану захвату до стану печалі, мають лабільну психіку.

**ЕКЗОГЕННО-ОРГАНІЧНИЙ ПАТОПСИХОЛОГІЧНИЙ СИНДРОМ** характеризується такими симптомами: загальне зниження інтелекту, розпад раніше набутих відомостей і знань, розлади довготривалої і оперативної пам'яті, нестійкість уваги і виснажуваність розумової працездатності, порушення операційної сторона мислення з вираженою тенденцією до утворення ситуативних зв'язків, зміни емоційної сфери з афективною лабільністю і слабодухістю, суб'єктивна втомлюваність і коливання якості відповідей по мірі збільшення інтелектуального навантаження, зниження критики і самоконтролю. Цей синдром відображає психічні розлади з відомою етіологією, яка полягає в мозкових захворюваннях судинного, інфекційного, травматичного, інтоксикаційного або іншого походження.

**ЕКСТІБІЦІОНІЗМ** (франц. виставляння) – форма сексуальних відхилень, коли досягнення статевого збудження і насолоди реалізується шляхом демонстрації статевих органів особам протилежної статі поза ситуаціями статевих контактів. Нерідко це відхилення своєрідним еквівалентом фактичної неможливості статевого

акту у зв'язку з імпотенцією, особливо у людей похилого віку. Е., як статеве відхилення, притаманний переважно чоловікам. В основі даного пошуку статевої задоволеності знаходиться жага до ефекту раптовості із переляком жінки, навіть дітей. Найчастіше публічна демонстрація статевого органу супроводжується онанізмом. Ексібіціоністи з садистськими нахилами одержують статеву насолоду залежно від силового ступеня нав'язуваного ефекту, який був викликаний їх цинічними діями; з мазохістськими нахилами – від штучного створення умов для високого рівня сорому і приниження за свої дії з відповідним почуттям страждань. Різновидами Е. є: кандаулезізм (від імені лідійського царя Кандаулеса, який показував стороннім свою сплячу голу дружину), еротографоманія (хвороблива жага до складання любовно-еротичних послань), ексгібіціонізм словесний. Безглуздість такої статевої активності перед особами протилежної статі, іноді навіть шляхом їх переслідування, свідчить про значні розлади у психіці. Існує декілька різних категорій Е., коли у девіантів активно порушуються інтелектуальні та етичні критерії свідомості, проявляється жага до виключення статевої активності потенційних партнерів, спостерігається імпотенція. Загалом для Е. характерна свідомо мотивована діяльність. При значній алкоголізації (наркотизації) у ексгібіціоністів, звичайно, знижується межа морального опору своїм діям, загострюється фактор підсвідомої імпульсивності. Рання профілактика Е. починається зі статевого виховання дітей, з психологічної корекції та психотерапевтичного лікування дорослих, перш за все батьків. В основі такої профілактики знаходяться заходи щодо нейтралізації психофізіологічного механізму імпринтингу. У психологічному плані виражений Е. – хвороблива аморальність, в кримінологічному – цинічна форма хуліганської поведінки. Ексгібіціонізм свого роду є протилежним вуаеризмові.

**ЕКСПАНСИВНІСТЬ** (лат. expansio - поширення) – психічний стан людини, проявляється нестриманістю емоцій. Психологічною основою Е. є переоцінка свого "Я" і надмірний, нерідко неконтрольований інтелектом і волею, вияв власних почуттів. Експансивні люди часто втрачають здоровий глузд, вдаються до нереалістичних, авантюричних дій. Вони важкі у спілкуванні, схильні до конфліктів, від яких найчастіше самі страждають. Переборення окремих виявів Е. слід здійснювати шляхом самоконтролю, підсилення власних вольових дій.

**ЕКСПЕРИМЕНТ АСОЦІАТИВНИЙ** – психологічна методика, що ґрунтується на вивченні мимовільних асоціацій. Обстежуваному надають слово-стимул, і йому потрібно назвати перші, які спали на думку, асоціації. Застосовують вільний асоціативний експеримент (обстежуваний не обмежений у виборі можливих асоціацій) і спрямований асоціативний експеримент (асоціативний потік обстежуваного обмежується рамками певного граматичного класу). Для семантичного аналізу важливим є виявлення міри семантичної близькості між словами, щоб представити семантичну структуру слова чи категорії. Головна перевага асоціативного експерименту – простота і зручність застосування. Недолік – його чутливість до фонологічної та синтаксичної подібності. Наприклад, як у нормі, так і при патології, трапляються реакції-рими, реакції подібного літерного складу, а також мовні штампи та кліше.

**ЕКСПЕРИМЕНТ ПРИРОДНИЙ** – метод наукового психологічного дослідження, при якому обстежуваний перебуває в природних умовах і не знає про те, що він є об'єктом дослідження.

**150. ЕКСПЕРИМЕНТ НАВЧАЛЬНИЙ** – один з найбільш складних і продуктивних методів експерименту, є основою для побудови найбільш ефективних методів роботи, спрямованих на компенсацію дефектів у аномальних дітей.

**ЕКСПЕРИМЕНТ ПСИХОЛОГІЧНИЙ** – один з основних методів вивчення психічних явищ, який полягає в активній взаємодії дослідника на певні сторони психічної діяльності людини шляхом вимірювання умов цієї діяльності. Виділяють експеримент лабораторний та природний.

**ЕКСПЕРИМЕНТ ПАТОПСИХОЛОГІЧНИЙ** – це тип психологічного експерименту, що полягає в штучному створенні умов, для виявлення патологічних особливостей психічної діяльності людини. Зейгарник Б.В. прирівнює патопсихологічний експеримент до функціональних проб, які широко використовуються в соматичній медицині, і за допомогою яких лікарі зазвичай визначають стан функцій окремих органів і систем. Основна відмінність від експериментально-психологічного дослідження психічно здорових осіб полягає в техніці проведення експерименту, його тривалості, необхідності врахування відношення обстежуваного до ситуації експерименту. У ряді випадків, враховуючи особливості поведінки хворого, експериментатор може істотно змінювати свою тактику, вводити додаткові методики і т. п.

С. Я. Рубінштейн вбачає три способи видозміни умов, що впливають на психічний стан обстежуваного і послаблюють або посилюють властиві хворому психологічні зміни: 1) зміна ситуації, в якій на момент дослідження опиняється пацієнт, 2) варіювання діяльності пацієнта, 3) зміна стану психічних процесів у хворого внаслідок введення певних фармакологічних препаратів. Патопсихолог повинен враховувати ставлення обстежуваного до ситуації дослідження при плануванні та проведенні його з урахуванням визначеної мети досвіду, експериментальних завдань і постійно зіставляти з ними одержувані при роботі результати. В залежності від мети дослідження, мотиви, якими керуються психолог і пацієнт, далеко не завжди збігаються, особливо у випадку психологічної експертизи.

В залежності від цілей дослідження підхід до проведення експерименту може змінюватися, і відповідно звужуватиметься або розширюватися коло питань, що підлягають вирішенню. Дослідження структури і ступеня порушень має охоплювати як сторони психічної діяльності, які зазнали очевидних змін, так і збережених сторін психіки в структурі цілісної особистості в конкретній життєвій ситуації.

**ЕКСПЛОЗІВНІСТЬ** – підвищена збудливість, вибуховість.

**ЕКСТАЗ** (гр.έκστασις - захоплення) – п позитивно забарвлений афект, найвищий ступінь захоплення, натхнення.

**ЕКСТАЗИ** (англ. ecstasy – метилдіоксиметамфетамін, **MDMA** (3,4-метилендіоксі-N-метамфетамін) – непівсинтетичне психоактивне поєднання амфетамінового ряду, яке відноситься до групи фенілетиламінів. Має унікальну

психоактивну характеристику внаслідок здатності викликати відчуття ейфорії, довіри до навколишніх, знижувати почуття страху та неспокою. Порівняно недавно з'явився на Заході. Діє кілька годин. Характерні ознаки сп'яніння: нежить, сухість слизових оболонок, втрата апетиту, тахікардія, підвищення артеріального тиску. За систематичного приймання цього препарату порушується сон. Хворі стають тривожними, дратівливими. Уражуються печінка, серце, знижується імунітет, організм виснажується. Зафіксовано випадки судомних станів та смерті внаслідок виснаження й дегідратації.

**ЕМБРІОНАЛЬНА ПОЗА** – поза, що нагадує позу ембріона. Симптом кататонічного ступору.

**ЕМОТИВНИЙ ТИП** – акцентуація характеру. Тип схожий до **екзальтованого**, але прояви його не такі бурхливі. Для них характерні емоційність, чутливість, тривожність, балакучість, боязкість, глибокі реакції в області тонких почуттів. Найбільш сильно виражена їх риса – гуманність, співпереживання іншим людям чи тваринам, чуйність, м'якосердність, вони радіють чужим успіхам. Вразливі, сльозливі, будь-які життєві події сприймають серйозніше, ніж інші люди.

**ЕМОЦІЙНЕ СПЛÓЩЕННЯ, ЕМОЦІЙНА ТУПІСТЬ** – необоротна наростаюча недостатність яскравості емоційних проявів, втрату переживань, душевну холодність, байдужість, спустошення в емоційній сфері. Це поступове збіднення тонких емоційних реакцій, естетичних, моральних, етичних, інтелектуальних почуттів. Хворий втрачає здатність до співчуття, делікатності, проявляє грубу безцеремонність, емоційну холодність, байдужість до долі близьких людей. Таке емоційне порушення типове для шизофренії.

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

**ЕМОЦІЙНА НЕАДЕКВАТНІСТЬ (Паратимія)** – невідповідність характеру емоцій і причини, яка їх зумовлює. Прикладом емоційної неадекватності може бути веселий настрій хворого при звістці про смерть близької людини. Той же хворий висловив бурхливий гнів, коли йому поміняли старі тапочки на нові. Паратимія також характерна для шизофренії.

**160. ЕНКОПРЕЗ** – нетримання калу. Буває у дітей з вродженим дефектом іннервації тазових органів, а також у дебілів. Виділяють чотири основні групи функціонального нетримання калу: внаслідок психічного стресу (переляку, страху), під впливом постійних гнітючих вражень; внаслідок систематичного пригнічення позивів на дефекацію; перенесені в ранньому дитинстві гострі шлунково-кишкові захворювання (дизентерія, ентероколіт, диспесія); асфіксія та родова травма, зокрема, переносування вагітності, пізній токсикоз, несумісність крові матері і плоду, застосування підчас пологів щипців. Вказані фактори сприяють розвитку асфіксії плоду та внутрішньочерепно́ї травми з крововиливом в головний мозок, після чого в дітей спостерігаються соматичні відхилення, в тому числі Е.



**ЕНУРÉЗ** – нетримання сечі під час сну, здебільшого у дітей. Захворювання було описано ще Авіценною в книзі «Канон лікарської науки». Е. буває первинним і вторинним. Первинне нетримання сечі, зумовлене анатомічно вродженими чи набутими дефектами сфінктерів сечового міхура. При вторинному нетриманні наявні недостатність сфінктерів, повільне формування умовного рефлексу регуляції сечовиділення, втрата рефлексу внаслідок впливу несприятливих факторів зморщування сечового міхура. В дітей нетримання сечі зумовлене вадами розвитку сечостатевої системи. Нічне нетримання сечі, яким хворіють переважно хлопчики, виділяють в окреме захворювання «Е. нічний»

**ЕПЛÉПСЯ** (гр. epilepsy – схоплюю) – поліетіологічне монопатогенетичне прогресивне нервово-психічне захворювання. Характеризується судомними й безсудомними психічними нападами (пароксизмами), що повторюються, а також специфічними хронічними стійкими порушеннями психіки (змінами особистості). В основі генезу епілепсії лежать два чинники - схильність (конституційна або набута) і несприятливі екзогенні впливи, що призводять до органічного ураження головного мозку. Саме повторні напади є її основою епілепсії. Напад виникає на фоні повного здоров'я або під час різкого загострення хронічного процесу й виявляється скороминучими моторними і сенсорними або психічними ознаками. Напади епілепсії характеризуються раптовістю виникнення і припинення, короткочасністю, стереотипністю, повторюваністю.

Судомні напади поділяються на великі, малі та абортівні. Класичним і найтипівішим проявом цього захворювання є великий епілептичний напад, який виникає без провісників і знеацька для хворого. Тому в осіб, які страждають на епілепсією, іноді можна побачити сліди від укусів язика і губ, невдалих падінь. Перша фаза нападу – аура (провісник судомного нападу) спостерігається приблизно у половині випадків; цей стан не забувається хворими, і вони можуть про нього розповісти. Найчастіше спостерігаються такі варіанти аур: гострий страх, зорові яскраві образи, тактильні й смакові відчуття, голосні звуки, посилення серцебиття, ядуха, болючі відчуття у грудях і животі, рясний піт, несподіваний біг, обертання навколо осі тіла, тупцювання на одному місці, гостра депресія чи відчуття неймовірного щастя, слухові уривчасті галюцинації, відчуття інсценізації. У стані аури свідомість порушена, тому хворі не можуть запобігти розвитку другої фази епілептичного нападу. Друга фаза – тонічна: хворий падає, м'язи тіла різко скорочуються і стають напруженими, голова закинута. Від різкого скорочення м'язів грудної клітки хворий видає різкий звук, можливе мимовільне сечовипускання і дефекація. Свідомість хворого глибоко потьмарена – зіниці не реагують на світло, зникає больова і тактильна чутливість. Третя фаза – клонічна, коли безладне скорочення м'язів тіла призводить до того, що хворий тіпається в судомах, на губах з'являється піна, іноді червоного кольору через прикушування язика і щік, обличчя починає кривитися внаслідок скорочення м'язів. Через кілька хвилин судомний напад переходить у четверту фазу. Хворий затихає, у нього відновлюються ритмічний подих і серцебиття. Однак свідомість залишається глибоко потьмареною, можливий термінальний сон або стан психомоторного збудження з безцільною агресією, шарпанням, прагненням підвестись і піти. Загальна тривалість судомного нападу, включаючи ауру, може становити до п'яти

хвилин. Після судомного нападу протягом доби, а іноді й більше часу хворі відчувають слабкість, розбитість, пригніченість. Власне судомний напад хворий забуває. Якщо під час нападу випадає одна з фаз, напад вважається абортивним. Малий припадок виникає так само зненацька, як і великий, триває одну-дві хвилини, однак з такими самими фазами. Хворий не встигає впасти, свідомість тьмариться, вимова переривається, з'являються судомні посмикування окремих м'язів, обличчя блідне, погляд застигає, спрямовується в одну точку або стає блукаючим. Через короткий час хворий повертається до перерваної розмови чи заняття. Ще короткий напад називається **абсансом**, при цьому свідомість відключається на кілька секунд, судом не спостерігається.

Крім судомних нападів та їх **еквівалентів** епілепсія завжди протікає зі змінами особистості, що спостерігаються на ранніх етапах захворювання і є важливим діагностичним критерієм. Діапазон особистісних змін великий і коливається від неявно виражених до глибоких з поступовим формуванням специфічного епілептичного слабоумства. При цьому з'являються загальмованість процесів мислення, схильність до застрягання на малоістотних деталях, утруднення при виділенні основних і другорядних деталей і обставин. Через це хворий розповідає про різні події довго, він стає багатослівним, захоплюється деталями і ніяк не може розповісти головного. Це утруднює його спілкування з оточуючими і засвоєння нового матеріалу, погіршує відтворення колишнього досвіду. У змінах особистості значне місце займають афективні розлади, коли хворі стають злопам'ятними, уразливими, мстливими, надмірно ошадливими. У них можуть з'явитися перебільшена педантичність, пунктуальність, прагнення підтримувати чіткий порядок у своїх речах, одязі, домашніх справах. Коливанням настрою властива полярність від гнівно-злісного до удаваного улесливо-доброзичливого. Хворі на епілепсію повільні у рухах, скупі на мімічні реакції, одноманітні у поведінці, підкреслено релігійні.

Перебіг епілепсії завжди хронічний, однак можливе зупинення (стабілізація) процесу під впливом терапевтичних заходів. Лікування хворих спрямоване на призупинення судомних нападів та їх еквівалентів і будується за графіком застосування препаратів залежно від виду епілептичних нападів та їх частоти. Зовнішні чинники – вживання алкоголю, стреси, соматичні та інфекційні захворювання, інтоксикації – сприяють загостренню епілепсії. При довготривалому перебігу хвороби формується своєрідне епілептичне слабоумство.

**ЕРОТІЗМ** (давньогр. ἐρωτικός – закоханий, пристрасний) син.: афродізія – підвищений статевий потяг.

**ЕХОЛАЛІЯ** (гр. ἠχώ – ехо і λαλέω – розмовляю) – неконтрольоване автоматичне повторення слів співрозмовника. Може бути зумовлене органічними захворюваннями мозку, іноді зустрічається на ранніх стадіях нормального розвитку мови у дітей.

**ЕХОПРАКСІЯ, ехокінезія** (древньогр. ἠχώ – ехо, повторення і πράξις – функція, дія) – мимовільне повторення чи імітація людиною рухів навколишніх. Проявляється при ураженні конвексальної префронтальної кори спереду премоторних відділів. Хоча дане явище відносять до тикових розладів, його можна спостерігати у людей з **аутизмом, синдромом Туретта, синдромом Ганзера,**

**шизофренією**, деякими формами клінічної депресії та іншими неврологічними розладами.

**-3-**

**ЗАЛÉЖНІСТЬ ПСИХІЧНА** – постійне або періодичне бажання вживати психоактивну речовину. На поведінковому рівні проявляється у неможливості контролювати її вживання.

**ЗАЛÉЖНІСТЬ ФІЗІЧНА** – залежність від будь-якого хімічного агента (наркотику, алкоголю, тютюну), зумовлена тим, що він включається в обмін речовин в організмі людини.

**ЗАСТЯГÁЮЧИЙ ТИП** – акцентуація характеру, якій властива помірна товариськість, занудство, схильність до моралей, небалакучість. Часто страждає від уявної несправедливості по відношенню до нього. У зв'язку з цим виявляє настороженість і недовірливість по відношенню до людей, чутливий до образ, вразливий, підозрілий, відрізняється мстивістю, довго переживає те, що сталося, не здатний легко відходити від образ. Характерна зарозумілість, часто виступає ініціатором конфліктів. Основною рисою є схильність до афектів (правдолюбство, образливість, ревності, підозрлість), інертність в прояві афектів, в мисленні, в моториці.

**ЗАТРИМКА ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ (ЗПР)** – межовий стан між нормою і дебільністю, який характеризується сповільненням темпу розвитку психіки дитини і проявляється в недостатності загального запасу знань, незрілістю мислення, переважанням ігрових інтересів, швидким пересиченням в інтелектуальній діяльності.

Виділяють типи ЗПР.

**а) гармонійний психофізичний інфантилізм** конституційного походження часто зустрічається в інших членів сім'ї. При цьому типі З П Р дитина відстає від ровесників також і у фізичному розвитку (рості, вазі). Затримка в основному проявляється недостатністю довільної регуляції діяльності, мислення, уваги (емоційно-вольової сфери особистості);

**б) органічний інфантилізм** виникає на основі перенесених у ранньому дитинстві органічних уражень головного мозку (травм, інфекцій). У таких дітей, крім незрілості емоційно-вольової сфери, спостерігаються характерні риси органічного ураження ЦНС: інертність психічних процесів, незграбність моторики. В одних дітей з органічним інфантилізмом переважає підвищений фон настрою з руховою розгальмованістю, непосидючістю, недисциплінованістю. В інших дітей із переважанням загальмованості і тривожності виникає шкільна тривожність: вони тяжко переживають свої невдачі в навчанні, на "уроках дисципліновані, але бояться відповідати перед класом біля дошки. У підлітковому віці при цьому типі ЗПР можлива поява розладів соціальної адаптації, втечі з дому і школи.

**в) ЗПР церебрально-органічна** більшою мірою стосується пізнавальної сфери, а не емоційно-вольової. При патопсихологічному дослідженні спостерігається рухова розгальмованість, недостатнє розуміння інструкцій, виражена виснажуваність психічних процесів, недостатні об'єм і концентрація

уваги, слаборозвинена пам'ять, особливо запам'ятовування вербального матеріалу, сповільнений темп сенсомоторики, порушена точна координація рухів. Спостерігається бідність словникового запасу, дефекту мови й емоційні порушення (прояви грубості, імпульсивності, розгальмованості). При цьому типі можливі також симптоми вогнищевого ураження ЦНС: агнозії - розлади сприйняття, труднощі просторового сприймання.

г) **ЗПР соматогенна** може виникнути у дітей дошкільного віку при важких соматичних захворюваннях (пневмонії, хірургічні втручання), які повторюються часто, коли дитина не може засвоїти необхідних умінь і навичок дошкільного віку. При патопсихологічному обстеженні виявляється, що пам'ять та інтелектуальні здібності незначно порушені, а на перший план виступає виснаженість, порушення концентрації уваги, емоційна лабільність (при невдачах плачуть, не можуть виконувати завдання, розвивається шкільна тривожність, самооцінка занижена).

При тривалому перебуванні дитини без матері в лікарні чи в "Домах дитини" в несприятливих умовах розвивається явище **госпіталізму**: дитина відчуває страх, самотність, а активні реакції протесту через деякий час змінюються пасивним, апатичним станом. У результаті сторонньої депривації у дітей виникає необхідність у самостимуляції: стереотипні розгойдування, смокчуть палець чи ковдру, можлива поява мастурбації.

д) **педагогічна і мікросоціальна занедбаність** – розвивається у дітей із здоровою нервовою системою і нормальними передумовами інтелектуального розвитку, які виховуються в несприятливих умовах (у сім'ях психічно хворих і розумово відсталих, в умовах гіпоопіки і бездоглядності, в сім'ях алкоголіків чи наркоманів).

**170. ЗБУЇДЖЕННЯ КАТАТОНІЧНЕ** – відсутність цілеспрямованості рухів, їх некоординованість і дисгармонійність. Виділяють форми: **К.з. патетичне** характеризується поступовим розвитком, помірним руховим та мовним збудженням. В мові багато пафосу, може бути ехололія. Настрій підвищений, але має характер не гіпертимії, а екзальтації, періодично буває безпричинний сміх. При збільшенні симптоматики проявляються риси гебефренії – гебефренічно-кататонічне збудження. Можливі імпульсивні рухи. Розлади свідомості не виникають. **К.з імпульсивне** розвивається гостро, дії рішучі, часто жорстокі і руйнівні, носять суспільно небезпечний характер. Мова складається з окремих фраз чи слів, характерні ехололія, **ехопраксія**, персеверації. При крайній вираженості даного виду К.з. рухи хаотичні, можуть набувати хореїчного характеру, хворі схильні до самоушкоджень. **К.з. безмовне** – хаотичне, нецілеспрямоване, беззмістовне збудження з агресією, лютим опором, нанесенням собі та навколишнім важких ушкоджень.

**ЗБУДЛИВИЙ ТИП** – акцентуація характеру. Недостатня керованість, ослаблення контролю над потягами і спонуканнями поєднуються у людей такого типу з владою фізіологічних потягів. Йому характерна підвищена імпульсивність, інстинктивність, грубість, занудство, похмурість, гнівливість, схильність до хамства і сварок, до тертя і конфліктів, в яких сам виступає активною, провокуючою стороною. Дратівливий, запальний.

**ЗЛОВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЕМ (ПИЯЦТВО)** – надмірне вживання алкоголю, що супроводжується порушенням соціальних норм. Має переважно немедичний характер, хоча деякі дослідники розглядають пияцтво як донозологічну стадію алкоголізму. Від алкогольної хвороби відрізняється тим, що при ньому немає залежності.

**ЗООФІЛІЯ (СОДОМІЯ, СКОТОЛÓЗТВО, ЗООЕРА́СТІЯ)** – парафілія, статевий потяг до тварин, одержання сексуального задоволення в контактах з ними. Зустрічається переважно в чоловіків, частіше в періоді статевого дозрівання молодих людей, що виховуються в тісному контакті з тваринами. Для сексуального задоволення, як правило, використовуються домашні тварини (кози, вівці, ослиці, кобили, корови). Помітно рідше зоофілія трапляється в жінок, тут зазвичай використовуються собаки, коти та деякі домашні гризуни. В цілому ж розмаїття варіантів подібних контактів безмежне. З. в більшості випадків тимчасове, а не постійне збочення і як таке може розглядатися як псевдоперверзія. Зазвичай з появою можливості нормальних статевих стосунків З. припиняється. З. може супроводжуватися садистськими діями.

**ЗООФÓБИЯ** (древньогр. ζῷον – тварина, φόβος - страх) – відчуття страху, який виникає під час зустрічі з тваринами.

#### **-І-**

**ІДЮТІЯ** (гр. ideoteia – невігластво) – найтяжчий ступінь природженого недоумства, що характеризується нездатністю до пізнавальної діяльності. У таких осіб різко обмежене сприйняття, вони не можуть мислити і говорити. Промовляють лише окремі звуки. Не розуміють інших людей, не впізнають навіть близьких родичів, не розрізняють істинне і неістинне. Вираз обличчя тупий. Пізно починають ходити, інколи пересуваються поповзом. Не набувають навичок щодо самообслуговування, неохайні. Інколи спостерігаються афекти гніву (кусаються, плюються). Нерідко у них виявляють природжені фізичні вади. Інтелектуальний коефіцієнт - до 20. І поділяють на абсолютну, типову та легку. При абсолютній І. поряд з вегетативним способом життя наявний інстинкт самозбереження. При типовій І. наявні відчуття та фізичні почуття, але вони не перетворюються у сприймання, емоційні реакції визначаються інстинктами, мова обмежується криком або нечленороздільними звуками. При легких формах І. (перехідні стани від ідіотії до імбецильності) хворі промовляють окремі слова і навіть короткі фрази.

Реакція на навколишні події або відсутня, або різко підвищена, коли хворий реагує на всі подразники з навколишнього світу, при чому увага не затримується на жодному. Мову навколишніх не розуміють, тільки звернену інтонацію. Емоційні реакції пов'язані із загальним самопочуттям, а також із задоволенням своїх потреб і виражаються в почутті задоволення чи незадоволення, більшість емоцій виражаються вереском і криком, або ж гримасою сміху і лише зрідка посмішкою. Незадоволення проявляється різко вираженим збудженням, появою афекту, гніву, агресивністю із схильністю до руйнувань та нанесення собі пошкоджень. Моторика своєрідна: хворі незграбні, рухи грубуваті, часто стереотипні, складні рухи їм

недоступні. Хворі не можуть обслуговувати себе: їх потрібно годувати, одягати. Часто спостерігаються мимовільні сечопускання та дефекація. Сексуальні тенденції являються у вигляді онанізму.

**ІЛЮЗІЯ** (лат. *illusio* – обман, помилка) – викривлене, хибне сприймання дійсності. Проте ілюзію слід відрізнити від галюцинації, при якій реального зовнішнього об'єкта, як правило, немає. І. це змінене сприймання реально існуючих предметів чи явищ за наявності реальних подразнень. **І. фізичні** виникають у всіх людей. Наприклад, на межі двох середовищ із різною оптичною густиною промінь світла заломлюється. Внаслідок цього ложка, занурена в склянку з чаєм, здається кривою. Такою ж ілюзією є міраж. **І. фізіологічні** пов'язані з фізіологією аналізаторів. Так, уміло підмальовані очі сприймаються як більші, чорний одяг худить, білий повнить. **І. неуважності** відзначаються, коли при надзвичайній зацікавленості літературного твору психічно здорова людини не помічає граматичних помилок, помилок в тексті. **І. психічні**, пов'язані з патологією психічної сфери, бувають:

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

- **І. вербальні** або слухові проявляються також на фоні якого-небудь афекту і полягають у спотвореному сприйнятті смислу реальної розмови, коли в нейтральних судженнях і зауваженнях хворому вчуваються звинувачення, погрози, звинувачення, образи.

- **І. парейдолічні** – пов'язані з діяльністю уяви при фіксації погляду на предметах, які не мають чіткого зображення, їхній зміст є фантастичним, образним. І. парейдолічні завжди виникають при зниженому тонусі свідомості на фоні різних інтоксикацій і є важливою діагностичною ознакою. Зокрема, можуть бути одним із перших симптомів алкогольного делірію. Так, на фоні постійно рухомих хмар людина може бачити божественні картини, в узорах килима – свій життєвий шлях, тощо. Наявність тільки І. афективних, вербальних і парейдолічних в ізольованій формі не є симптомом психічного захворювання, а свідчить лише про афективну напруженість чи перевтому. Тільки в поєднанні з іншими розладами психічної сфери вони стають симптомами певних психічних розладів.

**ІМБЕЦІЛЬНІСТЬ** (лат. *imbecillus* - незначний, такий, що потребує опори) – середній ступінь затримки психічного розвитку. Психіка імбецилів більш складна, ніж психіка ідіотів. Реакції на навколишнє більш різноманітні, живі та диференційовані. Імбецилам доступні загальні уявлення навіть нагромадження деякого життєвого досвіду. На відміну від ідіотів, у імбецилів мова більш розвинута, з шепелявістю, недостатньою артикуляцією, наявний певний словниковий запас, який, хоч і бідний, однак коливається в залежності від вираженості І. і складається з побутових слів. Набувають навичок із самообслуговування (одягання, елементарна охайність тощо). Засвоюють новий матеріал лише на рівні конкретних уявлень. Здатні до набуття нескладних трудових навичок, однак, працюють по шаблону і потребують постійного керівництва. В одних відзначається сором'язливість, нерішучість, в інших – синтонність, привітність, дружелюбність, в третіх – запальність, злобність, агресивні тенденції. Потребують нагляду. Інтереси досить примітивні й стосуються

винятково задоволення фізіологічних потреб. Поведінка їхня залежить від афективного стану й сили потягів. Інтелектуальний коефіцієнт дорівнює 49-20.

**ІНКОГЕРЕНТНІСТЬ МИСЛЕННЯ** (лат. incohaerens, incohaerentis) – відсутність логічної та асоціативної послідовності мислительного процесу з розвитком сплутаності уявлень та понять. Порушення мислення, що проявляється безглуздим набором слів.

**ІНТЕРМІСІЯ** – стан між нападами психічної хвороби, що близький до одужання.

**180. ІНТОКСИКА́ЦІЯ** – комплекс емоційних, когнітивних, поведінкових та сомато-неврологічних змін, які виникають у разі вживання психоактивної речовини і зникають після виведення її з організму.

**ІНТОКСИКА́ЦІЯ ФІЛОСО́ФСЬКА** – активне звернення хворого до питань, яких він через брак відповідної освіти не може осмислити.

**ІНФАНТИЛІ́ЗМ** (лат. infantilis – дитячий) – збереження в психіці та поведінці дорослого особливостей, характерних для дитячого віку. Найбільш помітним проявом І. є схожість поведінки дорослого до дитячої, хоча може проявлятися він і в різноманітних підліткових комплексах. В цьому разі він буде виражатися в максималізмі і категоричності суджень, схильності до протестної поведінки "на зло" комусь, з одного боку, і до залежності від когось – з іншого. Проявляється переважно в емоційно-вольовій сфері – через підвищену навіюваність, несамостійність, емоційну неврівноваженість і дратівливість. Для будь-якого прояву І. характерною ознакою є недостатність свідомої цілеспрямованої активності, незрілість почуття обов'язку і відповідальності, іноді з деякою інтелектуальною нерозвиненістю.

**ІНЦЕ́СТ** (лат. incestus - нечистий, гріховний) – статевий зв'язок між близькими родичами (батьками і дітьми, братами й сестрами). Відповідно до біблійного вчення, можна припустити, що перший І. на землі скоєно дітьми Адама і Єви. Їх кровозмісний союз був вимушеним і визнаний церквою священним, не злочинним. Незасуджуваний І. стався після винищення Богом грішного міста Содома. Врятувалися Лот і його дві дочки, які думали, що тільки вони з батьком залишилися на землі. Для відновлення роду, напоївши батька вином, дочки вступили з ним у кровозмісний зв'язок. Відповідно до Біблії, їх нащадки були винищені з лиця Землі. Ідея незасуджуваного І. перекочувала в традиції одруження фараонів, царів. Династичні шлюби освячувалися з позицій спадкування престолу, збереження чистоти крові (історія знає приклади виродження внаслідок цього цілих династій). Однак загалом у міфології, релігії кровозмішення засуджується і розглядається як гріх, як порушення табу.

У процесі еволюції людського роду було помічено, що чим ближче перебувають у кровному спорідненні батьки, тим фізично слабшими і психічно неповноціннішими народжувалися їх нащадки. При І. виникає ймовірність зустрічі одних і тих самих патологічних генів, і якщо при звичайних (не родинних) шлюбах імовірність народження дитини з серйозним генетичним (вродженим) дефектом чи розумовою відсталістю близька до 3-4%, то при І. вона зростає у 5 разів. У більшості країн світу кровні шлюби і статевий зв'язок між близькими родичами заборонені, кримінально осудні і засуджуються громадської мораллю (на відміну

від шлюбів між двоюрідними родичами, між дядьком і племінницею тощо). Син.: кривозмішення.

**ІПОХОНДРІЯ** (девньогр. ὑποχόνδριον – підребер'я) – надмірний страх за своє здоров'я. (**іпохондричний розлад, іпохондричний синдром**) – стан людини, що проявляється в постійному занепокоєнні з приводу можливості захворіти однією або декількома хворобами, скаргах або заклопотаності своїм фізичним здоров'ям, сприйнятті своїх звичайних відчуттів як ненормальних і неприємних, припущеннях, що окрім основного захворювання якимось додаткове. При цьому людина може вважати, що знає, яке «насправді» в неї захворювання, але міра його переконаності зазвичай міняється, і вона вважає вірогіднішим то одне захворювання, то інше.

**ІСТЕРІЯ** (древньогр. ἰστέρα – матка) – психічна хвороба (невроз, психопатія), що супроводжується характерними змінами в сфері емоцій. Істеричні напади характеризуються виразністю, довготривалістю, супроводжуються сльозами, стогонами, криками. Істеричні розлади рухової сфери, зазвичай, не залежать від інервації, а відповідають уявленням про анатомічне ділення кінцівок ("параліч" однієї руки, обох ніг або рук, усіх чотирьох кінцівок). Істеричні контрактури відзначаються в м'язах кінцівок, іноді в м'язах шиї, тулуба. Нерідко трапляються явища **астазії-абазії** (відмова ходити при повній збереженості опорно-рухового апарату). Іноді при тривалих паралічах відбуваються вторинні м'язові атрофії. При істеричному паралічі голосових зв'язок проявляється істерична афонія (втрата гучності голосу). При істеричному мутизмі зберігається здатність до письмової мови і не порушуються рухи язиком, тому хворі іноді видають незрозумілі звуки. Дуже характерними є істеричні гіперкінези, які виявляються в тремтінні різної амплітуди.

Істерія – психічний розлад, при якому душевні конфлікти не усвідомлюються, а переводяться в тілесні симптоми. Через свій зв'язок з витісненими сексуальним чи агресивними потягами, І. симптоми завжди мають символічне значення, вони є компромісом між бажанням, заборонаю і покаранням. І. характер формується до 5 років і свідчить про невідпрацьований конфлікт Едіпа, конфлікт між любов'ю та ненавистю до батьків. Надалі людина залишається фіксованою в трикутнику «мама-тато-дитина» і всі свої подальші стосунки будує за тим самим принципом. Вона залишається дитиною, яка бореться за любов «батька» і суперничає з іншим, теж «батьком», які є її партнерами. Результат – інфантильна поведінка, нездатність будувати дорослі, партнерські стосунки.

**-К-**

**КАНЦЕРОФОБІЯ** (лат. cancer – рак, древньогр. φόβος – страх), – нав'язливий страх перед онкологічною хворобою. Виникає переважно психогенно при неврозах нав'язливих станів, іпохондрії, психопатії.

**КАТАЛІПСІЯ** (гр. κατάληψις – схоплювання) – воскова гнучкість. Руховий розлад, що полягає в тривалому збереженні хворим заданої йому пози (у тому числі



й дуже незручної); спостерігається при паркінсонізмі, істерії, шизофренії. Катаlepsія може бути викликана штучно в стані гіпнозу.

**КАТАМНЕЗ** (гр. *katamn ē moneu ō* – запам'ятовувати) – сукупність відомостей про хворого після основного курсу лікування та випасання із стаціонару. К. збирають через певний час після першого спостереження за хворим, використовуючи дані, отримані під час огляду в стаціонарі чи дома і даними, отриманими від родичів, знайомих, співробітників, різних видів медичної та іншої документації. З метою отримання катамнестичних даних, оцінюють можливу наявність психічних розладів (зміни свідомості, маячні чи галюцинаторні симптоми, негативізм, тенденції до дисимуляції тощо). Матеріал для К. отримують на основі всестороннього обстеження, включаючи лабораторні методи дослідження, а також всього попереднього динамічного спостереження за хворим. Зокрема, важливе значення має оцінка працездатності, ступінь реабілітації, соціальної адаптації, опис способу життя, взаємини з членами сім'ї та навколишніми, інтереси хворого, його заняття, особливості психічної активності. К. може бути зібраний в різні строки після початку захворювання, однак найціннішими є віддалені, проведені через багато років спостереження, які дають можливість робити більш повні висновки про протікання та завершення захворювання.

**190. КАТАРСИС** (давньогр. *κάθαρσις* – підняття, очищення, оздоровлення) – психотерапевтичний метод, за яким змушують заново пережити певну ситуацію, що спричинила невроз хворого з метою підсвідомо позбутися хворобливих комплексів (очищення). К. – це початок зміни поведінки людини після повернення свободи використання власних ресурсів психіки. Коли людина усуває пригніченість і повертає собі частину самості, в неї починає проявлятися характер: там, де були пригнічення, апатія, страх, проявляються злість, обурення, проявляються нормальні людські реакції на несправедливість, повертається інтерес до життя.

**КВЕРУЛЯЯЯЯНСТВО** (лат. *querulus* – той, хто постійно скаржиться) – хвороблива схильність до написання скарг. Сутяжництво, відстоювання в судових інстанціях своїх нібито порушених прав. Розлад спостерігається у психопатичних особистостей (частіше у параноїків) в умовах патологічного розвитку особистості, зокрема при травматичному чи рентному неврозах, іноді при шизофренії.

**КЛАУСТРОФОБІЯ** (лат. *claustrum* – закрите приміщення, давньогр. *φόβος* страх) – нав'язливий страх перед перебуванням у закритому просторі. Психопатологічний симптом, фобія закритих чи тісних приміщень. Вважається поряд з агорафобією одним із найпоширеніших патологічних страхів.

**КЛЕПТОМАНІЯ** (давньогр. *κλέπτειν* – красти, *μανία* – манія) – нездоланне прагнення до злочинства, патологічна одержимість здійснювати крадіжки, що виникає імпульсивно, як напад. Вкрадені речі не мають для хворого цінності. Вони їх просто складають. Крадіжка у kleptomанів – не спосіб вирішувати свої психологічні проблеми і не спосіб збагачення за рахунок інших. Для kleptomана важливий сам акт крадіжок, який є агентом емоційної залежності та способом зняття дискомфорту та внутрішнього напруження. Для kleptomана важливе саме злочинство, яке супроводжує особливий психоемоційний комплекс. При завершенні

акту крадіжки kleptomан відчуває задоволення, яке можна порівняти з задоволенням наркомана, що отримав дозу наркотику. Потім уже, у стані фрустрації він може згорати від сорому або мучитися від почуття провини, але в ті долі секунди, поки триває момент крадіжки, людина, схильна до К., на вершині блаженства, на піку гострих відчуттів. Справжні хворобливі причини К. заховані глибоко в підсвідомості, звичайно формуються ще в ранньому дитинстві.

**КЛІНІЧНА (МЕДИЧНА) ПСИХОЛОГІЯ** – прикладна галузь психології, що вивчає закономірності функціонування психіки в умовах виникнення і перебігу хвороби в людей, а також відновлення їхнього здоров'я. Засновником медичної психології вважається Р.Г. Лотце (німецький психолог і філософ ХІХ ст.). До складу К.п. входять нейропсихологія, патопсихологія, психологія аномального розвитку, психологія девіантної поведінки. В центрі уваги К.П. є взаємовідношення хворого із середовищем лікувального закладу (відношення між лікарем і хворим, медичною сестрою і хворим, лікарем, медичною сестрою і хворим). **Предметом вивчення** К.п. є особистість хворої людини; особистість медичного працівника (в тому числі і майбутнього); взаємовідносини між хворим і медичним працівником в різних умовах (при відвідуванні вдома, в амбулаторії, в клініці); психологія взаємовідносин медичних працівників в процесі професійної діяльності і в побуті тощо. **Завдання** К.п. полягають у вивченні особливостей змін психіки при соматичних і психічних захворюваннях; дослідження хвороботворних для психіки умов життя і діяльності людини; вивчення особистісних особливостей, які запобігають захворюванню чи сприяють його появі. Виділяють **загальну** К.п., яка займається вивченням особистості хворого, лікаря, середнього і молодшого медичних працівників і їх взаємовідносин та **спеціальну** К.п., яка вивчає ті ж питання стосовно кожної конкретної медичної дисципліни, зокрема, хірургії, терапії, педіатрії, психіатрії, невропатології і ін.

**КОКАЇНІЗМ** – наркоманія, пристрасть до кокаїну. Кокаїн спочатку був синтезований з листків куща коки *Erythroxylon Coca* – рослини, поширеної в Південній Америці (Болівії, Перу). За хімічним складом кокаїн – це ефір бензойної кислоти, а за фармакологічними властивостями належить до сильних стимуляторів ЦНС. Історія К. починається з другої половини ХІХ ст., коли німецький хімік Niemann виділив чистий алкалоїд з листків коки і назвав його кокаїном. Надалі кокаїн став панацеєю в медицині від різних захворювань, зокрема, від туберкульозу. В 1914р. був офіційно визнаний як наркотик. Дуже швидко викликає сильну психічну залежність.

**КОМА** – повна непритомність, характеризується відсутністю реакції та неможливістю пробудження. При глибокій комі можуть бути відсутніми навіть примітивні рефлекси. Виділяють кому І ст. – свідомість втрачена, хворий очей не відкриває, у відповідь на больові подразнення відповідає некоординованими захисними реакціями без координації болю; кома ІІ ст.- глибока, свідомість відсутня, реакція на біль відсутня, мимовільні рухи відсутні; кома ІІІ ст. – запорогова – свідомість відсутня, арефлексія, м'язова атонія, катастрофічний стан вітальних функцій.

**КОМПЕНСАЦІЇ** – тимчасове пом'якшення характерологічних рис, яке забезпечує адаптацію особистості до мікросередовища (сімейного, трудового).

Зазвичай це зумовлено сприятливим для особистості середовищем (наприклад, самотній спосіб життя з можливістю повністю віддатися улюбленій справі чи інтересам при шизоїдній психопатії). Рідше компенсація відбувається за рахунок активного вироблення механізмів психологічного захисту, манери поведінки, яка контрастує з психопатичними рисами, затушовуючи їх. Проте в тяжких умовах такі механізми виявляються недостатніми, й істинні психопатичні особливості виступають знову. Нерідко такі захисні механізми у вигляді гіперкомпенсації (наприклад, грубість, розв'язність, безкомпромісність при астенічній психопатії) самі є виявом порушення адаптації до середовища.

**КОМПУУУУУЛЬСІЇ** (лат. compello – змушую, англ. compulsive нав'язливий, примусовий) син.: **нав'язливі дії** – синдром, який полягає в тому, що у пацієнта періодично, через певні проміжки часу, виникає нав'язлива поведінка. Дії, які як відчуває людина, вона змушена виконувати. Невиконання цих дій підвищує тривожність людини до того часу, поки вона їх не виконає. Компульсивні симптоми характерні для obsесивно-компульсивного розладу та ананкастного розладу особистості. К. можуть бути пов'язані з об'єктами. К. ритуали досить різноманітні, але мають схожі риси. Часто зустрічаються ритуали, пов'язані з очищенням (нав'язливе миття рук, тіла, посуду, прибирання в домі), їжею (переїдання при булімії), безпека (перевірка електричних приборів, газу, замків на дверях), порядком (перестрибування тріщин на дорозі, дотримання режиму дня, впорядкування предметів), з рахуванням (постійний підрахунок всього навколишнього). Головне в К. те, що від них неможливо відмовитися.

З точки зору психоаналізу, К. є проявами «повернення витісненого», тобто відповідає думкам і бажанням, які пацієнт заперечує як несумісні із своїми уявленнями про себе, або засобом для того, щоб заборонені думки залишалися забутими. К. явища можуть розумітися як невдале витіснення або як показник відчуження, тому що сторона, пов'язана з потягом, означає силу, яка шукає вираження, а інша – примусові дії – свідчить, що суб'єкт не може визнати окремі частини самого себе.

– нав'язлива потреба в реалізації певної дії. Д. н. неоднорідні за своїми проявами. Вони можуть супроводжуватися фобіями й виникати одночасно з ними (ритуали) або виникають без них. До нав'язливих дій, що не супроводжуються фобіями, відносять рухи, вчинені проти бажання хворого і всупереч зусиллям їх стримати. Це не мимовільні гіперкінези, а вольові рухи, які звичними і яких важко позбутися. Їхні прояви різноманітні. Такими є ритуали - нав'язливі рухи й дії, що виникають разом з фобіями, нав'язливими сумнівами або побоюваннями, а також заклинання, що мають значення захисту. Вони виробляються для попередження нібито нещастя чи подолання нав'язливого сумніву.

**КОНВУУУУУУУУУУЛЬСІЇ** (лат. convulsio, від convello - ламаю, трясучи) – клонічні судоми. Різкі мимовільні скорочення м'язів, які іноді супроводжуються втратою свідомості. К. можуть бути ознакою **епілепсії**. Однак, окремі випадки К. можуть бути викликані іншими причинами, навіть отруєнням.

**КОНФАБУЛЯЯЯЯЯЦІЇ** (лат. confabulatio беседа) – заповнення прогалів пам'яті фантастичними, вигаданими спогадами. Змістом конфабуляції можуть бути неймовірні події, яких насправді не було і які не могли бути в житті хворого

(зустрічі з видатними людьми, геніальні відкриття, незвичайні пригоди). Такі фантастичні конфабуляції спостерігаються при прогресуючій амнезії та певних видах порушення мислення (парафренна маячня). **К. маячні** (с. deliriosae) – зумовлені маячними ідеями і не пов'язані з розладами пам'яті чи потьмаренням свідомості. **К. нав'язні** (с. suggestae) – зміст яких пов'язаний із спрямовуючими запитаннями та підказками, прояв Корсаковського синдрому. **К. мнемонічні** (с. mnemonicae), заміщаючи – виникають при виражених або важких розладах пам'яті і заміщують прогалини в пам'яті видуманими подіями побутового або професійного характеру. **К. онейричні** (с. oniricae; гр. oneireios той, що належить до сновидінь) виникають після проходження онейроїду і за змістом відображають тематику перененого розладу свідомості, спостерігаються при інтоксикаційних, інфекційних, деяких органічних психозах, шизофренії, епілепсії. **К. ретроспективні** (с. retrospectivae) – такі, що стосуються минулого. **К. фантастичні** (с. phantasticae) – фантастичного, неправдоподібного змісту. **К. екмнестичні** (с. ecmnesticae)ше – з віднесенням подій в минуле (в дитинство, юнацькі роки) і відповідають зменшенням власного віку; виникають при різко вираженій прогресуючій амнезії. **К. експансивні** (с. expansivae) – маячні чи фантастичні К., змістом яких є ідеї величі, незвичайного фізичного здоров'я, інтелектуальної обдарованості, геніальності, багатства, високого походження, винаходів, реформаторства.

**200. КОПРОЛАЛІЯ** (лат. coprolalia; гр. κόπρος - кал, бруд, λαλία – мова) – хворобливий, непереборний імпульсивний потяг до цинічної нецензурної мови без будь-якого приводу. Особливої вираженості досягає при **синдромі Туретта**, однак спостерігається і при шизофренії, прогресивному паралічі, рідше – маніакальних станах. Засмічення мови лайливими словами.

**КОТАРА СИНДРОМ** – порушення часового сприймання, при якому хворий не може оцінити минулі події та уявити майбутнє. Маячний стан, при якому хворі стверджують, що вони вже померли, в їхньому тілі немає душі, частина органів відсутня; дехто стверджує, що є посланцем потойбічного світу, щоб приносити людям страждання. Синдром отримав назву за іменем французького невролога-психіатра Ж.Котара, який наприкінці ХІХст. вперше описав незвичайний випадок такого маячного стану. Його пацієнтка стверджувала, що давно померла, в її венах зовсім немає крові, а замість серця б'ється незрозумілий механізм. Галюцинаторна маячня протікала на фоні депресії та суїцидальних намірів. На думку вченого, центральне місце в даному психічному феномені займає принцип заперечення як власного життя, так і загальнолюдського існування. Подібного роду маячня є рідкісною і зустрічається при шизофренії, важких формах депресії, ураженнях головного мозку.

**КОХАННЯ ЛЕСБІЙСЬКЕ** – жіночий гомосексуалізм. Жінка, що пов'язує свою психоемоційну і сексуальну сферу з жінками і визнає себе лесбійкою. Термін походить від назви грецького острова Лесбос, куди, згідно з деякими версіями біографії, втекла з Афін від переслідування та глузувань давньогрецька поетеса Сапфо, вірші якої пізніше часто сприймали як оспівування одностатевого кохання між жінками. ЖСЖ – жінки, що мають сексуальні стосунки з жінками. Термін, який вживається для позначення уразливої до ВІЛ - категорії жінок, які займаються сексом з жінками, але не вважають себе лесбійками або бісексуалками. Термін

ЖСЖ покликаний концептуально перевести увагу з кліше ідентичності на поведінкові аспекти сексуальності у сфері суспільної охорони здоров'я.

**КРИПТОМНЕЗІЯ** (гр. *kryptos* – прихований, таємний, *mneme* – пам'ять) – порушення пам'яті, за якого прочитане або почуте здається пережитим насправді. Спотворення пам'яті, що проявляється її ослабленням та втратою різниці між подіями, котрі справді спостерігалися в житті хворого та почутим, побаченим уві сні, прочитаним. В одних випадках почуте, побачене, прочитане згадується як подія з власної біографії (механізм присвоєння), у інших, навпаки, - реальні події з життя хворого пригадуються як почуте, побачене, прочитане, таке, що відбувалося з іншими людьми (механізм відчуження).

**КРЁК** – грудочки, що нагадують колотий цукор, використовують як ін'єкційний (розчин у теплій воді) та куріння (додають до тютюну). Дія К. подібна до ефекту кокаїну, але інтенсивніша і швидше минає. Швидше за кокаїн зумовлює залежність. Через високу ціну використовують рідше. За систематичного вживання стимуляторів у хворих знижується імунітет, порушується діяльність серцево-судинної системи, виникає загальна астенизація. Якщо наркотики вводять у вигляді ін'єкції (первітин, ефедрон, амфетаміни), то великий ризик виникнення так званих шприцевих інфекцій, зокрема СНІДу. Найчастіше хворі помирають через гостру серцеву недостатність та інсульти в разі передозування. В людей з органічним ураженням ЦНС можливі судоми. У тих, хто систематично вживає кустарні стимулятори, спостерігаються неврологічні ускладнення у вигляді парезу, гіперкінезу та поліневриту.

**КРЕТИНІЗМ** (від фр. *crétin* – ідіот, божевільний) – вроджений гіпотиреоз – ендокринне захворювання, що викликається недостатністю гормонів щитовидної залози (гіпотиреоз), характеризується порушенням функції щитовидної залози і затримкою фізичного і психічного розвитку. Характерною ознакою є затримка росту і **розум'я відстає**, що доходить іноді до **ідіотії**. У таких хворих при карликовому зрості (90-110 см, тиреогенний нанізм) украй непропорційна будова тіла: короткі кінцівки, велика голова, маленькі косі очі, втиснуте перенісся. Шкіра товста і груба. Вторинні статеві ознаки недорозвинені. У важких випадках гіпотиреозу спостерігаються мікседематозні набряки (мікседематозний кретинізм). Кретинізм характеризується уповільненням росту, відставанням в розумовому і фізичному розвитку, карликовим зростом, короткими кінцівками, роздутим животом, широко розставленими очима, напіввідкритим ротом.

**КРИТЕРІЇ ПОРУШЕНОЇ СВІДОМОСТІ** (K.Jaspers, 1965) – неможливість виразного сприйняття, порушення орієнтування (у місці, часі, власній особистості), нечіткість мислення й осмислення ситуації, часткова або повна **амнезія** подій цього періоду.

-Л-

**ЛАБІЛЬНІСТЬ ПСИХІЧНИХ СТАНІВ** – здатність до швидкої зміни психічного стану.

**ЛСД** (діетиламід лізергінової кислоти) – напівсинтетична сполука на основі лізергінової кислоти, що міститься у ріжках. ЛСД є антагоністом серотоніну за

конкуруючим типом. Має форму білого легкорозчинного порошку, що подібний до цукру, клаптики гігроскопічного паперу з різними малюнками (Donald Duck, Batman та ін.) - "марки"; таблетки або капсули. Інколи до ЛСД домішують фенілциклідин, метамфетамін, стрихнін (для стимулювання статевої активності). Препарат починає діяти через 10-30 хв після введення. Ефект залежить від бажання, психологічних особливостей споживача та дози препарату. Сп'яніння спочатку виявляється підвищенням чутливості всіх каналів сприйняття: кольори стають яскравими, звуки починають дратувати, підвищується чутливість шкіри. Потім з'являються ілюзії та галюцинації. Емоційний стан коливається від ейфорії до глибокої депресії з суїцидальними намірами. Нерідко спостерігаються екстатично-релігійні переживання.

**ЛУНАТІЗМ (Сноходіння, сомнамбулізм)** (лат. somnus – сон, ambulo – ходжу) - стан, який наближують до хворобливого, характеризується рухами тіла уві сні. Зазвичай має місце в першій половині сну і триває від декількох хвилин до пів години. Зазвичай люди із сомнамбулізмом лише розмовляють уві сні, проте часом можуть ходити, виконувати рухи, як наяву, з відкритими очима. Такий стан людини вроджений (за останніми дослідженнями передається генетично, спадково) і може загострюватись тоді, коли за день людина дратується або ж зазнає стресу. Зазвичай трапляється один раз за ніч у період з 0 до 2 години. Втім, будити людину в цей час дуже складно, тому краще спокійно підійти і, розмовляючи з нею, довести її назад до ліжка. Якщо ж зненацька збудити, то наслідки можуть бути непередбачувані. Відомі випадки, коли люди уві сні можуть навіть вбити. Такий випадок трапився в Америці, коли чоловік зарізав ножом свою дружину, а потім утопив її в басейні і спокійно ліг спати. Або ж людина може випасти з балкону. Все залежить від того, яким був день. Чи це був важкий, стресовий день, чи людина була дратівливою, чи навпаки день видався напрочуд позитивний – людина все одно буде ходити уночі, але це визначає характер даного сноходіння.

**ЛЮШЕРА ТЕСТ** – психологічний тест, розроблений Максом Люшером. Діагностування за допомогою вибору кольору допомагає вимірювати психофізіологічний стан людини, стресостійкість, активність та комунікативні здібності. Тест Люшера дозволяє визначити причини психологічного стресу, який може призвести до появи фізіологічних симптомів. Тест Люшера базується на тому, що вибір кольору відображає спрямованість обстежуваного на певну діяльність, настрій, функціональний стан та найбільш стійкі риси особистості. Це «глибинний» тест, в якому перевага того чи іншого кольору є неусвідомленою. Значення кольорів та їх психологічна інтерпретація визначалися впродовж часу різностороннього дослідження великого контингенту досліджуваних.

**-М-**

**210. МАЗОХІЗМ** – статево збудження, що виникає від відчуття болю, завданого особою протилежної статі. схильність до пошуку фізичних або психічних страждань для досягнення сексуального збудження або задоволення.

При цьому мазохізм розглядається і як умова, і як джерело задоволення. При мазохістській формі сексуальної активності сексуальне задоволення залежить від фізичного чи психічного болю (побиття, загрози, приниження, образу тощо), що реально або в уяві був завданий партнером. Мазохізм з'являється в ранньому дитинстві, зазвичай у поєднанні з садизмом (див. **Садомазохізм**), як компонентний або парціальний потяг. Для виникнення мазохістських переживань інколи достатньо буває думки (уяви сцен приниження). Часто мазохізм поєднується зі сценами **ексгібіціонізму**. Виділяють сексуальний М. як форму поведінки, при якій засобом отримання насолоди і задоволення є страждання, які наносить партнер та психологічний М. (моральний М., пси-мазохізм) – форма М., при якій жертва переживає не фізичні, а морально-психологічні страждання у формі приниження, образ, погроз тощо. В деякій мірі до психологічного М. можна віднести таку як моральну якість як упокорювання, яке характеризує ставлення людини самої до себе і проявляється відсутністю гордині, лагідністю, покірністю, яка виникає від усвідомлення того, що досконалість (моральний ідеал, піднесена ціль), до якої людина прагне є безкінечно далекою.

**МАКРОПСІЯ** (гр. makros – великий, orpsis - зір) – предмети, що оточують, сприймаються як пропорційно збільшені. Виникає при ураженні тім'яно – потиличних відділів зорового аналізатора, але спостерігається і в нормі, коли індивід прикладає зусилля для зменшення акомодатції ока.

**МАНІЯ** (гр. μανία) (**гіпертимія, маніакальний афект**) – стійке підвищення настрою з посиленням потягів, активності, прискоренням мови та мислення. Для маніакального афекту характерні відчуття веселості, оптимізму, щастя, нестійкість та відволікання уваги, балакучість, загострення пам'яті. Переоцінка власної особи. Манія є симптомом маніакальної фази маніакально-депресивного психозу (що біполярний до афективного розладу). Помірно виражена манія називається **гіпоманією**.

**МАНІАКАЛЬНИЙ ПАТОПСИХОЛОГІЧНИЙ СИНДРОМ** (гр. μανία - «манія») – належить до синдрому розладу емоцій і характеризується тріадою симптомів: підвищений настрій, прискорене мислення, рухлива активність. Хворі пошвавлені, безпечні, співають, танцюють, переповнені райдужних мрій, переоцінюють свої можливості, химерно одягаються (при маніакально-депресивному психозі, шизофренії, травмах мозку, отруєнні деякими речовинами, інфекціях). Маніакальна картина спостерігається при маніакальній фазі маніакально-депресивного психозу. Виділяють атипові маніакальні стани: сплутана М. – невпорядковане збудження, гнівлива М. – дратівливість, прискіпливість, маніакальний ступор. При М.с. спостерігаються наступні симптоми: піднятий (експансивний) настрій з перебільшеним почуттям фізичного та емоційного благополуччя, часто присутні елементи роздратованості; підвищена фізична активність, яка проявляється в непосидючості, переміщенні, безцільному русі, нездатності сидіти спокійно; підвищена балакучість – хворий говорить надто багато і швидко, часто голосно, в мові присутні лишні слова; відволікання – звичайні події та подразники, на які переважно не звертають увагу, захоплюють індивіда, внаслідок чого його увага стає зовсім нестійкою. Знижується потреба у сні, що відображається в гіперактивності індивіда. Поведінці властива сексуальна

нестриманість – індивід робить сексуальні пропозиції та вчинки без врахування соціальних обмежень; нерозважливо тратить гроші, втрачає відчуття дистанції, яке виражається в підвищеній товариськості і крайній фамільярності. Характерними є стрибки ідей – безладна форма мислення, мова швидка, без пауз, втрачає мету, далека від вихідної теми, часто вживає рими і каламбури. Гіпертрофовані ідеї власних можливостей, величі, власної значущості.

**МАНТІЗМ (МЕНТІЗМ)** (лат. mens, mentis думка) – мимовільний безперервний некерований потік думок психічно хворого, який супроводжується відчуттям, що це відбувається проти його волі. Прояв **асоціативного автоматизму**. Син.: наплив думок.

**МАРАЗМ ПСИХІЧНИЙ** - (гр. marasmos – виснаження, згасання) – повний розпад психічної діяльності. Настає в результаті атрофії кори великих півкуль головного мозку. Виникає в кінцевих стадіях тяжких психічних захворювань, напр. шизофренії (див. Шизофренія), старечого слабоумства, хвороби Альцгеймера; є завершальним етапом слабоумства (див. Слабоумство). Хворі втрачають навички найпростішого самообслуговування, не можуть самостійно пересуватися. Мова набуває форми лементу, стогонів, схлипів; нерідко відзначається безпричинний сміх або плач. Апетит зазвичай значно підвищений. Хворі неохайні з випорожненнями. При психічних захворюваннях за тотальним слабоумством нерідко настає фізичне виснаження зі значним дефіцитом маси тіла. На сучасному етапі розвитку медицини і фармації засобів для лікування М. немає, відомі ноотропні та цереброваскулярні препарати неефективні. Хворі з М. потребують загального догляду, збалансованого харчування, профілактики порушень кровообігу, пролежнів і пневмонії. Поряд із терміном «психічний М.» існує застарілий термін «фізичний М.» (син.: **кахексія**) – крайній ступінь схуднення і зниження працездатності. Виникає при тривалих інтоксикаціях, хронічних інфекціях (туберкульоз та ін.), злоякісних пухлинах, захворюваннях щитовидної і підшлункової залоз, гіпофіза, голодуванні та психічних захворюваннях.

**МАРІХУАНА** – суміш, яку отримують з висушених листків, стебел, квіток та насіння жіночих рослин коноплі (канабісу). М. або конопля переважно зеленого, коричневого чи сірого кольору. Діюча речовина – тетрагідроканабіол (ТГК). За вмістом ТГК буває у вигляді темної олії, пластичної маси темного кольору (пластилін); пресовані брикети темного кольору з вкрапленнями подрібнених суцвіть, стебел та зелених листків (анаша); чорної тягучої рідини з неприємним хімічним запахом ("хімка"); термічно оброблені подрібнені рослини брунатно-чорного кольору ("жареха"); подрібнені рослини зеленого кольору. Коноплю курять у суміші з тютюном (цигарки, рідше - люлька); ковтають чи змішують з алкоголем; відварюють у молоці. Реакції на перше вживання взагалі може не бути. Вона з'являється після 3-4 прийомів. Якщо у тих, хто курить, є якісь органічні ураження нервової системи, можуть бути судоми, переважно тонічні. М. є найпоширенішим наркотиком у світі. Після алкоголю, М. наступна речовина, яку знаходять в крові водіїв, які потрапили в автокатастрофу.

**МАЯЧНЯЯЯ, МАЯЧНІ ІДЕЇ** – неправильне судження, що спотворено відображує дійсність, повністю оволодіває свідомістю і не піддається корекції. За структурою М.І. поділяють на **паранойяльні, параноїдні та парафренні**.



**Маячня паранояльна** – наявність сталої, здебільшого моно тематичної систематизованої маячної ідеї, яка впливає з більш-менш реальних, правдоподібних ситуацій без галюцинацій і виражених афективних розладів, за сюжетом правдоподібне. Приклад: маячення матеріальних чи моральних збитків при інволюційному параноїді (хворому сусіди роблять збитки; щоб не трапилось неприємного, в усьому хворий звинувачує сусідів).

**Маячня параноїдна** – менш систематизоване, неправдоподібне, але і не фантастичне, нерідко пов'язане з галюцинаціями. Характеризується наявністю різноманітних ідей несприятливого впливу на хворого ззовні (маячня переслідування, стосунків, отруєння, звинувачення, шкоди та ін.). Така маячня є характерною для параноїчної форми шизофренії.

**Маячня парафренна** – містить абсурдні фантастичні ідеї величності, особливої місії, надприродності тощо, як правило, на фоні інтелектуального зниження. Є характерним симптомом експансивної форми прогресивного параліча і кінцевої (дефектної) стадії параноїчної форми шизофренії.

**МАЯЧНЯ ВЕЛИЧІ** – хворий переконаний у власній винятковості, неабияких здібностях, можливостях, багатстві тощо.

**МАЯЧНЯ ВІНАХІДНИЦТВА ТА ВІДКРИТТЯ** – хворобливе уявлення про власне авторство низки винаходів, у тому числі й видатних.

**220. МАЯЧНЯ ВИСОКОГО ПОХОДЖЕННЯ** – твердження хворого, що він родич відомих усьому світові людей.

**МАЯЧНЯ ВПЛИВУ** – твердження хворого, що причина змін в його організмі залежить від певних дій.

**МАЯЧНЯ ВТРАТИ** – заява хворого, буцімто всі ті, хто його оточує, завдають шкоди.

**МАЯЧНЯ ЕРОТИЧНА** – переконання, що особа протилежної статі відчуває сильний потяг і тому намагається привабити до себе.

**МАЯЧНЯ ІНДУКОВАНА** – маячні ідеї, що розвиваються у людей, які не спроможні критично оцінити маячні висловлювання хворих і вважають їх за істину.

**МАЯЧНЯ ШОХОНДРИЧНА** – безпідставні переконання хворого, що в нього невиліковна недуга.

**МАЯЧНЯ КВЕРУЛЯЯНТСЬКА** – непереборна потреба відстоювати свої права шляхом численних скарг, позовів, заяв.

**МАЯЧНЯ МЕГАЛОМАНІЧНЕ** – химерні, безглузді маячні ідеї грандіозного характеру.

**МАЯЧНЯ НЕСИСТЕМАТИЗОВАНА** – маячні ідеї, що не мають послідовної системи доказів.

**МАЯЧНЯ НІГІЛІСТИЧНА** – твердження хворого, що його внутрішні органи атрофовані, гниють.

**230. МАЯЧНЯ ОБРАЗНО-ЧУТТЄВА** – маячні ідеї, що супроводжуються афективністю.

**МАЯЧНЯ ОДЕРЖИМОСТІ** – своєрідні іпохондричні маячні ідеї; хворий вважає, що в його тіло вселилася інша істота.

**МАЯЧНЯ ПАРАНОЇДНА** – несистематизоване, уривчасте, безглузде марення (за змістом маячні ідеї стосунку, впливу, переслідування, отруєння тощо). На початку появи параноїдних ідей можуть бути слухові, нюхові та інші галюцинації. Див. **Синдром параноїдний**.

**МАЯЧНЯ ПАРАФРЕНІЧНА** – систематизовані маячні ідеї, пов'язані з різноманітними галюцинаціями, явищами психічного автоматизму, що виникає в зрілому віці. Протягом тривалого часу (роки, десятиліття) не помічають інтелектуально-мнестичного та емоційно-вольового зниження. Див. **Синдром парафренічний**.

**МАЯЧНЯ ПЕРЕСЛІДУВАННЯ** – маячні ідеї, коли хворий вважає, що його переслідують, стежать за ним, хочуть убити і т. ін.

**МАЯЧНЯ РЕВНОЩІВ** – безпідставне звинувачення хворим дружини (чоловіка) у зраді, причому факти, які мають бути доказом її, часто нереальні, фантастичні.

**МАЯЧНЯ РЕЗИДУАЛЬНА** – маячні ідеї, коли хворий деякий час впевнений у істинності хворобливих (маячних) переживань, що спостерігалися в гострий період недуги на тлі порушеної свідомості.

**МАЯЧНЯ РЕФОРМАТОРСЬКА** – хворобливі судження, які ґрунтуються на системі суб'єктивних формальних логічних доведень, що виникли у процесі "розробки" і "впровадження" різних реформ (від незначних до глобальних), спрямованих людям на добро.

**МАЯЧНЯ САМОЗВИНУВАННЯ** – різновид маячних ідей, які спостерігаються при інволюційній меланхолії та інших депресивних станах. Хворі звинувачують себе в помилках, аморальних вчинках, думках, бажаннях, за які їх тяжко покарають.

**МАЯЧНЯ САМОПРИНИЖЕННЯ** – маячні ідеї, коли хворий вважає себе нездарою, нікчемою, неповноцінною людиною.

**240. МАЯЧНЯ СИСТЕМАТИЗОВАНА** – маячні ідеї, які групуються певним чином довкола центральної думки. Маячні судження стають системою поглядів, що визначають світогляд особи. На цих судженнях зосереджується все психічне життя хворого. Спотворюються внутрішні зв'язки між явищами реального світу. Одне хворобливе судження пов'язується з іншим, викристалізовуючи маячну схему. Систематизованим є параноїдальне та парафренічне маячіння.

**МАЯЧНЯ СТОСУУУНКУ** – маячні ідеї, коли хворий вважає, що навколишнє якоюсь мірою стосується його і має особливий сенс: на нього багатозначно дивляться, всі вчинки, жести, висловлювання, радіо- і телевізійні передачі, а іноді й явища природи – все те не просто так.

**МАЯЧНОПОДІБНІ ІДЕЇ** – хворобливі ідеї недооцінки або переоцінки особистості, що виникають на тлі зміненого настрою (підвищеного або зниженого). В основі їх появи є певна реальна підстава. Ці ідеї деякою мірою можна коригувати, але не завжди й не надовго. Вони ніколи не бувають безглуздими.

**МЕЛАНХОЛІЯ, МЕЛАНХОЛІЧНИЙ СТАН** (давньогр. *μελανχολία* – меланхолія, *μέλας* – чорний, темний, *χολή* – жовч, гнів) – психічний розлад, що проявляється пригніченим сумним настроєм з тугою, відчуттям безвиході, скорботи, відчаю. Супроводжується загальмованістю думок і рухів, маячними

ідеями, іноді – посиленням рухових реакцій – меланхолічний "вибух". Сьогодні замість М. в медицині використовують термін «депресія», а терміном М. називають просто сумний, пригнічений настрій.

**МЕТАМОРФОПСІЯ** (гр. μεταμορφο – перетворювати, οψις – зір)– перекручене, спотворене зорове сприйняття реально існуючих об'єктів із збереженням їх впізнавання і значення. Розглядається як розлад просторового синтезу, який стосується як власного тіла (аутометаморфопсія), так і зовнішніх об'єктів (екзо – або аллометаморфопсія). Іноді вказані аспекти розладів співіснують, виникають одночасно. Переважно критична оцінка у хворих зберігається, хоча й не завжди. Розлад є проявом порушення самоусвідомлення незалежно від того, яка його природа. Існують інші гіпотези, які базуються на уявленні про те, що основу розладу утворюють вогнищеві органічні порушення нейрофізіологічних аспектів сприймання чи місцева патологія (вестибулярні чи лабіринтні порушення, порушення процесу злиття відбитків стимулів з лівого і правого ока, вогнищеві ураження тім'яної і зорової кори тощо) тоді як процеси самоусвідомлення залишаються інтактними. Явища М. зустрічаються при шизофренії, органічних ураженнях головного мозку, під час фокальних нападів епілепсії, при сп'янінні психоделічними субстанціями. Синоніми: Психосенсорний розлад, Розлад сенсорного синтезу, Органічні ілюзії.

**МІТОД РОШАХА** – проєктивний тест для дослідження особистості, розроблений швейцарським психіатром Германом Роршахом (1921). Досліджуваному послідовно показують 10 аморфних (слабоструктурованих) кольорових і чорно-білих зображень (плями Роршаха) і той повинен відповісти на запитання: "Що це таке? Та на що воно схоже?" Інтерпретація здійснюється за спеціальною методикою тлумачення. Кожна відповідь формалізується за допомогою спеціально розробленої системи за відповідними категоріями. Роршах виявив, що обстежувані, котрі бачать правильну симетричну форму у безформній чорнильній плямі, добре розуміють реальну ситуацію, здатні до самокритики і самоконтролю. автор використовував плями різних кольорів (червоного, пастельних відтінків), різної насиченості сірий і чорний, щоб ввести фактори, які мають емоційний вплив. Взаємодія інтелектуального контролю і виникнення емоції визначає те, що обстежуваний бачить в плямі. Роршах встановив, що особи, різноманітний емоційний стан яких був встановлений на основі спостережень, справді по-різному реагують на кольори та відтінки. Чорнильні плями здатні розкрити глибоко приховані бажання чи страхи, які лежать в основі тривалих невирішених особистісних конфліктах. Із змісту чи «сюжету» асоціацій, які викликають плями, може бути виявлена значуща інформація про потреби особистості, про те, що робить її щасливою чи нещасною, що хвилює її, що змушена приглушувати і переводити у форму підсвідомих фантазій. Валідність тесту Роршах ще не встановлена, однак допомагає психологу і психіатру отримати важливі дані для діагностики особистості та порушень, які можуть бути перевірені клінічно.

**МІСЛЕННЯ** – процес опосередкованого й узагальненого відображення людиною предметів та явищ об'єктивної дійсності в їх істотних зв'язках і відношеннях. До опосередкованого пізнання людина вдається тоді, коли

безпосереднє пізнання виявляється неможливим через недосконалість людських аналізаторів або недоцільність, що зумовлюється складністю процесу пізнання. Опосередкованість мислення виявляється і в тому, що всі його акти відбуваються за допомогою слова і попереднього досвіду, який зберігається в пам'яті людини. Ще однією особливістю мислення є узагальнений характер відображення дійсності. За допомогою мислення людина пізнає істотні ознаки, що виявляються спільними для споріднених предметів. Матеріальною основою мислення є мова, яка є знаряддям і способом існування думки. Цим людське мислення якісно відрізняється від тваринного. Мислення людини нерозривно пов'язане з мовою. Думка опирається на згорнуту внутрішню мову. Експерименти показали, що жодна складна думка не протікає без згорнутих внутрішніх мовних процесів. Виявилось, що якщо зареєструвати положення язика, горлянки в спокійному стані, а потім запропонувати досліджуваному почати вигадувати будь-яку задачу, то в мовному аналізаторі почнеться складна діяльність, яку можна зареєструвати. Таким чином, кожна думка пов'язана з внутрішнім мовним процесом. Розумова діяльність органічно пов'язана з практикою. Практика є джерелом розумової діяльності. Мислення породжується потребами людської практики і розвивається в процесі пошуку шляхів їх задоволення. Значення мислення в житті людини полягає в тому, що воно дає можливість наукового пізнання світу, передбачення і прогнозування розвитку подій, практичного оволодіння закономірностями об'єктивної дійсності. Мислення є підвалиною свідомої діяльності особистості. Рівень розвитку мислення визначає, якою мірою людина здатна орієнтуватися в оточуючому світі, як вона панує над обставинами і над собою.

**МІСЛЕННЯ АУТИЧНЕ, АУТИЗМ** – мислення, відірване від реалій життя. Коло асоціацій з навколишнім світом обмежене. Асоціації виникають переважно на підставі ідей, уявлень, відчуттів, пов'язаних із хворобою, під час якої домінують внутрішні переживання. Хворі замикаються в собі, тримаються осторонь, ні з ким не спілкуються. Мислення і відповіді на запитання формальні. Фантазія межує з реальністю, бажане сприймається за дійсне.

**МІСЛЕННЯ НЕЗВ'ЯЗАНЕ (безладне)** – глибокий розлад мислення, що проявляється непокриттям понять, суджень. Навколишній світ сприймається фрагментарно, думки уривчасті, мова безладна. Здатність до аналізу і синтезу втрачена. Орієнтування у докільлі неможливе. Див. Мислення інкогерентне.

**МІСЛЕННЯ ДЕТАЛІЗОВАНЕ** – процес мислення, що характеризується в'язкістю, тугорухомістю та втратою здатності відокремити головне від другорядного. У судженні переважають випадкові деталі, які не стосуються головного.

**250. МІСЛЕННЯ ЗАГАЛЬМОВАНЕ** – процес, що супроводжується сповільненням асоціацій. Кількість ідей зменшується, думки й уявлення формуються повільно. Мова стає уривчастою, паузи між словами тривалі.

**МІСЛЕННЯ ЗАТРИМКА, ЗУПИНКА** – раптова короткочасна спонтанна зупинка плину думок. Під час розмови хворий раптом замовкає, а потім пояснює це тим, що затрималося мислення. Спостерігається у хворих на шизофренію.

**МІСЛЕННЯ ІНКОГЕРЕНТНЕ** – втрата здатності утворювати асоціативні зв'язки між сприйняттям, уявленнями, поняттями, відображати дійсність у зв'язках.

Втрата здатності до елементарних узагальнень, аналізу й синтезу. Мова стає безладною. Див. Мислення незв'язане (безладне).

**МІСЛЕННЯ ПАРАЛОГІЧНЕ** – патологія мислення, за якого порушується логіка. Певне поняття замінюється символом, знаком, зрозумілим тільки хворому, через що він робить необґрунтовані й безглузді висновки. Умовиводи не відповідають судженням, з яких їх виводять. Таке мислення втрачає логіку і стає незрозумілим для інших. Властиве хворим на шизофренію.

**МІСЛЕННЯ ПЕРСЕВЕРОВАНЕ** – одноманітне повторення одних і тих самих думок, відповідей за різкого утруднення й сповільнення асоціативних процесів. Спостерігається при шизофренії й органічних ураженнях мозку.

**МІСЛЕННЯ ПРИСКÓРЕНЕ** – стан мислення, за якого збільшується кількість асоціацій, думок і прискорюється їх перебіг. Одне уявлення одразу змінюється іншим. Мова стає непослідовною: не закінчивши однієї думки, хворий переходить до іншої ("стрибки думок").

**МІСЛЕННЯ РЕЗОНЕРСЬКЕ** – мислення, що характеризується доводами, які не ґрунтуються на фактах, порожніми вербальними посиленнями, котрі не відповідають темі розмови й не досягають мети. Безплідне міркування, позбавлене конкретного практичного змісту, глибокодумне за формою і бідне за змістом. Предметом міркування служать які-небудь незначні факти, не заслуговують на увагу. Беззмістовні і бідні судження можуть бути викладені у правильній формі. Всі висловлювання таких хворих формально побудовані правильно, але позбавлені будь-якого змісту.

**МІСЛЕННЯ РОЗІРВАНЕ** – патологія мислення, яка проявляється розриванням смислових зв'язків між поняттями із збереженням граматичної та синтаксичної форм речення. Ступінь розірваності мислення може досягти такого стану, коли чітко виявляється відсутність зв'язку між словами, внаслідок чого мова справляє враження набору слів і доходить до так званої мовної мішанини – **шизофазії**, що характерна для шизофренії. Знову виникаючі уявлення часто абсолютно несподівані, йдуть стрибками. Характерні часті повторення одного і того ж слова чи фрази, іноді переінакшення і безглузде нанизування одного слова на інше – **вербігерация**.

**МІСЛЕННЯ СИМВОЛІЧНЕ** – стан мислення, за якого одне поняття стає символом іншого. При цьому абстрактне іноді безглуздо конкретизується: наприклад, хворий роздягнувся догола і на питання, чому він це зробив, пояснив, що "нагота – це звільнення від дурних думок". Іноді хворі вживають в усній мові чи в листі нові, нікому невідомі, створені ними слова - неологізми. Іноді має випадкові, другорядні ознаки. Характерне для шизофренії.

**МІСЛЕННЯ СПОВІЛЬНЕНЕ** – порушення мислення, що характеризується обмеженням асоціацій, одноманітністю думок, сповільненням мови. Спостерігається при депресивних станах.

**260. МІЗАНТРО́ПІЯ** - (гр. μισανθρωπία, від гр. μισέω, «ненавидіти» і гр. ἄνθρωπος, «людина») – ненависть, недовіра до людей чи схильність до неї. Мізантроп – людина схильна до мізантропії, яка не любить людство, іноді навіть себе, оскільки й сама є людиною. У патологічних випадках – стійке психічне захворювання. Мізантроп – людина, яка уникає товариства, відлюдькувата,

страждає або навпаки насолоджується своєю ненавистю до людей (мізантропією). Дана схильність може бути основою життєвої філософії. Слово отримало особливе розповсюдження після комедії Мольєра «Мізантроп». Хоча мізантропи виражають загальну ворожість до людства в цілому, вони, як правило, підтримують нормальні стосунки із певними людьми. М. може бути мотивована відчуттям ізоляції та соціального відчуження або просто презирством до характерних рис, властивих для більшої частини людства.

**МІКСЕОФОБІЯ** (гр. *mixos* - статевий акт; *phobos* - страх) – нав'язливий страх вступати в гетеросексуальні статеві стосунки, що виникає внаслідок необхідності оголювати статеві органи, торкатися тіла партнера. М. вживається також для позначення будь-якого страху гетеросексуальних інтимних стосунків, викликаний больовими відчуттями. Термін не стосується гомосексуалізму.

**МОВНА БЕЗЛІДНІСТЬ** – патологія мовлення, спричинена безладним мисленням, коли хворі втрачають здатність до аналізу, синтезу, до елементарних узагальнень та логічних висновків. Розрізняють такі типи мовної безладності: аментивна, хореатична, атактична, маніакальна (репродуктивна, егоцентрична, екстрасигнальна, співзвучна).

**МОНОФОБІЯ** (гр. *моно*-один, *phobos* – страх) – психічний стан, що проявляється боязкістю залишатися на самоті. Нав'язливий страх перед самотністю.

**МОРІЯ** (гр. *moria* - дурість) – психопатологічний розлад, який характеризується немотивованим підвищенням настрою у поєднанні з руховою розгальмованістю, безглуздою поведінкою, придуркуватістю, примітивністю, схильністю до вульгарних недоречних жартів, зниженням інтелекту. Зустрічається при ураженні лобних часток мозку.

**МУТІЗМ** (лат. *mutus* - німий, безмовний) – стан, коли хворий не відповідає на запитання і навіть знаками не дає зрозуміти, що бажає вступити в контакт з навколишніми. Є симптомом психомоторного розладу, може спостерігатися після забою та струсу мозку, важкої психічної травми, пожежі, загибелі близьких, як один з пізніх проявів синдрому комплексу «СНІД-деменція» тощо. При М. відсутні як відповіді на запитання, так і спонтанна мова. Зберігається здатність розмовляти і розуміти чужу мову.

**-Н-**

**НАВІЮВАННЯ, СУГЕСТИЯ** (лат. *suggestio* - навіювання) – будь-який психічний вплив однієї людини на іншу (прохання, наказ, переконування), що має за мету актуалізувати або змінити певні установки, ціннісні орієнтації чи вчинки людини, котра є об'єктом навіювання.

**НАВ'ЯЯЯЯЗЛИВІ ІДЕЇ (ОБСЕСІЇ)** – думки, що домінують, переважають над усіма іншими. Супроводжуються критичним ставленням до них і боротьбою з ними, тобто хворий хоче позбутися їх. Виникають внаслідок реальних обставин, але потім набувають надмірного емоційного забарвлення, починають домінувати в свідомості людини, впливаючи на процес мислення загалом. Всі інші думки

гальмуються або, навпаки, концентруються, посилюючи Н.І. Надцінними стають ідеї, які особливо зачіпають особу хворого. Спостерігаються при невроті нав'язливих станів, деяких формах шизофренії, церебральному атеросклерозі, психастенії.

**НАВ'ЯЯЯЗЛИВІ ПОТЯГИ ТА ДІЇ (РИТУАЛИ), КОМПУЛЬСІЇ** (лат.compello – принуждаю). Потреба в реалізації певної дії, що раптово виникла, до якої хворий ставиться критично, тобто розуміє безглуздий її характер і намагається боротися з нею. Для К. характерними є переборні потяги, які виникають всупереч волі, почуттям, розуму. Ці потяги усвідомлюються хворим як неправильні і важко переживаються. Термін К. використовується в широкому значенні для позначення будь-яких навязливостей в руховій сфері, в тому числі і нав'язливих ритуалів.

**НАВ'ЯЯЯЗЛИВІ СТАЇНИ (НАВ'ЯЗЛИВОСТІ)**– хворобливі порушення у вигляді постійного повторювання думок, спогадів, сумнівів, уявлень, страхів, потягів або дій незалежно від волі й бажання хворого, який усвідомлює їх як нісенітницю і прагне позбутися.

**270. НАВ'ЯЯЯЛИВІ СТРАХІ (ФОБІЇ)** – агорафобія - почуття неможливості самотійно перетнути порожню площу або пройти по безлюдній вулиці; айхмофобія - острах гострих предметів; акрофонія - острах висоти, почуття неможливості перебувати на балконі, підвищеному місці (син.: батофобія, гіпсофобія); антропофобія - острах скупчення великої кількості людей, юрби (син.: ексантропія); гематофобія - острах виду крові; гідрофобія - острах води (син.: потамофобія); кенофобія - острах порожніх приміщень; клаустрофобія - острах закритих приміщень; мізофобія - острах бруду, острах забруднитися від дотику до чого-небудь; ніктофобія - острах темряви, нічної темряви (син.: скотофобія); нозофобія – острах занедужати, заразитися; танатофобія - острах смерті; еритрофобія – острах почервоніти в присутності людей (руброфобія, хроматофобія).

**НАРКОЛОГІЯ** (гр.νάρκη /narkē/ - заціпеніння, сон, древньогр. λόγος – вчення) – галузь медицини, що вивчає хвороби, спричинені вживанням психоактивних речовин.

**НАРКОМАНІЯ** (гр.νάρκη /narkē/ - заціпеніння, сон, μανία - пристрасть, безумство) – хворобливий потяг людини до наркотиків, що зумовлює порушення життєдіяльності організму та глибокі розлади психіки. Характеризується систематичним вживанням наркотичних препаратів. У розвитку наркоманії розрізняють стадії психологічної залежності та фізичної залежності від наркотику. Полінаркоманія (політоксикоманія) – систематичне вживання двох або більше психоактивних речовин. Під час формулювання діагнозу зазначають провідну речовину. Наркотики розподіляють на важкі (героїн, ЛСД, кокаїн) та легкі (маріхуана). Н. – захворювання, що виникає у разі систематичного вживання речовин, що включені до списку наркотиків та проявляється **психічною та фізичною залежністю** від них.

Спостерігається швидке зростання Н. та її омолодження. В коло споживачів наркотиків втягується досить відчутна кількість молоді та підлітків. Саме у підлітковому віці, як правило, вперше вживаються наркотичні речовини, тому дуже

важливо вміти помічати та розрізняти ранні ознаки вживання наркотиків, коли проблема ще не набула хронічного характеру і значно легше піддається корекції. Найпоширенішими наркотичними речовинами в Україні є: препарати коноплі(канабіоїди); препарати опію (опіати); психостимулятори (амфетаміни). Найчастіші шляхи вживання наркотичних речовин: паління (гашиш, марихуана, анаша, героїн та ін.); внутрішньовенне введення наркотичних речовин (екстракт з макової соломки "ширка, героїн, ефедрон та ін.); вживання таблетованих форм (екстазі, первертин та ін.); вдихання (героїн, марихуана, гашиш та ін.). Ранні ознаки вживання наркотиків можуть бути різними, в залежності від того, який наркотик, в якій кількості та комбінації вживає особа.

**НАРЦИСІЗМ** – сексуальне збочення, яке характеризується сексуальною самозакоханістю, милуванням власним оголеним тілом, його окремими частинам, інколи – з мастурбацією. Термін походить від грецького міфу про Нарциса, прекрасного молодого хлопця, який зневажив кохання німфи Ехо, і як покарання за це закохався у власне відображення у воді озера і помер від цієї любові. На місці, де лежала його голова виросла квітка нарцис

**НЕВРЌЗИ** – ситуаційно-психогенні хвороби, що виникають внаслідок функціонального розладу ("зриву") вищої нервової діяльності через перенапруження сили, втрату рівноваги та рухомість основних нервових процесів (збудження і гальмування) й сигнальних систем. Проявляються порушенням нервово-психічних функцій, переважно в емоційній сфері, за збереження самосвідомості та критики. Виділяють такі типи неврозів: неврастенія, істерія, невроз нав'язливих станів тощо.

**НЕВРАСТЕНІЯ** проявляється загальною слабкістю, поганим самопочуттям, нервовою слабкістю, розбитістю, невитривалістю до звичних навантажень, швидкою втомлюваністю та виснажуваністю. Характерна тріада: підвищена дратливість, головний біль, порушення формули сну. Характерні порушення чутливості, гіперпатії (найчастіше у вигляді гіперакузії, коли звуки звичайної сили "ріжуть" вуха, а природні запахи сприймаються занадто гостро; хворобливо переносить денне світло та ін.). При тривалому протіканні неврастенії можливе розширення симптоматики за рахунок приєднання інших невротичних розладів.

**НЕВРЌЗ ІСТЕРИЧНИЙ** – форма неврозу, який характеризується наявністю різної клінічної симптоматики, великою навіюваністю та демонстративністю хворих. При істеричному неврозі спостерігаються вегетативні, рухові, сенсорні та афективні симптоми, які нагадують різноманітні соматичні та неврологічні захворювання. Істеричні реакції можуть проявлятися у вигляді порушень мовної сфери – психогенний мутизм (неможливість розмовляти), заїкання, запинки в мові, труднощі у вимові окремих слів, а також поведінкові реакції протесту. Вегетативні розлади найчастіше проявляються зомлінням, нудотою, рвотою, порушенням ковтання, спазмами шлунка, кишківника. Рухові розлади проявляються у вигляді гіперкінезів, мимовільних рухів та акінезій (парезів та паралічів), гіперкінези носять характер грубих ритмічних тиків, тремору, посмикувань. Акінезії спостерігаються у вигляді істеричного парезу та паралічу. Їхній перебіг відбувається за типом моно-, пара-, рідко – геміпарезу та плегії. Вони можуть імітувати центральні спастичні та периферичні в'ялі паралічі. Класичними є



порушення ходи – абазія або неможливість стояти – астазія. При цьому тону м'язів, сила та об'єм рухів у кінцівках зберігаються в положенні лежачи. Відносно рідко спостерігаються втрата голосу – афонія, параліч язика, м'язів шиї, кінцівок, істеричні контрактури. Істеричні паралічі від істинних відрізняються невідповідністю топографії розташування іннервації при локалізації вогнища в центральній нервовій системі (можуть охоплювати або всю кінцівку, або обмежену суглобом частину). Характерні розлади чутливості у формі анестезії, гіпер- та гіпестезії (характерні анестезії у вигляді «шкарпетки» чи «рукавиць»).

**НЕВРОЗ НАВ'ЯЗЛИВИХ СТАНІВ** – загальна назва неврозів, які характеризуються розвитком нав'язливих думок, спогадів, рухів та дій, страхів (фобій), сумнівів. Розвиток неврозу починається, як правило, з виникнення фобій – переживань страху, викликаних різними предметами чи явищами. Найбільш поширеними є нав'язливі сумніви. Зміст їхній різноманітний, як правило, пов'язаний з побутом (чи зачинені двері, вікна, чи вимкнена електрика, газ, вода та ін.) або службовими обов'язками (чи правильні розрахунки, адреси, формулювання та ін.).

Серед фобій найбільш поширені такі варіанти: нозофобія – побоювання за свій стан здоров'я (кардіофобія, канцерофобія, сифілофобія, СНІДофобія та ін.); мізофобія – страх забруднення; айхіофобія – страх гострих предметів; танатофобія – страх смерті. Особливе місце займає страх збожеволіти – маніо- або лісофобія, страхи простору – агорафобія (відкритих просторів), клаустрофобія (зачинених приміщень).

Часто у хворих виробляються вторинні нав'язливі дії або ритуали, що сприяють подоланню первинної нав'язливості. Так, аби не повертатися додому для перевірки чи зачинено двері, хворий спочатку тричі обходить довкола стола або тримає ключ двома руками та ін. Особливе місце займають нав'язливі дії у вигляді ізольованих, моносимптомних рухливих порушень. Найчастіше це тик, перебільшення фізіологічних рухів, що втратили первинний сенс (рухи голови, рук, пальців, повік та ін.). Тик слід диференціювати від гіперкінезу органічного походження, що зазвичай є менш організованими руховими актами, та із звичними діями (спльовування, потирання рук, клацання суглобами, покусування губ та ін.).

**НЕВРОТИЧНА ДЕПРЕСІЯ** є однією з легких форм депресії з переважанням гіпотимії і адинамії і розвивається, як правило, в результаті тривалого впливу суб'єктивно значущих, невирішених психотравмуючих ситуацій. На першому етапі розвитку невротичної депресії виникають вегетосоматичні порушення: коливання артеріального тиску, дисфункції шлунково-кишкового тракту, які виникають внаслідок приглушування хворим негативних емоцій, викликаних психотравмуючою ситуацією. На наступному етапі зростає пониження настрою, виникає афект туги, який не проектується в майбутнє, відбувається зниження активності, порушення сну, почуття тривоги. Зниження активності у встановлення контактів та виборі розваг часто супроводжується втечею в роботу – надмірним захопленням професійною діяльністю. При подальшому розвитку депресії появляється «балакучість» - раніше мовчазні, скритні люди починають розповідати про свої проблеми і переживання навіть випадковим людям. Н. д. при

тривалому протіканні має тенденцію переходу до невротичного розвитку особистості.

**НЕВРОТИЧНИЙ СИНДРОМ** характеризується таким симптомокомплексом: передневротичні особистісні властивості (акцентуації характеру і психопати, тривожність, схильність до фрустрації, невміння долати життєві труднощі та інші), емоційні розлади (фобії, депресія, дратівливість, слабодухість), гіперестезія, підвищена виснижуваність уваги і працездатності, порушення запам'ятовування, нав'язливі думки.

**280. НЕВРОПАТІЯ** – це вроджена дитяча нервовість. Судячи з того, що для дитини з невропатією характерні фізичний інфантилізм; схильність до алергічних реакцій; недорозвинутість ряду систем і функцій організму; наявність ексудативно - катарального діатезу (у 88,3% дітей) причини її лежать в порушеннях внутрішньоутробного розвитку. Про це непрямо свідчить те, що у 56% матерів, у яких народились діти з невропатією, був токсикоз другої половини вагітності, а у 36% з них спостерігалась загроза її мимовільного переривання. У таких дітей відносно часто у внутрішньоутробному періоді відмічалась гіпоксія, асфіксія в період родів. У 63,2% матерів, які народили дітей з невропатією, мали місце важкі переживання в період вагітності. Нерувала мати – нерував плід. Таким чином, не випадково невропатія – саме вроджена дитяча нервовість.

Відомий радянський психіатр Г.Є.Сухарева виділила 2 варіанти невропатії – збудливий і астенічний. При збудливому варіанті дитина імпульсивна, запальна, егоїстична, рухливо розгальмована і надто рухлива, шумна, невгамовна. При астенічному варіанті вона вразлива, ранима, підвищено образлива. Вона швидко втомлюється, виснажується і тоді стає капризною, плаксивою. У неї часто бувають із-за формальної недостатності порушення травлення, запори або рідкий стілець. Характерний для дітей з невропатією ексудативно-катаральний діатез виявляється при астенічному варіанті в схильності до стоматиту, захворювань верхніх дихальних шляхів, в порушеннях травлення. Батьки більше скаржаться на хворобливість такої дитини, ніж на її капризність і вимогливість. Діти з невропатією схильні до шкідливих звичок: смокчуть палець, мнуть шкіру на шиї, займаються онанізмом. Особливо важкі вони в період негативізму, який в них починається раніше - з 2-х років - і триває довше - до 7-8 років. Невропатія частіше зустрічається у хлопчиків ніж у дівчаток (в співвідношенні 1,8:1), у первістків або пізніх дітей.

**НЕВРОЗОПОДІБНІ СТАНИ.** Прикладом неврозоподібного стану є ситуація, коли людина, перш ніж вийти з дому, відчуває нагальну потребу кілька разів перевірити, чи перекритий газ. Причому, пам'ятає, що вже робила це, однак, навіть одягнувши взуття та одяг, знову повертається на кухню, щоб ще раз глянути на газ. Тобто розвивається невроз нав'язливих станів, надзвичайно поширений в наш час. Така особистість є здоровою психічно, проте в її житті з'являються нав'язливі ідеї, які заважають. Проявами неврозоподібного стану також є нав'язливі мелодії, які крутяться в голові, слова, числа. З подібним станом людина здебільшого може впоратися самостійно, однак варто замислитися, чому саме ця мелодія, а не інша? Іноді це спосіб уникнути певних неприємних думок або, навпаки, спосіб заповнити внутрішню порожнечу. Переростає в справжній невроз

неврозоподібний стан поступово. Загострити протікання хвороби можуть негативні явища в житті – перевтома, недосипання, стрес тощо.

**Неврозоподібні стани** (греч. neuron — нерв, -osis — суфікс, що позначає хворобу). Психопатологічні стани, але своїм клінічним проявам неврози, що нагадують, проте їх симптоматика обумовлена не психогенією, а ендо- або соматогенними чинниками. В той же час в генезі Н.с. психогенна травма також може грати патогенну роль додаткового чинника, але вона не є провідним етіологічним моментом. Специфіка Н.с. визначається відсутністю в основі хвороби невротичного конфлікту (Див. Конфлікти невротичні) і виявленням ознак, типових для основного страждання і нерідко маскованих неврозоподібною симптоматикою, наприклад, характерних для шизофренії змін мислення і афектно-особової сфери або симптомів органічної церебральної патології). І при неврозах і при Н.с. можливо поєднання психо- і фізіогенних чинників, проте співвідношення між ними в цих двох групах хвороб інші. Н.с. розглядаються як своєрідний синдром дезадаптації організму, обумовлений ендогенними, соматогенними або екзогенними чинниками [Матвеев В.Ф., 1979]. Вони спостерігаються при шизофренії, МДП, епілепсії, наслідках черепномозкової травми, в постэнцефалитических станах, при соматичних захворюваннях. Клінічна специфіка Н.с. багато в чому визначається особливостями основного захворювання, а також преморбідними особливостями особи.

Син.: псевдоневрози.

**Неврози** (греч. neuron — нерв, -osis — суфікс, що позначає хворобу). Термін введений W. Cullen [1776]. Психогенні (як правило, конфликтогенные) нервово-психічні розлади, захворювання особи, що виникають в результаті порушення особливо значущих життєвих відносин людини і виявляються в специфічних клінічних феноменах за відсутності психотических явищ [Карвасарській Б.Д., 1980]. Для них характерні: оборотність патологічних порушень, незалежно від їх тривалості; психогенна природа захворювання, яка визначається існуванням зв'язку між клінічною картиною Н., особливостями системи відносин, властивої особи хворого, і патогенної конфліктної ситуації (див. Конфлікти невротичні); специфічність клінічних проявів, що полягає в домінуванні емоційно-афектних і соматовегетативних розладів. Критерії діагностики Н. сформульовані А.М. Вейном [1982]: 1) наявність психотравмуючої ситуації (психогенія повинна бути індивідуально значущою і тісно пов'язаною з дебютом і перебігом захворювання); 2) наявність невротичних особливостей особи і недостатності психологічного захисту; 3) виявлення характерного типу невротичного конфлікту; 4) виявлення невротичних симптомів, що характеризуються великою динамічністю і взаємозв'язаних з рівнем напруги психологічного конфлікту.

При всьому різноманітті виділення різних форм невротичних синдромів загально визнаним залишається визнання трьох класичних форм Н. як основні — неврастенії (астеничного Н.), істеричного Н. і Н. нав'язливих станів. В.В. Ковальов [1976] доповнив статичний принцип класифікації Н. характеристикою їх динаміки, виділивши в ній стадії невротичної реакції, невротичного стану і невротичного розвитку.

**Н. анагепический** (греч. an — заперечення, agare — вечеря любові в ім'я Бога, тобто сумісна трапеза близьких по духу людей) [Levy-Bianchini, 1953]. Невротичні стани, що розвиваються у самотніх, покинутих людей і розглядаються або як наслідок травм дитячого або юнацького віку (третирує, грубе звернення — фізичне або моральне), або як результат односторонньої надмірно сильної прихильності до батьків або заміщаючих їх осіб. Не має специфічної клінічної картини, характеризується обширною гаммою невротичних реакцій аж до антисоціальних тенденцій і вчинків [Porot A., 1965].

**Н. актуальний.** Невротичні прояви спостерігаються тільки під час дії тих, що викликали його, тобто що не втратили актуальності, чинників. Термін застосовується в психоаналізі. У генезі Н.а. психоаналітики значну роль додають сексуальним чинникам, зокрема сексуальним розладам «поточного дня», інфантильним, дитячим переживанням. До Н.а. S. Freud відносив і неврастенію і невроз страху.

**Н. астенічний.** Клінічна картина визначається домінуванням астенії. Виникає у зв'язку з тією, що тривало впливає психогенією або тривалим недосыпанням, розумовою або фізичною перевтомою, психотравматичною дією, небезпечною для життя ситуацією. Характерна дратівлива слабкість, підвищена збудливість і легка виснаженість. Швидка поява і нестійка емоційних реакцій. Агріпнія. Часто — гіпотимія.

Син.: неврастенія (греч. neuron — нерв, а — заперечення, sthenos — сила) [Beard G.M., 1869, 1880, van Deusen E.H., 1869], хвороба Бірда, американська хвороба, американське нервово виснаження.

**Н. афектно-шоковий.** Див. Н. переляку.

**Н. військового часу.** Неврози, переважно істеричні, виникаючі у військовий час, особливо в районі бойових дій. Складнішою виявляється діагноста Н. за наявності неважкої травми голови. Див. Н. травматичні.

**Н. декомпенсації** [Foelkel H., 1963]. Неврозоподобні стани, що виявляються в початкових стадіях органічних захворювань головного мозку. Так, наприклад, неврозоподобне стан може бути першим симптомом пухлини головного мозку.

**Н. депресивний.** Характеризується психогенний обумовленим вираженим зниженням настрою в поєднанні з астенічними симптомами. У радянській психіатрії більшість дослідників відносять Н.д. до неврастенії, проте зарубіжні автори [Storing G., 1938; Weitbrecht H.J., 1952; Muller-Hegemann D., 1967 і ін.] розглядають його як самостійну форму, увійшов він і в Міжнародну статистичну класифікацію 9-го перегляду. Частина випадків, що кваліфікуються як Н.д., при подальшому спостереженні виявляються стертими, атиповими формами ендогенної депресії (Див. Депресія невротична, Депресія латентна). Важливу роль грає тривала психотравмуюча ситуація. Диференціальну діагностику Н.д. від легких форм ендогенної депресії полегшує різна реакція на транквілізатори і антидепресанти; перші ефективні при Н.д., другі — при ендогенній депресії [Свядоц А.М., 1982].

**Н. дитячі.** Н., що спостерігаються в дитячому віці. Відрізняються своєрідністю. Незавершеність, рудиментарність симптоматики, переважання сомато-вегетативних і рухових розладів, відсутність особового переживання

хвороби, глибокої внутрішньої переробки пояснюють переважання у дітей моносимптомних Н. і відносну рідкість загальних Н., що спостерігаються лише починаючи з 10-12-річного віку [Ковальов В.В., 1979]. До моносимптоматичних Н.д. відносяться невротичне заїкання, тики, розлади сну, апетиту (психічна анорексія), невротичні енурез і енкопрез, патологічні звичні дії (смоктання пальця, кусання нігтів, онанізм, трихотилломанія, яктація).

**Н. руховий.** Виявляється головним чином руховими розладами — заїканням, функціональними судомами, тремором, психогенними оборотними паралічами. Збірне поняття, що включає інші форми Н. (логоневроз, Н. істеричний і т.д.).

Син.: Н. кінетичний, мотилитетневроз.

**Н. бажання і побоювання** [Leonhard До., 1963]. Розрізняються по їх психогенезу. При перших йдеться про бажаність захворювання (істеричні неврози), при других — невротичний розвиток виникає у зв'язку з побоюваннями (невроз нав'язливих станах, логоневроз заїкання).

**Н. інфантильний.** Н., симптоматика якого в полегшеній формі виявлялася вже в дитячому віці, що дозволяє психоаналітикам бачити і в їх генезі роль либидонозних моментів. Не змішувати з неврозами дитячого віку.

**Н. інформаційний** [Хананашвілі М.М., 1974]. Форма патології вищої нервової діяльності, що виникає унаслідок тривалої роботи мозку в умовах несприятливого поєднання таких чинників, як необхідність обробки і засвоєння великого об'єму інформації, постійного дефіциту відведеного на цю роботу часу і високого рівня мотивації, тобто високої значущості інформації. Істотне значення надається впливу на розвиток хвороби таких (вторинних) чинників, як індивідуальні особливості вищої нервової діяльності, генетичний нахил, астенизація організму, інтеркурентні соматичні захворювання. Автором не виділена скільки-небудь специфічна клінічна картина інформаційних неврозів, тому правомірніше розглядати концепцію інформаційних неврозів як одна з ланок патогенезу неврозів, виділене при розгляді проблеми з позицій теорії інформації і вчення про вищу нервову діяльність.

**Н. іпохондричний.** Характеризується переважанням в клінічній картині тривожних побоювань з приводу свого здоров'я за відсутності об'єктивних для цього підстав. Найчастіше виникає у не-довірливих або астеничних людей, у акцентуированих і психопатичних осіб. Части алгические і сенестопатические симптоми, всілякі варіанти нозофобій, кардіофобії, канцерофобії. Іпохондрії з вираженими нав'язливими страхами А.М. Свядоц [1982] відносить до Н. нав'язливих станів, а ті, в основі яких лежить «втеча в хворобу», механізм умовної приемності або бажаності хворобливого симптому, — до істеричних Н.

**Н. переляку.** Викликається надсильними подразниками, загрозливого життя ситуацією, може виникнути побачивши несподіваної загибелі близької людини. Роль грає не фізична потужність подразника, а психологічно-особова значущість психічної травми. Частіше спостерігається у осіб із слабким типом нервової системи і з недостатньою рухливістю психічних процесів. Психогенія, як правило, є надзвичайно сильною, раптовою, короткочасною, одномоментно діючою. Форма Н. страху.

Син.: Н. афектно-шоковий.

**Н. істеричний.** Невротичний стан, викликаний дією психічної травми, в патогенезі якого грає роль механізм «втечі в хворобу», «умовної приємності або бажаності хворобливого симптому» [Свядош А.М., 1982]. У основі істерії, по І.П. Павлову [1932], лежить слабкість нервової системи, головним чином кора головного мозку, переважання підкіркової діяльності над кірковою і першої сигнальної системи над другою. Характерні велика різноманітність клінічних проявів, роль в їх виникненні навіювання і самонавіяння, підвищена емотивність. Психогенна травма, що викликає Н.и., характеризується меншою інтенсивністю, ніж, наприклад, при шоківих психічних реакціях, але більшою тривалістю дії.

**Н. кардиофобический.** (греч. *kardia* — серце, *phobos* — страх). Н., що характеризується переважанням в клінічній картині нав'язливих страхів, пов'язаних з побоюваннями важкого захворювання серця, смерті від його раптової зупинки і т.д. Див. Кардіофобія, Н. іпохондричний, Н. нав'язливих станів.

**Н. компульсивний.** Див. Н. нав'язливих станів, Компульсії.

**Н. моносимптоматичні** [Сухарева Г.Е., 1959]. Форми неврозів, що спостерігаються переважно у дітей, особливо в перехідні вікові періоди. У клінічній картині домінує один синдром, решта симптоматика виражена нерізно. Розрізняються моносимптоматичні неврози з вегетативно-соматичними розладами — неврози органів (психогенна анорексія, звична блювота); моносимптоматичні неврози з мовними розладами — логоневрози; моносимптоматичні неврози з переважно руховими розладами — тики; психогенні реакції протесту; зміна характеру дитини під впливом несприятливих умов виховання; патологічні реакції в перехідні вікові періоди.

**Н. нав'язливих станів.** Характеризується переважанням в клінічній картині нав'язливих станів — спогадів, відтворюючих психогенно-травматичну ситуацію, думок, страхів, дій. У генезі грають роль: психічна травма; умовно-рефлекторні подразники, що стали патогенними у зв'язку з їх збігом з іншими, що викликали раніше відчуття страху; ситуації, що стали психогенними у зв'язку з конфронтацією протилежних тенденцій [Свядош А.М., 1982]. Може виникнути при різних типологічних особливостях, але найчастіше у психастенических осіб.

**Н. обсессивний.** Див. Н. нав'язливих станів.

**Н. очікування** [Краерелін Е., 1908]. Невротичний стан, що характеризується наявністю конституціонально-сприяючих чинників (тривожна недовірливість, емоційна лабільність), утрудненням в здійсненні тієї або іншої звичної функції (мова, ходьба, ковтання, сечовипускання, статевий акт і т.п.), відчуттям тривожного очікування неминучої невдачі. Форми прояву — заїкання, хода», що «заїкається, лист», що «заїкається, сечовипускання», що «заїкається, тривожне очікування безсоння і т.д. Е. Краерелін відносив Н.о. до понопатиям. У вітчизняній психіатрії В.о. розглядається або як форми нав'язливих станів [Свядош А.М., 1959, 1971], або як синдром тривожного очікування в клініці різних форм прикордонної патології, особливо неврастенії і психастенії [Ушаков Г.К., 1978]. При цьому підкреслюється його моносимптомная очерченость і монотематичний зміст, схильність до періодичності течії.

**Н. пенсійний.** Виникає у зв'язку з переходом па пенсію. Велику роль грають порушення звичного устрою життя, вимушена бездіяльність, втрата колишніх

інтересів, що не компенсується появою нових. Часто до цього приєднується самота (Див. Н. анагепический), соматичне неблагополуччя. Клінічна картина не є одноманітною, багато в чому визначається преморбідними особовими особливостями і соціальними, мікросредовими чинниками.

**Н. післяродові** [Friedrichs H., 1951]. Невротичні розлади, що виникають після родів і викликані емоційною незрілістю, астенизацією, боязню не справитися з материнськими обов'язками.

**Н. рентний** (йому. Rente — пенсія, регулярний дохід з капіталу, майна, землі, по облігаціях, що не вимагає підприємницької діяльності). Форма Н. істеричного, виникаючого у осіб, що постраждали в якій-небудь ситуації і претендували на компенсацію, не завжди правомірно. Часто поєднується з кверулянтськими установками.

**Н. мови.** Див. Заїкання, Логоневроз.

**Н. системні.** [Мясищев В.Н., 1959]. Порушення систем (органів травлення, дихання, кровообігу, половою і т.д.), у виникненні і перебігу яких грає роль психогенний або умовнорефлекторний механізм. Вони обумовлені утрудненнями у взаєминах людини з навколишнім середовищем, які за умовами діяльності викликають перенапруження в певній системі, що знаходить свій вираз переважно в порушенні функціонування цієї системи або органу. Відмінність Н.с. від загальних неврозів полягає в порушенні анатомо-фізіологічної системи, периферичний кінець якої знаходиться у внутрішньому органі, а центральний — в корі великого мозку, в порушенні нормальних психофізіологічних відносин між діяльністю органу і психічною діяльністю. У той же час Н.с., як і загальні, пов'язані з перенапруженням і патогенними умовами. Поняття Н.с. запропоноване замість старого терміну «неврози органів».

По І.М. Аптеру [1966], системний невроз є поняттям динамічним, він може переростати в загальний невроз, і, навпаки, в клінічній картині загального неврозу з часом можуть стати домінуючими розлади переважно який-небудь однієї системи. У зв'язку з цим існує точка зору, згідно якої системні порушення розглядаються як один з синдромів загального неврозу [Карвасарській Б.Д., 1980].

**Н. соціальні** [Weizsacker V., 1929]. Три форми так званих соціальних неврозів:

1. Неврози зльоту, що спостерігаються у людей, які стрімко підносяться по сходах соціальної ієрархії і не можуть адаптуватися до свого нового суспільного статусу.

2. Неврози падіння, що виникають при зниженні соціального положення хворого.

3. Неврози правоти — різновид рентних неврозів, проте мета хворого полягає не тільки і не стільки в тому, щоб добитися ренти, а в досягненні торжества справедливості.

**Н. страху** [Freud S., 1892]. Основний симптом — поява, частіше гостра, відчуття тривоги, страху. Страх немотивований, не залежить від ситуації або яких-небудь уявлень, позбавлений фабули. Інтенсивність його коливається. Виникає після важкої, іноді затяжної, психічної травми. Є дані про роль спадкового нахилу. Можливо фізіогенне виникнення відчуття страху, наприклад, при гострому

нападі стенокардії. Часто невротичні страхи у дітей носять нападopodobний характер, простежується тенденція можливого їх переходу в невротичне формування особи.

**Н. травматичний** [Oppenheim H., 1889]. Поняття введено в кінці ХІХ століття на основі спостережень над невротичними картинами, що виникли у потерпілих в залізничних аваріях. Інтерес до Н.т. особливо посилювався з початком І світової війни. Виділявся гострий початок по типу психічного шоку (у важких випадках спостерігається «психоз переляку»). У подальшому характерний депресивно-іпохондричний стан з вираженими істеричними проявами (функціональні паралічі, мутизм, розлади чутливості) і початківцями грати все велику роль рентними установками. Відбувається так званий травматичний розвиток особи. Указувалося на значну неоднорідність випадків Н.т. — разом з типовим невротичним розвитком особи, переважно по істеричному типу, спостерігалися випадки прогресивного перебігу органічної патології, виникнення епілептичних припадків, розвиток параноїдних картин, у деяких хворих манифестував шизофренічний процес [Бунеев А.Н., 1935].

**Н. фобический.** Див. Н. нав'язливих станів, Нав'язливі стани.

**Н. характеру.** Термін, введений психоаналітиками, для позначення стійких невротичних станів, що виникли як сублімація або витіснення тих, що утворилися в ранньому дитинстві і неприйнятних для «Я» сексуальних переживань, інфантильних либидонозних конфліктів. У його формуванні в основному беруть участь окремі риси вдачі, відповідні інфантильним бажанням. Див. Н. інфантильний.

Син.: характер невротичний, характероневроз.

**Н. шкільний.** Особлива форма Н. страху. Спостерігається, головним чином, у молодших класів, що вчать. Характерні стійкий страх відвідин школи, що супроводжується реакціями пасивного протесту, істеричні реакції (наприклад, істерична блювота). Генез їх пояснюється страхом розлуки з матір'ю, боязню труднощів, пов'язаних з навчанням, насмішок однолітків.

**Н. шоківий.** Див. Н. переляку.

**Н. експериментальний.** Порушення вищої нервової діяльності у тварин, що викликається штучно з метою вивчення етиопатогенеза неврозів людини. Вперше експериментальні моделі Н. були створені І.П. Павловим і його співробітниками на собаках.

**Н. ятрогенний** (греч. iatros — лікар, -genes — породжуваний) [Frankl V.]. Н., що виник у зв'язку з ятрогенією. Найчастіше протікає з симптомами нозофобії, тривожних побоювань за своє здоров'я. Різновид Н. нав'язливих станів.

**НЕВРОТИЧНИЙ РОЗВИТОК ОСОБИСТОСТІ** - сталі за клінічними проявами, практично незворотні зміни всієї особистості людини, зумовлені тривалим перебігом неврозу, коли зафіксується «входження» або «втеча» у хворобу. Розвиток цього стану може призвести до стійкої соціально-трудова дезадаптації хворого, а відтак закінчитися його інвалідністю. Лікування (підтримуюче) проводять в основному амбулаторно. Періодично, при розвитку стану декомпенсації, хворого госпіталізують у відділення неврозів або в денний стаціонар, де лікують так само, як при неврозах. Профілактикою невротичного



розвитку особистості є запобігання розвитку неврозів і своєчасне якісне лікування в фазі їх виникнення.

**НЕГАТИВІЗМ** – немотивований протімпульс, безглузда протидія, опір будь-якій дії ззовні, відмова виконувати її. Іноді непереборне бажання зробити наперекір. Виділяють негативізм активний (дії, протилежні щодо інструкції або пасивного руху лікаря) і пасивний (відсутність будь-яких дій за відповідної інструкції).

**НЕДОУУУУУМСТВО** – стійке зниження пізнавальної діяльності, неможливість користуватися збереженою інформацією й утруднення набуття нової. Див. **Деменція. Олігофренія.**

**НЕДОУУУУМСТВО КОНЦЕНТРИЧНЕ** – тип недоумства, що характеризується поступовим зосередженням інтересів хворого на власній особистості, функціях свого організму. Мислення стає загальмованим, малорухомих, в'язким, деталізованим, конкретним. Думки фіксуються на дрібницях. Хворий не може відокремити головне від другорядного. Погіршується пам'ять, випадають окремі слова, внаслідок чого мова стає збіднілою і одноманітною. Інтереси поступово звужуються і зосереджуються на соматичній сфері. Втрачаються наукові, громадські та професійні інтереси. Процес розривається поступово, концентрично. Характерне для епілепсії.

**НЕДОУУУУМСТВО ЛАКУНАРНЕ** – тип недоумства, що характеризується зниженням пізнавальної діяльності. Переважає розлад пам'яті та уваги. Ядро особистості, критика та поведінка довго залишаються незмінними. Спостерігається найчастіше при осередковому ураженні головного мозку.

**НЕДОУУУУМСТВО ТОТАЛЬНЕ** – тип недоумства, що характеризується повним зниженням усіх форм пізнавальної діяльності. Проявляється слабкістю інтелекту, пам'яті, уваги, зниженням почуттів, насамперед вищих, а також волі. Знижується рівень суджень, порушуються критика, поведінка та ядро особистості хворого. Спостерігається при старечому недоумстві, прогресивному паралічі та інших недугах.

**НЕДОУУУУМСТВО ТРАНЗИТОРНЕ** – тип недоумства, що характеризується слабкістю пізнавальної діяльності. Патологія розвивається повільно внаслідок інтенсифікації деструктивного процесу. Функціональні порушення вищої нервової діяльності демонстративні, глибокі. Розвивається на тлі зниження енергетичного потенціалу. Попри відсутність розладів пам'яті, достатній рівень формальних знань, хворий повністю соціально дезадаптований, неспроможний до будь-якої практичної діяльності. Порушення єдності психічних процесів супроводжується бездіяльністю. Характерний для шизофренії (шизофренічне недоумство).

**НЕЙРОЛЕПТИКИ** – психотропні препарати різної структури. Основними властивостями нейролептиків є їх антипсихотична дія. Вони блокують або редукують галюцинаторні та маячні розлади, зменшують афективну напругу, психорухове збудження і нормалізують патологічно змінену поведінку.

**290. НЕЙРОТИЗМ** (гр. neuron - жила, нерв) – характерологічна особливість людини, яка виражається в її схильності до невротичних реакцій, нервових "зривів", стану тривоги тощо.

**НЕКРОФІЛІЯ** (гр. νεκρός – мертвий, любов, filia - любов) – прагнення одержати статеве задоволення з трупами жінок.

**НЕКРОФОБІЯ** (гр. νεκρός – мертвий, φόβος - страх) – прояв нав'язливості, патологічний страх під час споглядання трупів або згадування про них.

**НЕНАВІСТЬ** – почуття, що проявляється різко негативним ставленням до когось, чогось.

**НЕПРІЯЗНЬ** – морально-психологічне відчуття несприйняття людини людиною.

**НЕУВАЖНІСТЬ** – збірне поняття, під яким розуміють неможливість зосередити увагу на певному об'єкті.

**НІГІЛІЗМ** (лат. nihil – ніщо) – психологічний феномен, що відображає деструктивний умонастрій, виявляється запереченням традицій, нівелюванням цінностей. Еріх Фромм запропонував підходити до Н. як до одного з механізмів психологічного захисту. Він вважав, що центральною проблемою людини є властива людському існуванню суперечність між буттям «кинутої в світ помимо своєї волі» і тим, що вона виходить за межі природи завдяки здатності усвідомлювати себе, інших, минуле і майбутнє. Фромм стверджує, що розвиток людини, її особистості відбувається в рамках формування двох основних тенденцій: прагнення волі і прагнення до відчуження. Розвиток людини йде шляхом збільшення «волі», але не кожна людина може адекватно скористатися цим шляхом, викликаючи ряд негативних психічних переживань і станів, і це приводить її до відчуження. В результаті людина втрачає своє «Я». Виникає захисний механізм «втеча від волі», для якого характерні: мазохістські і садистські тенденції, деструктивізм, прагнення людини зруйнувати світ, щоб той не зруйнував її саму, нігілізм, автоматичний конформізм.

**НІКТОФОБІЯ** (гр. nyktos – ніч, phobos - страх) – нав'язливий страх перед темрявою.

**НІМФОМАНІЯ** (гр. νύμφη - наречена, μανία - пристрасть, безумство). Термін походить від древніх грецьких міфів. Німфи – красиві жінки божественного походження, які викрадають чоловіків для задоволення власної хтивості. Древні греки вірили, що німфи володіють мистецтвом приносити задоволення. З медичної точки зору німфоманія – патологічно підвищений статевий потяг у жінок, що виявляється у прагненні до частих статевих зносин з різними чоловіками або частій і тривалій мастурбації (онанізм). Син.: **АНДРОМАНІЯ**

**НОЗОЛОГІЯ** (гр. νόσος – хвороба + гр. λόγος – вчення) – вчення про хвороби, що містить біологічні та медичні основи хвороб, а також їх етіологію, патогенез, номенклатуру і класифікації, профілактику захворювань. Відповідно до нозології виділяють нозологічні одиниці, або форми, тобто ту чи іншу конкретну хворобу з типовим для неї поєднанням симптомів і функціонально-морфологічними змінами, які є їх основою, а також певною етіологією й патогенезом. Нозологію складають наступні вчення і поняття: **етіологія** – вчення про причини виникнення хвороб; **патогенез** – механізми виникнення та розвитку хвороби; **патоморфогенез** – морфологічні зміни, що виникають при розвитку хвороб; **вчення про номенклатуру і класифікацію хвороб**; теорія діагнозу, тобто ідентифікація хвороб; **патоморфоз** – вчення про мінливість хвороб під впливом

різних факторів; **лікарські помилки та ятрогенії** – хвороби та патологічні стани, викликані дією медичного персоналу.

Окремі захворювання позначають як нозологічні одиниці або нозологічні форми: пневмонія, бронхіальна астма, пієлонефрит і т. д. Уявлення про нозологічної одиниці не є стабільним, оскільки відображає рівень розвитку медицини. По мірі накопичення інформації відбувається об'єднання синдромів у нозологічну одиницю. До ключових понять нозології відносять норму, хворобу, здоров'я, патологічний процес, патологічну реакцію, патологічний стан. Останнім часом стали виділяти приватну нозологію. Вона вивчає ті ж питання, що і загальна нозологія, але тільки при конкретному захворюванні.

**НОЗОФОБІЯ** (гр. *posos* – хвороба, *phobos* – страх) – нав'язливий стан, що виявляється патологічним страхом захворіти на невиліковну хворобу (сифілофобія, канцерофобія).

**300. НООТРОПИ** (гр. *noos* – мислення, розум, *tropos* – напрямок) – різноманітні за хімічною структурою психотропні препарати, що активізують вищі психічні функції, нормалізують процеси тканинного метаболізму в центральній нервовій системі. Поліпшують перебіг кіркових процесів, розумову діяльність, підвищують інтегративну здатність головного мозку до запам'ятовування, не збуджуючи центральну нервову систему. Ще до винайдення Н. люди використовували здатність деяких рослин «прочищати мізки», покращувати розумову діяльність – від чаю та кави, коли до екзотичних лимонника, женьшеню і гінґко білоба, а також барвінку малого, з алкалоїдів якого сьогодні роблять популярні препарати вінпоцетин, кавінтон.

-0-

**ОБНУБІЛЯЮЧІЯ** (лат. *obnubi-latiom* – затуманеність) – легка короткочасна форма розладу свідомості з моментами прояснення, коли хворий на деякий час опритомнює, а потім знову ніби поринає у хмари. Такий хворий нагадує людину в стані легкого сп'яніння: увага розсіяна, не може відразу правильно дати відповідь на запитання, заповільнене сприймання подій, настрої дещо підвищений.

**ОБСЕСІЇ** - (*obsession*) – як спеціальний термін – думка або група думок, що настирливо виникає в свідомості хворого поза його волею незважаючи на те, що він сам розуміє ненормальність того, що відбувається. Обсесії (синоніми: нав'язливі або компульсивні думки) – основні симптоми неврозу нав'язливих станів.

**ОГЛУУУШЕННЯ** – симптомокомплекс, що характеризує порушення свідомості. Людина реагує тільки на сильні (фізичні або психічні) подразнення. Сприймання навколишнього неясне, нечітке, спогади різко обмежені або відсутні. Синтез утруднений, орієнтування щодо місця, часу різко порушене або втрачене, емоції знижені. Рухова активність відсутня або ослаблена. Міміка хворих невиразна. Вони звичайно сидять або лежать в одному положенні. Іноді

спостерігаються явища ейфорії. О. є зворотним, функціональним розладом і переважно проходить після полегшення стану основного захворювання. В тяжких випадках О. зростає, посилюється сонливість, нерухомість, хворий перестає реагувати навіть на дуже голосну мову. Тільки на сильні подразники, наприклад, укол, хворий реагує мімікою болю, легким стогоном, спробою відсунутися. О. як правило розвивається на фоні соматичного захворювання, травми, інфекції.

**ОЛІГОФАЗІЯ** (гр. oligos – малий; phasia – говорити) – спостерігається при ураженнях головного мозку, частіше – лобної долі домінантної півкулі. Крайнє збіднення словникового запасу та порушення мови, характерне для постнападного та міжнападного періодів при епілепсії. Хворий говорить повільно, не зразу відповідає на запитання, забуває потрібні слова, часто зупиняється, довго підбирає потрібні висловлювання. Я.П. Фрумкін (1938) розглядав гостру постнападну О. як амнестично-афатичний комплекс, а міжнападну – як постійну, прогресуючу, зумовлену збідненням словникового запасу, пов'язаного із зростанням епілептичного слабоумства.

**ОЛІГОФРЕНІЯ, НЕДОУУУУМСТВО ВРÓДЖЕНЕ** (гр. oligos – малий, гр. rhēn - розум) – вроджене або виражене в ранньому віці (у перші 3 роки життя) слабоумство, виражається в недорозвиненні всієї психіки, але переважно інтелекту. Вроджене слабоумство з ознаками недорозвинення (олігофренію) прийнято відрізняти від деменції – набутого слабоумства з розладом психічної діяльності. О. характеризується затримкою розвитку інтелекту внаслідок причин, які діяли внутрішньоутробно або в ранньому дитинстві. Психічний недорозвиток при О. носить дифузний, тотальний характер, при чому недорозвиток в першу чергу стосується найбільш диференційованих функцій мозку (філогенетично і онтогенетично молодих), тоді як елементарні функції (еволюційно старіші) відносно збережені. Поряд із слабкістю мислення спостерігається недорозвиток органів чуття, внутрішніх органів, аномалії розвитку: незрощення м'якого чи твердого піднебіння, дефекти будови черепа, шкірних покривів, недорозвиток моторики. Важливе значення має виховання, навчання та привчання олігофренів до праці.

В залежності від етіологічних факторів виділяють О. недиференційовані, у формуванні яких беруть участь різноманітні фактори, а також диференційовані О. з визначеною етіологією. Виникнення недиференційованих О. пов'язано із впливом різноманітних несприятливих факторів. При О. такого роду відбувається пошкодження або зародка, або дещо пізніше внутріутробне ураження головного мозку. недиференційовані О. можуть бути у формі **ідіотії, імбецильності та дебільності** (див вище).

До диференційованих О. належать:

**1. Мікроцефалія.** При мікроцефалії горизонтальний обхват черепа становить менше 49 см (мінімальний 22 см). Вага мозку сильно знижена (150-400 г), півкулі недорозвинені, звивини, особливо лобні, також недорозвинені, тоді як мозок, підкіркові вузли переважно бувають звичайної величини. Психічні порушення при М. значні, ступінь О. глибока і наближається до **абсолютної і типової ідіотії**. Причини мікроцефалії – різноманітні шкідливі фактори, які впливають на плід на ранніх термінах вагітності (вірусні захворювання матері: гри, хвороба Боткіна,

краснуха); інтоксикації (алкоголь, туберкульоз, діабет), застосування хіміопрепаратів (хінін, сульфаніламід), токсоплазмоз.

**2. Токсоплазмоз** – захворювання, яке виникає внаслідок проникнення токсоплазми (найпростіші) в плід через плаценту від зараженої матері чи внаслідок інфікування дитини в перші роки життя. Ступінь О. при токсоплазмозі може бути різною. Одночасно можуть спостерігатися **епілептоформні напади, кататонічні розлади**.

**3. Фенілпіровиноградна О.** виникнення її пов'язане з порушенням обміну однієї з амінокислот – фенілаланіну та утворення з організму великої кількості фенілпіровиноградної кислоти, яка визначається у великих дозах в сечі, крові, поті. Поряд з глибокими ступенями О. (імбецильність, ідіотія) спостерігається гіпопигментація шкірних покривів, райдужки, спостерігається також порушення обміну вітаміну В. на відміну від інших видів О. має прогредієнтність, пов'язану із зростаючим порушенням метаболізму певних систем. Може бути до певної міри регредієнтною при правильному проведенні етіологічної терапії.

**4. Хвороба Лангдона-Дауна** – вроджене захворювання з глибокою ступінню О. та характерним зовнішнім виглядом хворих. Хворі відрізняються рухливістю, вони ласкаві, схильні до наслідування, міміка і жести достатньо виразні. Для хворих характерним є зовнішній вигляд: шароподібна голова, широко розташовані очі з епікантусом – складкою на верхній повіці, короткий кирпатий, дещо приплюснутий ніс, рідкі зуби, покреслений смугами язик, низький ріст, зниження тону м'язів та розхитаність в суглобах. Причини хвороби Лангдона-Дауна невідомі. Великого значення надають патологічній спадковості та хромосомним аномаліям.

**5. Рубеоляяярна ембріопатія** виникає в тих випадках, коли мама протягом перших 3 місяців вагітності хворіє вірусним захворюванням – краснухою. Глибокі ступені О. супроводжуються глухонімотою, вродженими вадами серця, катарактами.

**6. О., пов'язана з позитивним резус-фактором** розвивається тоді, коли в плоду фактор від'ємний. Причина О. пов'язана з проникненням через плаценту в організм плоду резус-антитіл та розвитком ураження головного мозку. Одночасно спостерігаються гіперкінези, парези і паралічі.

**7. О. пів'ядна з дискератозом** зумовлена недостатнім поступленням вітаміну А в організм матері під час вагітності, особливо в перші 3 місяці. Одночасно виявляються епілептоформні напади, іхтіоз.

**8. Резидуальна О.** зустрічається найчастіше. Зупинка розумового розвитку пов'язана з перенесеними в ранньому дитинстві травмами, інфекційними захворюваннями – менінгітами, менінго-енцефалітами. Одним з наслідків є **гідроцефалія** – збільшення кількості ліквору в субарахноїдальних проміжках (зовнішня гідроцефалія), та в шлуночках мозку (внутрішня гідроцефалія). При гідроцефалії обхват черепа досягає 70-75 см і більше, відзначається послаблення або навіть втрата зору. Психічний недорозвиток при гідроцефалії може бути різним – від легкої дебільності до абсолютної ідіотії.

Велике значення в попередженні виникнення О. відіграє профілактика різних захворювань матері (особливо вірусних), інтоксикацій, а також своєчасному і правильному лікуванні травм та інфекцій раннього дитячого віку.

**ОНАНИЗМ, МАСТУРБАЦІЯ** – переживання статевого задоволення не в разі реалізації нормального статевого акту, а з допомогою механічного подразнення статевих органів (ерогенних зон). Мастурбацію у чоловіків називають онанізмом, за іменем персонажа Старого Заповіту Онана, який проливав сперму на землю, не маючи бажання мати спільне потомство з дружиною померлого брата. На Русі мастурбація називалася грецьким словом «малакія» або слов'янським «рукоблудство» і вважалася за гріх, який православна церква суворо засуджувала. На сучасному етапі з М. пов'язаний ряд психологічних та медичних проблем. Зокрема, в деяких випадках М. буває вимушеною, компульсивною (схильність до повторювання поведінкових актів – емоційних, пізнавальних та моторних), що виступає не як передбачення чи доповнення партнерського сексу, а як його альтернатива. З одного боку, це впливає із властивостей особистості суб'єкта (хвороблива сором'язливість, страх зараження ВІЛ-інфекцією, нездатність до інтимності тощо). З другого боку, масово розповсюджена комерційна еротика і віртуальний секс часто націлені не на активізацію партнерських стосунків, а на самозадоволення. В результаті, компульсивна М. сприяє подальшому відокремленню сексуальної активності не тільки від репродукції, але і від психологічної інтимності, роблячи людину ще більш самотньою.

**ОНЕЙРІЇД** (древньогр. ὄνειρος – сновидіння, εἶδος - вид) – шизофренічний делірій – психопатологічний синдром з наявністю розгорнутих картин фантастичних сновидінь та псевдогалюцинаторних переживань, які переплітаються з реальністю. Проявляється малочисельними галюцинаціями фантастичного надприродного змісту, в яких хворий не бере участі, але відчуває особливу відповідальність за все, що відбувається. Галюцинації змішуються з реальною дійсністю і складають єдине ціле (подвійне орієнтування). Реальність, як правило, знижена у своєму значенні або зовсім не сприймається хворим. Спостерігається ілюзорно-галюцинаторне сприйняття оточуючого світу, емоційне напруження (страх, чекання).

**ОНИХОФАЗІЯ** (древньогр. ὄνυξ – ніготь, φαγεῖν – їсти, пожирати) – психічний розлад, який проявляється звичкою обкушувати нігті.

**ОНТОГЕНЕЗ** (гр. οντογένεσις: ον – буття й γένεσις – походження, народження) – індивідуальний розвиток організму з моменту утворення зиготи до природної смерті. У багатоклітинних тварин у складі онтогенезу прийнято розрізняти фази ембріонального (під покровом яйцевих оболонок) і постембріонального (за межами яйця) розвитку, а у живонародних тварин – пренатальний (до народження) і постнатальний (після народження) онтогенез. У багатоклітинних рослин до ембріонального розвитку відносять процеси, які відбуваються в зародковому мішку насінневих рослин.

Термін вперше був введений Ернстом Геккелем в 1866 році. В ході онтогенезу відбувається процес реалізації генетичної інформації, отриманої від батьків.

Онтогенез ділиться на періоди:

1. Ембріональний (зародковий) – від утворення зиготи до народження або виходу з яєчних оболонок;

2. Постембріональний (післязародковий), або дорепродуктивний – від виходу з яєчних оболонок або від народження до набуття організмом здатності до розмноження.
3. Репродуктивний – період, коли організм здатен до розмноження.
4. Пострепродуктивний – від втрати здатності до розмноження і до смерті. У деяких видів цей період відсутній (горбуша після розмноження гине).

**310. ОПІЙ** (засохлий сік макових голівок) – тягуча біла рідина, що нагадує клей ПВА. Іноді опієм чи героїном просочують клаптики тканини або бинти. Дуже рідко використовують офіційні опіюди (промедол, кодеїн, тебаїн, пентидил та ін.). При зловживанні розвивається хвороблива пристрасть - **наркоманія**. У разі передозування розвивається сонливість, сповільнюється і стає нечіткою мова. Поступово падає кров'яний тиск, сповільнюється дихання, й людина непритомніє (спочатку сопор, а потім кома) і потребує негайної медичної допомоги.

## **-П-**

**ПАЛІМПСЭСТ** (гр. παλίμψηστον – знову зчищений) – лакуарна алкогольна амнезія, специфічне порушення пам'яті, характерне для **алкоголізму**. Розлад, що характеризується нездатністю відтворювати окрему подію, епізоди, деталі, які стосуються періоду алкогольної інтоксикації, тобто хворий не пам'ятає події, учасником яких був у стані алкогольного сп'яніння. Поява П. свідчить про систематичне зловживання алкогольних напоїв. Виявляються на початковій стадії алкоголізму, тоді як амнезії проявляються на фоні же сформованого синдрому **фізичної залежності**. П., тобто випадіння з пам'яті окремих відрізків часу (хвилин, годин) в стані алкогольного сп'яніння при збереженні впорядкованості поведінки і контактів в цей період в дорослих вважається симптомом вже сформованого алкоголізму. У підлітків П. можуть зустрічатися навіть при перших алкогольних сп'яніннях при наявності в анамнезі черепно-мозкових травм чи пернесених мозкових інфекціях. Іноді П. можна спостерігати при алкогольному сп'янінні на фоні конституційної епілептоїдної психопатії або акцентуації такого ж типу.

**ПАМ'ЯТЬ** – психічна функція збереження у свідомості минулих вражень, відтворення досвіду. Один із феноменів розумової діяльності людини. В основі її лежать чотири процеси: запам'ятовування, збереження, відтворення й пізнавання.

**ПАМ'ЯТІ ВИДИ.** За методом запам'ятовування: **мимовільна** – інформація запам'ятовується без спеціальних прийомів заучування, під час виконання діяльності або роботи з інформацією та **довільна** – цілеспрямоване заучування за допомогою спеціальних прийомів. Ефективність запам'ятовування залежить від прийомів та цілей запам'ятовування. За характером переважаючої психічної активності П. буває **рухова** – П. на рухи та їх системи; **емоційна** – пам'ять на почуття, які виступають стимулом до діяльності; **образна** пам'ять на уявлення: зорова, слухова, нюхова, смакова, дотикова; **словесно-логічна** – специфічно людська, запам'ятовується думка у формі понять.

За тривалістю збереження інформації П. буває **сенсорна** – триває 0,2 - 0,5 секунди, дозволяє людині орієнтуватися в оточенні; **короткочасна** – забезпечує запам'ятовування одноразової інформації на короткий проміжок часу – від кількох секунд до хвилини; **довготривала** – збереження інформації протягом тривалого часу; **оперативна** – проявляється під час виконання певної діяльності і необхідна для її виконання в кожний заданий проміжок часу. **Короткочасна П.** є практично повністю автоматичною і працює без будь-якої свідомої установки на запам'ятовування. Людина може охопити поглядом близько семи предметів, запам'ятовуючи у середньому від п'яти до дев'яти одиниць інформації, які вона спроможна точно відтворити через кілька десятків секунд після їхнього пред'явлення. Тому обґрунтовано вважають, що обсяг короткочасної пам'яті становить  $(7 \pm 2)$  елементи. **Довготривала П.** забезпечує людині тривале збереження знань, умінь і навичок, що потрібні в житті. Встановлено, що інформація найкраще запам'ятовується, якщо до неї повертатися через визначені проміжки часу. Перший складає 15-20 хв, що зв'язано з роботою короткочасної пам'яті. Через дві години в людини включаються функції довгострокової пам'яті. Найкраще повернутися до вивченого через вісім годин і через добу. Якщо ж матеріал не повторювати, він буде сприйматися як новий. П. не локалізована в якійсь конкретній частині мозку, вона може залежати від зміни шляхів, якими проходять нервові імпульси при їхньому поширенні в мозку. Пам'ять можна тренувати шляхом постійного використання так, щоб між нервовими клітинами (нейронами) мозку установилися чіткі зв'язки. Події, що запам'ятовуються в короткочасній пам'яті, швидко забуваються, у той час як події, що залишилися в довготривалій пам'яті, запам'ятовуються надовго і можуть бути відновлені через багато років.

**ПА́НІКА** (давньогр. *πανικός* – підсвідомий жах, букв. вселяється богом лісів Паном) – психічний стан людей - несвідомий, нестримний страх, викликаний дійсною чи уявною небезпекою, що охоплює людину чи багатьох людей, неконтрольоване прагнення уникнути небезпечної ситуації. При цьому блокується здатність до раціональної оцінки обстановки, мобілізації вольових ресурсів, що призводить до певних труднощів у організації спільної протидії. Список, які для паніки є типовими такі симптоми: сильне серцебиття, прискорений пульс, пітливість, утруднене дихання, задишка, біль у грудях, запаморочення, слабкість, непритомність, нудота або неприємні відчуття в животі, страх смерті, оніміння кінцівок, блідість. Як правило, панічні тривоги починаються раптово, а потім збільшуються, досягаючи свого піку протягом декількох хвилин і тривають протягом декількох годин. Під час нападу існують, принаймні, деякі симптоми з вищевказаного списку. Досить часто під час нападу паніки залишається страх агорафобії (страх відкритого простору й натовпу) і тривоги за неповторення паніки.

**ПАРА́ЛІЧ ПАРКІНСО́НА ТРЕМТЯ́ЯЯЧІЙ** розвивається у віці 45-70 років. В 50 % випадків спостерігаються психічні порушення. У період дебюту захворювання, ще до появи неврологічних розладів (тремору, ригідності м'язів, гіпокінезії), виявляють характерологічні розлади: дратливість, егоцентризм, підозріливість. У 70 % пацієнтів – депресивні прояви, найчастіше неглибокі, психогенно забарвлені. У частини пацієнтів спостерігаються маячні переживання з



маломасштабними ідеями переслідування, втрати. У 40-80 % хворих на пізніх стадіях виявляють зниження пам'яті і рівня суджень із стійким інтелектуально-мнестичним дефектом на тлі незначної ейфорії. У пізніх стадіях можливі психотичні розлади: деліріозні, стани сплутаності зі збудженням, **галюциноз** із тактильним і вісцеральним забарвленням.

**ПАРАМІМІЯ** (гр. para- біля, коло – форма апраксії, при якій кінетична система (жести) суперечить іншим поведінковим індикаторам емоційності. Потворні гримаси, мімічна гра, що не відповідає ні змістові висловлювань, ні його емоціям.

**ПАРАМНЕЗІЯ** (гр. para- біля, коло, mnesia – пригадування) – хворобливий психічний стан, який проявляється розладом пам'яті, що виникає внаслідок амнезії, коли прогалини в пам'яті заповнюються несправжніми спогадами. У виникненні П. в нормі важливу роль відіграють емоції та афекти, типовим, зокрема, є вплив переоцінки власної особистості на завершення подій. В сучасній медичній психології встановлений взяток П. з межовими станами (стресом, гострою та хронічною втомою), психастенією та іншими змінами функціонування ЦНС.

**ПАРАНЮЯ** (древньогр. παράνοια – божевілья) – психічне захворювання, що характеризується систематизованими маячними ідеями без видимих порушень інтелекту, але й без критичної оцінки психофізіологічного стану. Даний психічний розлад характеризується тривалими періодами необґрунтованої недовіри до навколишніх, а також підвищеною сприйнятливістю. Порушення характеризується підозрілістю і добре обґрунтованою системою **надцінних ідей**, які набувають характеру **маячні**. Ця система переважно не змінюється і могла би бути цілком логічною, якби вихідні патологічні ідеї були правильні. Оскільки деградація хворих найчастіше відбувається тільки на кінцевих стадіях захворювання (часто їм вдається надати реальності своєму маячному мисленню, втягуючись у судові та сутяжницькі види діяльності), вони рідко потрапляють до психіатричної клініки. У хворих П. немає манірної поведінки, емоційної нестабільності, гротескних галюцинацій та незвичайних ідей, які мають місце при інших психопатологічних станах. Більшість здатні підтримувати, принаймні поверхово, економічну та соціальну адаптацію. І лише тоді, коли їх спонування приводять до конфлікту із суспільним благополуччям, стає очевидною необхідність госпіталізації.

П. слід відрізняти від інших маячних розладів, які носять назву параноїдальних, які переважно пов'язані з органічною патологією (церебральним атеросклерозом, синильними психозами) чи з шизофренією. Маячня при параноїдальних розладах мінлива і не настільки логічно опрацьована, як при П. крім того, її можуть супроводжувати галюцинації, зміни емоційних станів та соціально неприємлива поведінка. Часто хворі є залежними від наркотичних засобів. Одного разу появившись, безглузді ідеї міцно утримуються і їх не вдається усунути жодними переконаннями. Разом з тим, вони розмножуються і завдяки логічного обґрунтування, і завдяки поступовому виникненню нових безглузвих ідей. Протікання захворювання хронічне, в ньому можна виділити три стадії. Перша, підготовча стадія, обіймає період часу, коли маячня ще не виявлялася у вчинках хворого і про її існування дізнаються лише потім, коли захворювання проявилось. Тоді виявляється, що ще за кілька місяців чи й раніше, у хворого

відбулася зміна характеру. Продовжуючи свій звичний спосіб життя і виконуючи службові та суспільні обов'язки, він стає недовірливим та підозрілим. На його думку, люди стали відноситися до нього інакше, ніж раніше, щось твориться проти нього, його честі чи його життю загрожує небезпека. В міру того, як такі побоювання розвиваються у хворого, він починає вживати заходи самооборони і виявляти просто вороже ставлення до своїх уявних переслідувачів – міліції, магнетизерів, конкретних особистостей. Одночасно він входить в другу, головну стадію захворювання, яку можна назвати маячною, оскільки вона характеризується саме детальною розробкою маячних ідей. Ця стадія триває роками. Внаслідок виникнення безглузких ідей та обманів чуття, створюється складна система, змістом якої є манія переслідування. Хворі оточені шпигунами, про їхні думки стає відомо через телефон та магнетизм, вони чують погрози, лайливі слова, за допомогою чарівного ліхтаря їм показують неприємних осіб, непристойні сцени, їм навіюють чужі думки, їх змушують думати, говорити та робити різні речі проти їх бажання і т.п. все це робиться з метою їх компрометування, доведення до самогубства, ставлення безвихідне становище тощо. Під впливом такої маячної більшість стає пригніченими і дратівливими, втрачають інтерес до всього. Вважаючи себе жертвою інтриг, вони стають дуже обережними в розмовах, щоб якось не нашкодити собі. Але часто під впливом озлобленості вони втрачають стриманість, лаються, пишуть образливі листи різним людям, створюють публічні скандали, запасуються зброєю і нишком здійснюють замах на життя головних винуватців ніби спрямованої проти них змови.

**ПАРАПРАКСІЯ** (гр. Para- біля, praxis – діяльність) – потворна зміна рухів, що набувають карикатурного характеру. Поєднання всіх проявів неадекватності поведінки по відношенню до зовнішніх подразників, неадекватні, манірні, часто імпульсивні дії, негативізм, амбітендентність, **парамімія** такі прояви як мимоговоріння, симптом останнього слова, неадекватна манірність мови. Розглядається як прояв порушення єдності, цілісності психіки при шизофренії, її розщеплення. Перекрученість дій, при яких складові руху праильні, але їх результат не відповідає поставленій меті (наприклад, хворий, замість того, щоб піднести склянку до рота, несе її до щоки).

**320. ПАРАПСИХОЛОГІЯ** (древньогр. парá-біля, коло і психологія) – галузь психології, яка досліджує існування і причини психічних здібностей, клінічної смерті та життя після смерті танатологія за допомогою використання наукового методу. До П. також відносяться дослідження в інших галузях психології, пов'язані з трансцендентальним чи духовним аспектом людського розуму, і з «аномальною психологією», яка досліджує феномени, що не пояснюються релігійним віруванням, вивчає суб'єктивні аномальні події в традиційних психологічних умовах. Гіпотези та уявлення, які належать до психічних явищ, пояснення яким поки що не містить наукового підґрунтя. Це екстрасенсорне сприйняття, тобто прийом людиною інформації, яка непов'язана з функціонуванням відомих науці органів чуття. Парапсихологи досліджують паранормальні явища, в тому числі: телепатію - передача інформації за допомогою думки чи відчуттів, передбачення (пророцтво) - сприйняття інформації про майбутні місця або події ще до їх виникнення, ясновидіння - отримання інформації про місця і події у віддалених

місцях з допомогою невідомих методів для сучасної науки; ментальний гіпноз (невербальне дистанційне змушування жертви-громадянина проти її волі до моделі поведінки потрібної оператору-гіпнотизеру; телепортація: левітація, дальновидіння, біотяжіння предметів, біолокація, біоенергетичне цілительство, позатілесний досвід, астральна проекція, полтергейст, реінкарнація: відродження душі, або інших нефізичних аспектів людської свідомості в новому фізичному тілі після смерті. Феномен примар: (фантом, привид) явища, що часто пов'язують з примарами і зустрічаються в місцях, де померла фізична особа. Феномен клінічної смерті: досвід, що повідомляє людина, який ледь не померла, або, хто пережив клінічну смерть, а потім відродився тощо.

**ПАРАТИМІЯ** (древньогр. *παρά-біля*, коло *thymos* – настрої) – неадекватні емоції, невідповідність модальності емоційної реакції змістовим аспектам стимула, який її викликає. Хворий, розповідаючи про смерть близької людини, сміється, стає ж сумним, коли слід було б радіти. Раптом виявляє агресію до тієї людини, до якої добре ставився. Причому пояснити такі зміни не може. Розглядається в якості патогномонічної ознаки шизофренії.

**ПАРАФІЛІЯ** – див.: **Первєрзії**.

**ПАРЕЙДОЛІЯ** (древньогр. *παρά-біля*, коло, *eidolon* - зображення) – різновид зорових ілюзій (так звані «сенсорні ілюзії доповнення»), полягає у формуванні ілюзорних образів, основою яких виступають деталі реального об'єкта. Таким чином, смутний і незрозумілий зоровий образ сприймається як щось виразне і певне - наприклад, фігури людей і тварин у хмарах, зображення людини на поверхні Місяця, «приховані повідомлення», чутні при реверсуванні аудіозаписів.

**ПАРЕСТЕЗІЯ** – частий неврологічний симптом, який спостерігається при ураженні периферичних нервових стовбурів (наприклад, при алкогольній полінейропатії). Він виражається в знайомому багатьом почутті оніміння, поколювання, "повзання мурашок". Скороминуча П. буває зумовлена або безпосереднім механічним подразненням поверхово залягаючого нерва, н-д, при ударі чи тиску, або при короткочасному порушенні кровопостачання кінцівки, яке призводить до зміни проведення нервових імпульсів, під час перебування в незручній позі уві сні. Хронічні П. виникають як симптоми ураження різних відділів нервової системи. Це можуть бути первинні розлади – інфекційні чи пухлинні ураження нервової системи, нейродегенеративні або аутоімунні процеси. До вторинних уражень нервової системи відносять ускладнення вже наявних захворювань – алкогольна полінейропатія, при дефіциті деяких вітамінів, порушенні обміну речовин (цукровий діабет), атеросклерозі.

**ПАРОКСИЗМ** (гр. *παροξισμός* – гострий напад хвороби) – посилення якого-небудь хворобливого припадку (лихоманка, болі, задишка) до найвищого ступеня; іноді цим словом позначають також напади хвороби, що періодично повертаються, наприклад болотяної лихоманки, подагри. Пароксизми відображають наявність дисфункції вегетативної нервової системи і можуть бути проявом ряду захворювань. Найчастіша причина їх – неврози. На другому місці стоять органічні (зазвичай не грубі) ураження мозку: гіпоталамічні розлади, ствольні (особливо дисфункція вестибулярних систем). Нерідко пароксизм супроводжують напади скроневої епілепсії, мігрень. Можуть виникати вони і на тлі вираженої алергії.

Церебральні вегетативні пароксизми диференціюють від первинного ураження ендокринних залоз.

**ПАСИВНІСТЬ** – бездіяльність, байдужість, духовна інертність, млявість.

**ПАТОЛОГІЧНИЙ БРЕХУН** – тип людини, яка знає про недостовірність інформації і недоцільність брехні, але не може справитися з собою.

**ПАТОГЕНЕЗ** (гр. *παθος* - страждання, хвороба, *γενεσις* – походження, виникнення) – механізми виникнення і розвитку хвороби та окремих її проявів на різних рівнях організму – від молекулярних порушень до змін в органах і системах; розділ патології, що трактує питання патогенезу. Саме наявність опису патогенетичних процесів на різних рівнях дозволило глибше проникати в причини розвитку захворювань і підбирати для них більш ефективну терапію. Знаючи типові патогенетичні реакції, їх протікання та взаємодію між собою, стає можливим призначення адекватної терапії, навіть в тих випадках, коли діагноз захворювання ще не встановлений, але патологічні зміни в організмі чітко визначаються.

**ПАТОПСИХОЛОГІЯ** – розділ медичної психології, що вивчає закономірності розладів психічної діяльності та властивості особистості при психічних чи соматичних захворюваннях. Аналіз патологічних змін проводять шляхом порівняння їх з характером формування та перебігу психічних процесів, станів та властивостей особистості в нормі. П. варто відрізнити від психопатології. Психопатологія є частиною психіатрії і вивчає симптоми психічного захворювання клінічними методами, використовуючи медичні поняття: діагноз, етіологія, патогенез, симптом, синдром і ін. Основний метод психопатології – клініко-описовий, який використовується у психіатрії. Важливе значення мають терміни, з якими психолог повинен бути обізнаний, однак у своїх висновках використовувати методи і мову психології.

Специфіка дитячої П., на відміну від патопсихології дорослих, полягає в тому, що тут порушення у психічній діяльності розглядається в динаміці, відповідно до розвитку дитини в процесі онтогенезу. Це значно ускладнює вивчення предмета дослідження, оскільки виникає необхідність урахувати водночас дві змінні: динаміку порушень психічної діяльності та динаміку формування психічної діяльності дитини, детерміновану досяганням структур мозку. Тому для правильної інтерпретації результатів патопсихологічного обстеження дітей необхідно постійно орієнтуватися на показники вікової норми в здорових дітей. Більше того, побудова самого патопсихологічного обстеження, добір методик та стимульного матеріалу – все це повинно проводитися з урахуванням віку дитини та властивих їй у цьому віці рівня пізнавальної та емоційно-вольової сфери, інтересів, потреб, особистісних характеристик. Ці вихідні дані дитяча патопсихологія бере з відповідних розділів вікової психології – науки про психічний розвиток людини в різні вікові періоди.

На основі закономірностей формування особистості та різних сторін психічної діяльності здорових дітей виводяться показники вікової норми розвитку дитини відповідного віку. Незважаючи на те, що навчання та виховання є специфічними видами діяльності конкретних осіб (учителя, учня, батьків та дитини), вони розглядаються як спільна діяльність вихователя та вихованця,

оскільки являють собою ситуацію організованого спілкування. Роль цього факту в розвитку дитини важко переоцінити. Особливо великого значення взаємодія з дорослими набуває для тих дітей, яким властиві порушення психічної діяльності. Роль дорослих, які організують навчання та виховання таких дітей, часто є визначальною в їх подальшій долі, і саме від якості педагогічного впливу залежить імовірність компенсації дефекту або його поглиблення.

**ПАТОПСИХОЛОГІЇ ЗАВДАННЯ** полягають в отриманні даних для психодіагностики – результати патопсихологічного обстеження є допоміжним матеріалом, який використовує лікар-психіатр для постановки диференційного діагнозу. Дослідження динаміки психічних порушень у зв'язку з проведенням психотерапії – дані патопсихологічних обстежень є показником ефективності проведених лікувальних заходів. Участь в психокорекції та психотерапії – виконання під керівництвом та за призначенням лікаря – психіатра різних завдань психодіагностичного та колекційного характеру. Участь в експертній роботі – дані патопсихологічних обстежень використовуються для винесення висновків судової, трудової, військової та психіатричної експертизи. Участь в реабілітаційній роботі – допомога хворим у відтворенні соціальних зв'язків з урахуванням психічних змін, пов'язаних із захворюванням. Дослідження недостатньо вивчених психічних захворювань.

**330. ПАТОХАРАКТЕРОЛОГІЧНА ПАТОЛОГІЯ** (набута психопатія, патохарактерологічні формування) є наслідком тривалого психогенного впливу, неправильного виховання або несприятливого соціального фону, особливо тоді, коли це відбувається в підлітковому віці (період становлення характеру) і є сприятливий для цього ґрунт, зокрема акцентуація характеру. При цьому потрібен не будь-який тривалий несприятливий соціально-психологічний вплив, а саме такий, що адресується до "місця найменшого опору" певного типу акцентуації. Лише винятково тяжкі умови здатні сформувати патологічний характер на будь-якому фоні (наприклад, виховання з раннього дитинства до періоду юнацтва в закритому закладі з суворим режимом).

**ПЕДАГОГІКА СПЕЦІАЛЬНА** – наука про виховання й навчання дітей з вадами психофізичного розвитку. С. п. розвивається на основі загальних принципів педагогіки з урахуванням своєрідності навчально-пізнавальної діяльності аномальних дітей. Відповідно до цього розроблено систему педагогічних засобів, спрямованих на виховання учнів у дусі загальнолюдської моралі, на всебічний розвиток особистості, оволодіння учнями загальноосвітніми знаннями, підготовку до практичної суспільно корисної діяльності. Важливим завданням С. п. є розробка шляхів, методів і прийомів педагогічної компенсації та корекції відхилень у розвитку дітей. У С. п. залежно від категорії аномальних дітей, які становлять об'єкт вивчення, розрізняють сурдопедагогіку, тифлопедагогіку, тифлосурдопедагогіку, олігофренопедагогіку, логопедію. Кожна з цих наук є відгалуженням загальної педагогіки, а всі разом вони становлять дефектологію.

**ПЕДАГОГІЧНА ЗАНЕДБАНІСТЬ** – стійке відхилення у свідомості й поведінці дитини, зумовлене негативним впливом середовища, недоліками виховання, прогалинами у навчанні. Педагогічно занедбані діти важко піддаються вихованню, скоюють правопорушення. Здебільшого це відбувається з дітьми, які не

відчувають розуміння, не мають емоційної підтримки, а іноді зазнають негативного впливу з боку батьків, що ігнорують духовний, моральний розвиток дітей тощо. Трапляється це і в зовні благополучних сім'ях, в яких частими є конфліктні ситуації між батьками і дітьми, домінують меркантильні інтереси, споживацькі настрої та ін. Проблеми виховання підлітків виникають і через прорахунки в навчально-виховній діяльності школи.

**ПЕДАНТИЧНИЙ ТИП** – акцентуація характеру, якому властива ригідність, інертність психічних процесів, важкий на підйом, довго переживає травмуючі події. У конфлікти вступає рідко, виступаючи радше пасивною, ніж активною стороною. Дуже сильно реагує на будь-який прояв порушення порядку. Пунктуальний, акуратний, особливу увагу приділяє чистоті і порядку, скрупульозний, добросовісний, схильний жорстко слідувати плану, у виконанні дій неквапливий, посадиючий.

**ПЕДОФІЛІЯ** (лат. *padis* – дитя, грец. *philia* – любов) – статеве збочення. Сексуальний потяг до дітей, які не досягли віку статевого дозрівання або ж знаходяться лише в ранній його стадії. Спостерігається звичайно в чоловіків, у тому числі в літніх, з порушеннями статевих функцій. Це розпусні дії, що супроводжуються показом порнографії, роздяганням дітей, оглядом їхніх статевих органів, **мастурбацією**. Іноді з дітьми відбуваються статеві акти як у звичайній, так і збоченій формі. Особи, що виявляють ознаки П., відвідують школи, дитячі майданчики, чекають дітей біля ліфтів, влаштовуються на роботу в дитячі установи, де легше знайти об'єкт своїх збочених потягів. П. може поєднуватися із **садизмом**. У таких випадках дітям заподіюють тілесні ушкодження, іноді досить важкі й несумісні з життям. Істинних педофілів варто відрізняти від помилкових, коли статеві акти з дітьми відбуваються особами в нетверезому стані. У таких випадках діти є випадковим об'єктом, що потрапив у їхнє поле зору. Педофільні акти можуть відбуватися як зі сторонніми, так і з власними та усиновленими дітьми і можуть спостерігатися тривалий час. Для педофілів характерні порушення міжособистісного функціонування, пасивно-агресивна поведінка та неадекватна самооцінка. Вони є **соціопатами**, яким властива патологічна нездатність або небажання адаптації у соціумі, а також схильність до когнітивних спотворень та нездатність стримувати асоціальну поведінку.

**ПЕРВЕРЗІЇ (СТАТЕВІ ЗБОЧЕННЯ, ПАРАФІЛІЇ)** – порушення психосексуальної орієнтації людини, які проявляються у незвичайній спрямованості статевого потягу. Спрямованість лібідо зумовлює вибір об'єкта потягу, його віку, статі, а також певного стилю статево-рольової поведінки для себе та партнера. До статевих збочень належать нарцисизм, ексгібіціонізм, візіонізм (вуаеризм), фетишизм, зоофілія, некрофілія, педофілія, гомосексуалізм, лесбійське кохання тощо. П. найчастіше зустрічаються в різних комбінаціях та поєднаннях, утворюючи мозаїчні парафілії.

**ПЕРІОДИ ПСИХІЧНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ** – продромальний (ініціальний) – період найбільш ранніх симптомів; маніфестний – період розквіту та максимального ускладнення психопатологічних синдромів; період зворотного розвитку – редукції симптоматики та затухання активності хвороби.

**ПЕРЕЖИВАННЯ** – психофізіологічний стан, коли людина із зацікавленням ставиться до об'єкта свого переживання.

**ПЕРСЕВЕРА́ЦЯ** (лат. perseveratio - завзятість) – патологія мислення, що виявляється у тривалому, нав'язливому повторенні однієї і тієї ж думки чи уявлення, у повторенні одних і тих самих слів, відповідей. Виділяють моторні, сенсорні та інтелектуальні П. Моторні П. виникають при ураженні передніх відділів головного мозку і проявляються у багаторазовому повторенні елементів рухів (при написанні букв та малюванні), така форма П. виникає при ураженні пре моторних відділів кори та підкіркових структур і називається «елементарною» моторною П. (за класифікацією О.Р.Лурії), або в багаторазових повтореннях цілих програм дій (наприклад, в побудові рухів, необхідних для малювання, замість рухів письма); така форма спостерігається при ураженнях відділів кори мозку і називається «системною» моторною П. Особливу форму моторних П. складають моторні мовні П., які складають один з проявів елементарної моторної афазії у вигляді багаторазових повторень одного і того ж складу, слова в усній мові і при письмі. Дана форма моторних П. виникає при ураженні нижніх відділів пре моторної області лівої півкулі (у правші). Сенсорні виникають при ураженні кіркових відділів аналізаторних систем і проявляються у формі нав'язливого повторення звукових, тактильних або зорових образів, збільшенні тривалості наслідків відповідних подразників. Інтелектуальні П. виникають, як правило, при виконанні серійних інтелектуальних дій, н-д, при арифметичному рахунку (від 100 віднімати по 7), при виконанні серії задач на аналогії, класифікацію об'єктів тощо і відображають порушення контролю за інтелектуальною діяльністю, її програмуванням. Інтелектуальні П. характерні для розумово відсталих дітей як прояв інертності нервових процесів в інтелектуальній сфері.

**ПЕРЦЕ́ПЦЯ** – відображення у свідомості людини речей і явищ за допомогою органів чуття.

**ПЕСИМІ́ЗМ** – світовідчуття, перейняте зневірою у майбутнє, настроєм безнадії.

**340. ПКА ХВОРОБА** - дебютує в 45-50 років і характеризується тотальним недоумством, що розвивається на ґрунті атрофічного процесу кори великого мозку з локалізацією в лобових і скроневих частках. Початок захворювання може бути повільним і прогресуючим. Знижуються інтелектуальні функції. Спостерігаються дивні вчинки з неадекватними афективними реакціями. Ступінь зміни особистості залежить від локалізації патологічного процесу. Атрофія конвекситальної поверхні лобових часток призводить до млявості, апатії, загального збіднення психічної діяльності. У разі атрофії в орбітальній корі лобових часток розвивається псевдопаралітичний синдром з пуерильною ейфорією, сексуальною розгальмованістю, зниженням критики. Пам'ять і орієнтація збережені. Атрофія скроневих часток супроводжується **автоматизмами**, стереотипними діями і рухами, збідненням інтелектуальних процесів. Пам'ять і орієнтування у просторі зберігаються довго, але поступово у розгорнутий період хвороби такі зміни стають помітними. Порушення мови виявляється персевераціями і втратою здатності до спонтанної мовної продукції. Вважають, що порушення мови, писання, читання

(аграфія, алексія) Для кінцевої стадії хвороби характерні 4 симптоми: полілалія, ехомімія, мутизм, амімія. Триває хвороба 5-10 років. Смерть настає від інфекції.

**ПІКАЦІЗМ** – статеве збочення. Збудження досягається за умови контакту з виділеннями партнера.

**ПРОМАНІЯ** – психічний розлад, який проявляється пристрастю до підпалювання без будь-якої мотивації.

**ПРОФОБІЯ** – психічний розлад, який проявляється боязню вогню.

**ПОТЯГІВ РОЗЛАДИ** виявляються непереборним прагненням, що оволодіває хворим всупереч здоровому глузду, почуттям та волі виконати безглузді дії. До них належать: дромоманія – непереборний потяг, без будь-якої мотивації до бродяжництва; піроманія – пристрасть до підпалювання без будь-яких мотивів; клептоманія – бажання красти зовсім непотрібні речі без будь-якої мотивації, стимулів і зацікавлення; міфоманія – потяг до обману, брехні, вигадок, фантазій (без розладу пам'яті); арифмоманія – непереборне, нав'язливе бажання рахувати будь-які предмети; дипсоманія – раптовий, непереборний потяг до алкоголю, періодичні запої; копролалія – непереборний потяг говорити непристойності, цинічно лаятися. Імпульсивні розлади потягів спостерігаються у психопатичних особистостей при неврозі, на початку розвитку шизофренії. Хворобливі розлади харчового потягу (інстинкту) проявляються його посиленням – поліфагія, **булімія** (надмірне поїдання їжі за відсутності відчуття ситості). Спостерігаються вони при невротичних станах, шизофренії, органічних ураженнях головного мозку. Для ослаблення харчового потягу (анорексії) характерна відмова від їжі. Інколи поліфагію змінює **анорексія**, що спостерігається при нервовій анорексії. Ослаблення харчового інстинкту супроводжує депресивні й астеничні стани, шизофренію, тривалі соматичні захворювання. Спотворення харчового інстинкту (потягу) називається копрофагією. Хворі їдять неїстівне (кал, землю, п'ють сечу тощо). Це патологічне явище буває при розумовій відсталості, деменції, органічних ураженнях головного мозку. Хворобливі розлади інстинкту самозбереження проявляються його посиленням, ослабленням і спотворенням. Посилення цього інстинкту виражається агресивними або панічними реакціями, немотивованими скаргами, суїцидальними намірами, тенденціями та вчинками. Спотворення інстинкту самозбереження проявляється психомоторним збудженням з нанесенням самопошкоджень.

**ПОТАТОР** (лат. “potator” – п'яниця) – хворий на хронічний алкоголізм.

**ПОХМІЛЛЯ** – один із проявів алкогольної залежності.

**ПОЧУТТЯ АСТЕНІЧНІ** – почуття, що пригнічують життєдіяльність, зменшують силу й енергію, розслаблюють (страх, тривога тощо).

**ПОЧУТТЯ СТЕНІЧНІ** – почуття, що підвищують, активізують життєдіяльність людини, збільшують її силу, посилюють енергію, спонукають до діяльності (любов, радість).

**ПРИСТРАСТЬ** – стійкий емоційний потяг людини до певного об'єкта.

**350. ПРИЧІНИ (ЕТІОЛОГІЯ) ВИНИКНЕННЯ ПСИХІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ** виділяють наступні. П. екзогенні: зовнішні відносно організму чинники інфекції, інтоксикації, травматичні ушкодження мозку, церебральні пухлини. П. ендогенні: внутрішні причини, пов'язані зі спадковістю,



конституційними, віковими та іншими особливостями організму, котрі диктують певні біохімічні, імунні та інші зміни, що призводить до первинних патологічних порушень психічної діяльності. Будь-які зовнішні чинники можуть тільки впливати на дебют і подальший перебіг ендогенних захворювань, а не бути їхньою першопричиною. П. психогенні: етіологічні фактори, в якості яких виступають психічні травми; П. соматогенні: соматичні порушення, які є патогенними для функціонування мозку і стають причинами психічного захворювання.

**ПРОГРЕСИВНИЙ ПАРАЛІЧ** – сифілітичний психоз, що зумовлює тотальне недоумство. Хвороба виникає приблизно через 10–12 років після зараження сифілісом, звичайно, за відсутності або недостатнього специфічного протисифілітичного лікування. Чоловіки хворіють частіше. Психічні порушення при прогресивному паралічі переважно зводяться до зростаючого слабоумства, яке досягає глибокого ступеня. Його поява від початку супроводжується втратою критики до свого стану і розуміння складних соціальних взаємовідносин. Психічні розлади у вигляді маячних ідей, галюцинацій, рухових порушень – непостійні. Через слабоумство хворих маячні ідеї величі або депресивно-іпохондричні маячення (найчастіші різновиди маячень у них) мають особливу безглуздість. Характерним є благодушно-безпечний настрій (ейфорія) з відсутністю усвідомлення хвороби, легковажним ставленням до ситуації, яка склалася в зв'язку з перебуванням у лікарні, направленням на судово-психіатричну експертизу й іншими об'єктивно складними обставинами. З ранньої стадії хвороби часто виникає підсилення і розгальмування сексуального потягу та апетиту, що проявляється в сексуальній розпусності, цинічній формі висловлювань, ненажерливості, інколи **копрофагії**. Соматичні та неврологічні порушення з'являються рано, мають постійний характер, наростають паралельно з підсиленням психічних розладів і є дуже важливими для встановлення діагнозу прогресивного паралічу.

**ПРОДРОМ** (гр. πρόδρομα – той, що біжить попереду; провісник) – початковий період хвороби, часто інфекційної, в якому з'являються перші, нечіткі, загальні прояви, які не дають можливість чітко встановити клінічний діагноз через те, що вони спостерігаються при безлічі хвороб – втрата апетиту, порушення сну, головний біль, ломота в тілі, кволість тощо. Продромальний період при інфекційних захворюваннях настає вслід за інкубаційним періодом, найчастіше триває декілька годин. Продромальний період може також спостерігатися і при деяких захворюваннях неінфекційного походження – наприклад, при інфаркті міокарду, коли пульс стає частішим, посилюються приступи болю у серці тощо.

**ПРОПФШИЗОФРЕНІЯ** – шизофренія у олігофрена.

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

**ПСЕВДОГАЛЮЦИНАЦІЇ** – розлад сприйняття, що характеризується відсутністю екстрапроекції галюцинаторного образу, тобто вони локалізуються здебільшого не в об'єктивному, а в суб'єктивному внутрішньому просторі -

«всередині голови, тіла», бачить ся і чується «подумки», «розумом». На відміну від істинних галюцинацій, П. не ототожнюються з реальними предметами, тобто не мають характеру «життєвості», об'єктивної реальності. Водночас, критичне ставлення до П. відсутнє так само, як і сумнів в їх реальному існуванні. П. можуть бути слуховими, зоровими, дотиковими, нюховими, смаковими, загального відчуття.

**ПСЕВДОДЕМ'ЕНЦІЯ** – зумовлений істерією стан, що нагадує недоумство. Проявляється розладами відомості, при яких пацієнт демонструє несправжнє зниження інтелекту, яке відповідає побутовим уявленням про слабоумство: неправильні відповіді на запитання, іноді неправильні дії, безмістовний вираз обличчя. Особливістю даного стану є контраст між неправильними відповідями і діями в простих ситуаціях і збереження складних рішень і дій.

**ПСЕВДОПАРАЛІЧ** – психічний стан різноманітної етіології, що нагадує прогресивний параліч.

**ПСЕВДОРЕМІНІСЦ'ЕНЦІЇ** – несправжні спогади реального змісту, яких не було в той проміжок часу, що його згадує хворий. Псевдоремінісценції – найпростіший та найпоширеніший вид парамнезій. Характеризуються помилковим спогадом часу - давно пережита подія згадується як така, що недавно відбулася. Хворий, який тривалий час провів у психіатричному стаціонарі, на запитання, що він робив учора ввечері, розповідає про відвідини кінотеатру, зустріч з колегами або якусь іншу цілком реальну подію з минулого.

**ПСИХАЛГІЯ** – психогенний фантомний біль, який часто спостерігається при неврозах, іноді при панічних атаках і супроводиться афектом тривоги та страху. Соматичне відчуття болю, без чітких анатомічних меж, позбавлене будь-якого тілесного субстрату. Виникає психогенно, протікає здебільшого на фоні симптомів вегетативних розладів, найчастіше це болі в голові, грудях, серці. Типовий синдром ендогенної депресії і шизофренії. Болю немає, існує лише психологічне сприйняття неіснуючого болю. Син.: **невралгія істерична**.

**360. ПСИХАСТЕНІЯ** (др.-гр. ψυχή - душа та ἀσθένεια - слабкість) — хворобливий стан, у якому найбільш вираженою особливістю психічного складу людини є тривожно-помисливий характер, який виявляється в постійній невпевненості в собі, нерішучості, боязкості й уразливості. Такі люди схильні до сумнівів, їм постійно важко приймати будь-яке рішення; вони нескінченно аналізують свої вчинки, схильні до зниженої самооцінки, рідко бувають задоволені собою. В етіології провідними є конституційний фактор, а також психогенний вплив зовнішнього середовища. «Душевна слабкість» (на відміну від **неврастенії** - "нервової слабкості") розвивається переважно у людей з "розумовим" типом психічної діяльності і ніби протилежна істерії. Хворі скаржаться на те, що навколишнє сприймається ними "як у сні", власні дії, рішення, вчинки здаються недостатньо ясними і точними. Звідси - постійна схильність до сумнівів, нерішучість, невпевненість, тривожно-недовірливий настрій, боязкість, підвищена сором'язливість. Внаслідок постійних сумнівів у правильності зробленого людина часто прагне переробляти тільки що закінчену справу. Все це разом узятє створює у хворого тяжке відчуття власної неповноцінності. Вигадана неприємність не менш, а, можливо, більш страшна, ніж існуюча. Описана так звана професійна

безвольність (абулія) хворих психастенією, що виявляється перш за все на роботі, при виконанні своїх безпосередніх обов'язків, коли людина з психастеническими розладами часто починає відчувати сумніви і виявляти нерішучість.

**ПСИХІАТРІЯ** (нім. *psychiatrie* від гр. *ψυχή* – душа і гр. *ιατρός* – лікар; гр. *ιατρικός* – лікувальний, медичний) – медична наука, яка вивчає причини виникнення, прояви, перебіг, методи запобігання і лікування психічних хвороб. Як самостійна галузь психіатрія відокремилася лише у 18 столітті.

**ПСИХІКА** (древньогр. *ψυχή* – душа та лат. префікс - *ic*) – функція мозку відображувати об'єктивну дійсність. П. виконує когнітивну (пізнавальну), регулятивну, мотиваційну та комунікативну функції. Когнітивна функція виявляється в активізації всіх пізнавальних процесів при виконанні виробничого завдання. У процесі праці людина сприймає і переробляє інформацію, приймає і реалізує рішення, осмислює різні варіанти дій, використовує засвоєні знання, навички і вміння, прогнозує можливі ситуації, вдосконалює способи діяльності. Регулятивна функція П. в процесі праці реалізується в станах оптимальної мобілізації резервних можливостей працівника, необхідному рівні його активності, концентрації і спрямуванні пізнавальних процесів та вольових зусиль на досягнення поставленої мети. Мотиваційна функція П. пов'язана із спонуканням працівника до активності та підтримання останньої на певному рівні. Комунікативна функція П. в процесі праці реалізується у спілкуванні працівників, яке є основою міжособистісних відносин, способом організації спільної діяльності та методом пізнання людини людиною.

**ПСИХІЧНА ТРАВМА** – неприємна для хворого ситуація, що спричинила психічну хворобу. П.т для людини є те, що загрожує її майбутньому, породжує невизначену ситуацію і заставляє приймати термінове рішення; інформація про сімейно-побутові і службові труднощі, смерть близьких, загроза життю і здоров'ю, щастю і добробуту, нездійснення надій, не налагоджене особисте життя, погані взаємини в житті, звільнення з навчального закладу або з роботи.

**ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я** – за визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я, П. з. – це стан благополуччя, при якому кожна людина може реалізувати свій власний потенціал, справлятися зі звичайними життєвими стресами, продуктивно та плідно працювати, а також здійснювати внесок у життя своєї спільноти. ВООЗ сформулювала наступні критерії психічного здоров'я, відхилення від яких можуть розглядатися як ознака **психічного розладу**: усвідомлення та відчуття безперервності існування, постійність, ідентичність фізичного і психічного «Я»; відчуття подібності переживань в однотипних ситуаціях; критичне ставлення до себе, результатів своєї діяльності; відповідність психічних реакцій силі й частоті впливів, соціальних ситуацій та обставин; здатність корегувати свою поведінку; планування своєї діяльності, реалізація цих планів; здатність змінити свою поведінку відповідно до ситуації.

**ПСИХІЧНИЙ РОЗЛАД** – термін, що останнім часом замінив традиційний термін «психічна хвороба» поширений до 1960–1980-х рр. Деякі з П. р. виникають на ранньому етапі індивідуального розвитку, інші є результатом соціального життя. Термін «розлад» використовується у Міжнародній Класифікації Хвороб 10-го перегляду (МКХ-10), оскільки терміни «хвороба» та «захворювання» при їх

використанні викликають великі труднощі. П. р. не є точно визначеним терміном, але в МКХ-10 під ним детально описана визначена група клінічних симптомів або поведінкових ознак, які у більшості випадків завдають страждання і перешкоджають особистісному функціонуванню. Також зазначено, що ізольовані соціальні відхилення або конфлікти без особистісної дисфункції не повинні включатися до групи психічних розладів. Для тлумачення терміну «психічний розлад» використовується визначення способом негації – його визначають як відсутність психічного здоров'я; або ж як комплекс характеристик і моделей поведінки, які не є частиною нормального розвитку особистості чи культури. Термін П.р. може мати спеціальні визначення у національній юриспруденції, психіатрії та психології.

Уявлення про те, що є, а що не є П.р., із часом змінюються. Так, гомо сексуальність з ХІХ ст. до 50–70-х рр. ХХ ст. вважалася П.р., однак наукові дослідження довели, що це не так. На відміну від розладів особистості, П.р. мають конкретно-особистісне значення, пов'язане із порушенням нормального соціального функціонування особи, що не спостерігається у переважній більшості випадків гомо сексуальності. Сама по собі сексуальна орієнтація не може розглядатися як розлад, вона може бути розладом, тільки якщо у зв'язку з нею виникають психологічні проблеми (пункт F 66). У європейському регіоні кількість психічних розладів у різних країнах коливається від 1% до 6%, у більшості країн також – від 1% до 6%. У ринкових та пострадянських країнах Європи, за розрахунками на 1990 р., найбільш поширеними розладами були депресія, біполярні порушення та шизофренія, які охоплювали понад 9,5% усіх захворювань та інвалідностей загалом.

**ПСИХОАНАЛÉПТИКИ** – психостимулюючі засоби, фармакологічні речовини, що стимулюють діяльність ЦНС, сприяють активізації психічних функцій.

**ПСИХОГЕНІЇ** (древньогр. ψυχή – душа, γένεα – породження) – психічні захворювання, нервовий чи психічний розлад/стан, спричинений психічною травмою, переживанням, які виникають внаслідок емоційних потрясінь. Виникає внаслідок одномоментної інтенсивно діючої психотравмуючої ситуації або порівняно слабкого, але тривалого травмування. У виникненні П. суттєву роль відіграє певна готовність до «психічного зриву» на фоні послаблення організму після перенесеного захворювання, тривалого нервового напруження, через специфічні особливості нервової системи та особистісні риси. У клініці психічних захворювань П. поділяють на 2 групи: реактивні стани (психогенні або реактивні психози) і неврози. Легко можуть переходити у психосоматичні захворювання, однак піддаються усуненню шляхом психотерапії. В педагогіці та психології носить назву дидактогенія, в медицині – ятрогенія.

**ПСИХОДИЗЛÉПТИКИ** (гр. dys – розлад, порушення функції, leptikos – здатний взяти). – фармакологічні речовини, що призводять до порушення психічної діяльності. Група засобів психотропної дії, які викликають у здорових людей психічні розлади – ілюзії, яскраві і слухові галюцинації, порушення мислення, явища деперсоналізації та дереалізації, ейфорію. До П. відносять ЛСД (діетиламід

лізергінової кислоти), диетилтриптамін, мескалін. Лікувального значення не мають, однак вживається наркоманами. Син.: галюциногени.

**ПСИХОДАГНОСТИКА** (гр. Ψυχή – душа + διαγνωστικός – здатний розпізнавати) – галузь психології, яка вивчає теорію й практику визначення психологічного діагнозу. Містить у собі розробку вимог до інструменту вимірювання, конструювання та апробацію методик, розробку правил обстеження, обробки та інтерпретації результатів. Основу психодіагностики складає психометрика, яка займається кількісним вимірюванням індивідуально-психологічних особливостей. Психодіагностика зародилась в кінці ХХ ст. і виступає як наука психологічних відмінностей та претендує на їх вимір. Історично склалося так, що з моменту виникнення і до кінця ХІХ ст. психодіагностика була орієнтована на вимір індивідуальних відмінностей інтелекту.

**370. ПСИХО́З** (древньогр. Ψύχωσις - душевний розлад; ψυχή - душа, ωσις – порушений стан) – збірна назва групи різних психічних розладів, що супроводжуються продуктивною психопатологічною симптоматикою - маренням, галюцинаціями, псевдогалюцинаціями, деперсоналізаціями, дереалізаціями та іншими симптомами. У побуті П. можуть також називати будь-яке відхилення поведінки людини від того, що прийняте за норму в даному соціумі, наприклад, П. любові. П. поділяють за походженням (етіологією) та причинами (патогенетичними механізмами розвитку) на ендогенні (шизофренія, шизоафективний розлад, психотичні форми афективних розладів), органічні, соматогенні, психогенні (реактивні, ситуативні), інтоксикації, абстинентні/пост-абстинентні. Крім того, П. класифікують за визначеною клінічною картиною, тобто за переважаючою симптоматикою (синдромальна класифікація) на параноїдні, іпохондричні, депресивні, маніакальні та інші, включаючи комбінації (депресивно-параноїдний, депресивно-іпохондричний і т.д.).

**Психози реактивні** – це психогенні, тимчасові, зворотні психічні розлади, які виникають під впливом психічної травми. Реактивні стани легше виникають у психопатичних особистостей, а також на ґрунті перенесених інфекційних захворювань, травм голови, судинних захворювань, перевтоми, тривалому безсонні. Вік також може мати значення. Наприклад, особи у пубертатному та клімактеричному періодах виявляються більш незахищеними від зовнішніх впливів. Для виникнення психогенної реакції має значення характер психічної травми. Гострі потрясіння викликають інші реакції, аніж тривалі важкі травми. Афективні шоківі реакції часто спостерігаються при масових катастрофах (землетрус, пожежа). Вони проявляються у гіпер- та гіпокінетичній формі. Гіперкінетична форма характеризується дезорієнтуванням у обстановці, безглуздими вчинками. При гіпокінетичній формі хворий під впливом страху стає нерухомим, мовчазним. Іноді спостерігається так званий емоційний параліч, коли людина не відчуває емоцій страху, хоча й розуміє все, що відбувається, та розуміє небезпеку. Афективно-шоківі реакції короткочасні та зворотні, супроводжуються вегетативною симптоматикою, порушенням серцево-судинної діяльності. Розрізняють гострі реактивні психози, підгострі та затяжні.

Патогенез П. складають ланки різного рівня: нейрохімічного (дисбаланс катехоламінів, вичерпання синтезу ендогенних опіоїдів), патопсихологічного

(виникнення гострого або хронічного психологічного конфлікту, який дана особистість не здатна залагодити) та ін. Загальні закономірності клінічних проявів реактивних станів відповідають тріаді Карла Ясперса:

- 1) захворювання розвивається внаслідок психічної травми;
- 2) в психопатологічній симптоматиці відбивається зміст психотравмівного чинника;
- 3) регрес психопатологічної симптоматики залежить від завершення психотравмівної ситуації.

Гострі реактивні психози поділяють на:

**1. Гострий сутінковий стан** – розгортається на фоні афекту страху із відповідними мімічними та вегетативними корелятами, тривалістю до півгодини з подальшою амнезією. Проявляється панічною втечею з місця, де трапилося нещастя, втечею без цілі, невідомо куди, часто назустріч небезпеці. При спробі втримати хворий надає безглуздий опір. У маленький дітей даний стан може бути відповіддю на крик, бійку, загрозливу розповідь; у підлітків – на раптову важку психічну травму (стихийне лихо, катастрофа, смерть або хвороба близьких). В клініці можливі рухові розряди по типу епілептиформних або істеріоформних випадків, тиків, стани повного заціпеніння. Характерним є зовнішній вигляд дитини: бліде обличчя, розширені зіниці, ціаноз кінцівок, пітливість, розлади сечовипускання. Тривалість – від декількох годин до 1 доби, в подальшому розвиток пригніченого стану, немотивованих страхів, підозрливості, психічної гіперестезії. У маленьких дітей спостерігаються явища рухового та афективного розгальмування.

**2. Гострий реактивний ступор** відповідає гіпокінетичній формі афективно-шокових реакцій, або “удаваної смерті” за Кречмером. Характеризується станом олігокінезії, аж до повного знерухомлення. Часто спостерігається мутизм. Тривалість – від кількох годин до 2-3 діб з випадіння з пам’яті найгострішого періоду і фрагментарністю спогадів під час виходу.

**3. Гостра реактивна сплутаність** – сутінковий розлад свідомості з психомоторним збудженням, афектом страху. На цьому тлі спостерігається безперервна “мовна продукція” за типом “мовного вінегрету”.

**4. Гострий реактивний параноїд** розвивається гостро з афектом страху, тривогою, розгубленням, параноїдними ідеями переслідування, ставлення. Фабула маячних ідей відображає психотравмуючу ситуацію. Бувають компоненти синдрому Кандинського Клерамбо.

**Підгострі реактивні П.:** істеричний сутінковий стан, псевдодеменція, Ганзерівський синдром, синдром маячноподібних станів

Основними клінічними проявами псевдодеменції – уявної скороминучої недоумкуватості є мимоговоріння: хворі відповідають на запитання, але спеціально неправильно; мимодія – неправильно виконують найпростіші дії. Зазвичай все роблять навпаки. Не можуть порахувати до десяти, сказати скільки пальців на руках, назвати частину світу, на біле кажуть чорне, не знають свого прізвища. Виражені підвищений настрій, придуркуватість.

**Психози затяжні реактивні:** реактивна депресія та реактивний параноїд. У дітей депресивні стани проявляються стерто та рудиментарно. Частіше реактивний депресивний психоз зустрічається у підлітків. Діти плачуть, стороняться

оточуючих, не грають. Спостерігаються в'ялість, пригніченість, сум, порушення сну та апетиту. До вечора можуть з'являтися розгальмованість, неслухняність, грубість. У дітей віком 7-10 років на фоні суму спостерігаються періоди психомоторної загальмованості. У підлітків часто відмічаються суїцидальні думки і спроби, несистематизовані маячні ідеї самозвинувачення. Реактивний параноїд зустрічається рідко як у дітей, так і у дорослих. Його виникненню сприяє обстановка загальної напруги, підозрливості, недовіри. Розрізняють параноїальну, іпохондричну форми реактивних параноїдів та параноїди зовнішніх обставин. Індукований параноїдний психоз розвивається в осіб, які довго та близько контактують із психічно хворими.

**П. Травматичні** – це психічні порушення, які виникають у гострому, віддаленому та пізньому періоді після травми голови. При комоції та контузії у гострому періоді розвивається кома. Вихід з коматозного стану може бути поступовим, через оглушення - до ясної свідомості з вираженою астеною.

**П. Пресенільні** виникають у період інволюції. Етіологія досі незрозуміла, але велике значення надається віковому порушенню функції ендокринних залоз. Сприяючим фактором є психогенії та соматичні захворювання. Має форму інволюційної меланхолії та інволюційного параноїда.

**П. Старечі** зумовлені атрофією клітин головного мозку. Захворювання виникає переважно після 60 років. Клінічні прояви характеризуються розпадом пам'яті, дезорієнтуванням у навколишньому середовищі. Хворі перестають сприймати нове, не запам'ятовують поточних подій, не впізнають рідних. Часто спостерігаються конфабуляції - фантастичні вигадки, якими хворі заповнюють пробіли у пам'яті, настрій похмуро-пригнічений або благодушно-безтурботний, хворі не сплять, ходять по кімнаті, збирають речі, зв'язують постіль; хворі стверджують, що їм 15-18 років, що вони ще вчаться та в них немає дітей. З часом хворі втрачають звичайні навички, не можуть самостійно вдягтися та користуватися столовим приладдям під час їжі, стають неохайними. Такі хворі потребують постійного догляду, тому зазвичай їх госпіталізують у психіатричну лікарню.

**ПСИХОПАТ** – (ψυχή, psyche – душа, πάθος, pathos – хвороба) – невірноважена особистість в стані стійкої дисгармонії із середовищем придостатньому збереженні інтелекту.

**ПСИХОПАТІЯ** (гр. ψυχή, psyche – душа, πάθος, pathos – хвороба) – це незвичайний, аномальний характер, патологічна форма психічної діяльності, що характеризується дисгармонією в емоційно-вольовій сфері й у сфері потягів. Стійкі особистісні дисгармонії, які виражаються у стійких порушеннях характеру та поведінки, які перешкоджають соціальній адаптації. В якості діагностичних критеріїв П. виділяють наступні ознаки: вираженість патологічних ознак до ступеня порушення адаптації; тотальність особистісних порушень, які виявляються в цілому в характері особистості і проявляються у всіх сферах її життя; стабільність, незначна зворотність патологічних рис характеру. Початкові прояви П. проявляються переважно елементарними психопатичними реакціями, клінічна картина яких в цей час малодиференційована, фрагментарна та мінлива. На другому етапі (у підлітковому віці) яскраво виражаються всі клінічні особливості

П. за рахунок приєднання симптомів, пов'язаних з перебільшеннями особливостей психіки, характерних для підліткового віку (прагнення до самоствердження, егоцентризм, максималізм, схильність до реакцій опозиції тощо). На останньому, третьому етапі, відбувається завершення становлення психопатії з формуванням конкретного клінічного типу. В залежності від факторів, які послужили причиною виникнення П., виділяють конституційні, органічні психопатії та психопатичний (патохарактерологічний) розвиток.

**ПСИХОПАТІЯ ОРГАНІЧНА** – наслідок органічного ураження головного мозку внаслідок пренатальних, натальних і ранніх постнатальних (перші 2-3 роки життя) патогенних впливів на мозок, що формується. Шкідливими чинниками можуть бути пошкодження, тяжкий гестоз у період вагітності, пологові травми плода, внутрішньоутробні й ранні дитячі інфекції, нейроінфекції, авітаміноз, тривалі виснажливі соматичні захворювання з перших років життя. Динаміка розвитку психопатії проявляється в основному ретроспективно, після того, коли психопатія вже сформувалася.

**ПСИХОСОМАТИКА** (гр. Ψυχή – душа, гр. σῶμα - тіло) – напрям у медицині (психосоматична медицина) і психології, що вивчає вплив психологічних чинників на виникнення і перебіг соматичних (тілесних) захворювань. Психосоматичними (термін запропонував Heinrot, 1918) називають вторинні функціональні й органічні розлади внутрішніх органів і систем, першопричиною виникнення і загострення яких є психологічні чинники. В рамках П. досліджуються зв'язки між характеристиками особистості (конституціональні особливості, риси характеру і особистості, стилі поведінки, типи емоційних конфліктів) і тим чи іншим соматичним захворюванням. Популярна думка (у тому числі в альтернативній медицині), що всі хвороби людини виникають унаслідок психологічних невідповідностей і розладів, які виникають в душі, в підсвідомості, в думках людини. Найбільш вивчені психологічні чинники наступних захворювань та симптомів: бронхіальна астма, виразка шлунка і дванадцятипалої кишки, есенціальна артеріальна гіпертензія, ішемічна хвороба серця, головний біль, цукровий діабет, ревматичний артрит, напруги, запаморочення, вегетативні розлади (часто «вегето-судинна дистонія»).

**ПСИХОСОМАТИЧНІ РОЗЛАДИ** характерні для дітей періоду новонародженості, немовляти і раннього дитинства: коліка немовляти, або "коліки тримісячного" - напади, що супроводжуються фізичним болем і емоційною реакцією на нього у вигляді голосного крику в дитини віком 3-4 місяців, що виникають, як правило, у другій половині дня і тривають від декількох хвилин до декількох годин; аерофагія - заковтування великої кількості повітря дітьми, які жадібно смокчуть, з наступним голосним звуком виривання повітря назовні (відрижка); зригування – виділення невеликих кількостей їжі, яка потрапила під час годування, що пов'язане з процесом надмірно жадібного заковтування їжі, швидкого смоктання; анорексія - характеризується втратою потягу до їжі і негативізмом при годуванні. Значущим є психогенний фактор у вигляді неправильного виховання (наприклад, відрив від матері) тощо.

**ПСИХОСТИМУЛЯТОРИ** – фармакологічні препарати, що справляють активізуючий вплив на психіку, речовини, які відновлюють психічну діяльність,



виводять її із стану пригнічення, підвищують розумову та фізичну працездатність, знімають втоми. П. збуджують всі відділи головного мозку. Мають властивість стимулювати ЦНС, що проявляється в усуненні розумової та фізичної втоми, не володіють антипсихотичною та антидепресивною дією. Подібно до транквілізаторів, впливають на перебіг психічних процесів і у здорових людей. Вони стимулюють інтелектуальну діяльність, прискорюють процеси мислення. Основою психостимулюючої дії є посилення передавання збудження у синапсах внаслідок мобілізації нейромедiatorів. Можлива поява **ейфорії**, що супроводжується підвищенням активності з тимчасовим усуненням втомленості, сонливості, підвищенням працездатності. Можуть викликати порушення засинання аж до безсоння та порушення апетиту. При тривалому прийомі відзначається звикання та формується залежність. Деякі стимулятори ЦНС (амфетамін, метамфетамін, первертин) віднесені до списку наркотичних речовин.

Призначаються при невротоподібних та невротичних розладах із астеничними, психастеничними та неврастенічними станами, млявістю, загальмованістю, апатією, адинамією, зниженням працездатності, а також для лікування ступорозних, субступорозних і апатикоабулічних станів у хворих на шизофренію. Здоровим людям призначаються у разі екстремальних ситуацій, які пов'язані із розумовим або фізичним перенапруженням. Застосовують П. у таких випадках: за екстремальних умов для тимчасового підвищення розумової діяльності (фенамін); для стимуляції фізичної та розумової працездатності (кофеїн, сиднокарб, меридил, сиднофен); при нервово-психічних захворюваннях з елементами депресії (сиднокарб, меридил); при порушеннях дихання та функції серцево-судинної системи (кофеїн); при гострому отруєнні алкоголем, загальними анестетиками, снодійними засобами (кофеїн, сиднокарб, меридил). Побічні ефекти – нудота, блювання, збудження, безсоння, тахікардія, аритмії. При тривалому застосуванні виникає психічна залежність (теїзм).

**ПСИХОТЕРАПІЯ** (ψυχή - душа, θεραπεία – зцілення, медичне лікування) – метод впливу лікаря (психіатра) та медичного персоналу словом на **психіку** хворого з лікувальною метою, лікування за допомогою психічного впливу на хворого. Традиційно П. розглядають як практику психоаналізу, який був зосереджений на суб'єктивних переживаннях і в цілому не торкався тілесних захворювань. Таким чином, саме психоаналіз сформував уявлення про П. в сучасному "західному" розумінні. П. проходить у формі індивідуальної консультації або групової роботи. Вона може застосовуватися самостійно (для лікування неврозів) або у поєднанні з іншими методами лікування. Існує декілька методів психотерапії: лікування навіюванням у свідомому або гіпнотичному стані, раціональна або роз'яснювальна П., аутогенне тренування, колективна П., аналітична П., каузальна П. Завданням П. є досягнення дезактуалізації хворобливих переживань у хворого, зміна його неправильних суджень, стереотипів реагування та установок, полегшення адаптації до умов зовнішнього світу.

**ПУЕРИЛІЗМ** – синдром, клінічна картина якого проявляється дитячою поведінкою на фоні істерично звуженої свідомості. Дитячість, яка виникає після психічної травми, включає ряд симптомів: порушення поведінки у вигляді регресу до ранніх поведінкових моделей (смоктання пальця, суєтливість, ходьба

маленькими кроками, тупання ногами при незадоволенні); перебільшено-дитяча мова з відповідною мімікою та інтонаціями.

**-Р-**

**РАПОРТ** (фр. rapporter – доносити, porter – нести) – здатність хворого, що перебуває в гіпнотичному стані, підтримувати словесний контакт з лікарем.

**380. РЕАБІЛІТАЦІЯ** (фр. rehabilitation, від лат. re - знову, habilis – зручний, пристосований) – комплекс медичний, психологічний, педагогічних, професійних та юридичних заходів з відновлення автономності, працездатності та здоров'я осіб з обмеженими фізичними та психічними можливостями в результаті перенесених (реабілітація) чи вроджених (абілітація), а також в результаті травм. Повернення хворого до нормального життя і праці.

**РЕАКТИВНІ СТАНИ** (лат. re - повторення, відновлення, activus - діючий, діяльний) – реактивні психози (реактивні стани) – тимчасові розлади психічної діяльності, що виникають в результаті психічних травм. Від неврозів відрзняються гостротою і тяжкістю психічних травм та виникненням глибоких психічних розладів психотичного рівня. Крім того, у хворих з реактивними психозами відсутнє критичне ставлення до наявності продуктивних симптомів. Термін “реактивні психози” застосовується переважно у вітчизняній психіатричній літературі. У закордонній - зустрічаються назви “аномальні реакції”, “психогенні реакції” та інше.

**РІВНОЦІ ПАТОЛОГІЧНІ** – психічний стан, який проявляється безпідставною підозрою до об'єкту кохання.

**РЕМІСІЯ** (лат. remissio – зменшення, ослаблення) – тимчасове поліпшення стану хворого, яке проявляється в уповільненні або припиненні прогресування хвороби, частковому чи зворотному розвитку, повному зникненні клінічних проявів патологічного процесу. Р. В деяких випадках є закономірною фазою хвороби, але аж ніяк не поверненням організму до стану здоров'я і може змінюватися рецидивом, тобто загостренням патологічного процесу. Р. може виникати внаслідок змін загальної реактивності організму хворого, пов'язаних із сезонними факторами, сприятливими змінами кліматичних і побутових умов, характером і режимом харчування, а також зі спеціальними лікувальними заходами, спрямованими на підвищення специфічної та неспецифічної резистентності організму.

**РЕЗИДУАЛЬНИЙ** - залишковий, який має відношення до перцептивної функції, яка залишається після нещасного випадку, травми або операції. (Резидуальна шизофренія). Резидуальна фаза – фаза хвороби або розладу, яка настає після первинних симптомів.

**РЕЛАКСАЦІЯ** (лат. relaxatio – розслаблення) – зниження тону скелетної мускулатури, засіб зняття нервово-психічного напруження. Р. може бути досягнута в результаті застосування спеціальних психофізіологічних технік, фізіотерапії та

лікарських препаратів. Вважається, що Р. сприяє зняттю психічного напруження, тому широко застосовується в гіпнотерапії, при гіпнозі, самогіпнозі, в йозі та багатьох інших оздоровчих системах. Поряд з медитацією, набула великої популярності як засіб боротьби зі стресом та психосоматичними захворюваннями. Особлива ефективна для людей з підвищеним м'язовим тонусом, який призводить до розвитку захворювань.

**РЕМІСІЯ** (лат. remissio - зменшення, ослаблення) – період перебігу хронічної хвороби людини або тварини, що характеризується значним ослабленням або зникненням її ознак (симптомів). Тимчасове поліпшення психічного стану, часткове або повне зникнення ознак захворювання. Такий стан може настати в силу особливих закономірностей перебігу захворювання (так звана Р. спонтанна або "мимовільна") або у зв'язку з терапевтичним впливом (Р. терапевтична). Можуть виникати внаслідок циклічності перебігу захворювання (наприклад, малярія, маніакально-депресивний психоз); спонтанно (наприклад, при сечокам'яній хворобі); в результаті лікування (наприклад, шизофренії, хронічної дизентерії). Залежно від ступеня зменшення суб'єктивних і об'єктивних ознак хвороби розрізняють повні і неповні ремісії. Повні Р. в одних випадках тривають місяцями і роками, в інших — нестійкі і швидко змінюються новим загостренням (рецидивом) хвороби. При повних Р. також зберігаються деякі ознаки захворювання (наприклад, хромосомні порушення при лейкозах), тому в багатьох випадках продовжують підтримуючу терапію. В інших випадках багаторічні повні Р. важко відмежувати від практичного одужання.

Часто цей термін вживається по відношенню до наркоманів (тих, хто вживає ін'єкційні наркотики), котрі зменшують частоту вживання наркотиків або намагаються «зав'язати». Як правило, стадія Р. супроводжується важким «зворотним» синдромом, депресією, занепадом сил, м'язовими болями так званою «ломкою».

**РИГІДНІСТЬ** – складність, неготовність або повну нездатність суб'єкта змінювати намічену програму діяльності в нових ситуаційних умовах. Здатність психіки і характеру людини до міцного збереження заданої установки свідомості. Ригідна людина не здатна змінювати свої звички: вона вперта, прагне відстоювати свою тактику у вирішенні побутових питань; вразлива, на тривалий час зберігає свій емоційний стан. Виділяють наступні види ригідності: **когнітивну, афективну і мотиваційну**. Когнітивна Р. передбачає складності перебудови сприйняття і уявлень в змінених ситуаційних умовах. Це неготовність суб'єкта створювати нову концептуальну картину світу, навколишнього його при надходженні нової інформації, яка не відповідає колишній.

**Афективна Р.** виражається у незмінності відгуків (афективних або емоційних) на мінливі об'єкти емоцій. **Мотиваційна Р.** проявляється в складності перебудови системи мотивів в обставинах, які вимагають гнучкості і зміни поведінки. Ригідність, яку проявляє суб'єкт в тій чи іншій ситуації, багато в чому залежить від складності завдання, її привабливості для нього, наявності небезпеки і так далі. **Емоційна Р.** коли через значний часовий проміжок збуджена емоція виявляється знову, незважаючи на те, що збудник перестав діяти, а обставини змінилися. **Р. мислення** пов'язана зі стабільністю емоцій з фіксацією уваги на якихось важливих

подіях, об'єктах або обставин, невдачах, образах і так далі. Р. людина маломінлива навіть під впливом зовнішніх впливів, не здатної до самостійного регулювання та корекції. Помірно виражена Р. особистості висловлює незмінність інтересів і установок, які спрямовані на відстоювання своєї думки, на активність позиції, яка під впливом зовнішніх сил тільки посилюється. Це практичність, акуратність, вірність своїм принципам. Такі люди стійкі до стресів, оскільки вони меншою мірою підвладні змін середовища.

Більш виражена Р. характерна для психопатів з ознаками параної. Такі особистості, як правило, відрізняються конфліктністю, афективно захоплені домінуючою ідеєю. Коректувати поведінку осіб з високим рівнем ригідності – справа непросте. Стратегія взаємодії з особистістю даного типу повинна будуватися на неявному переконанні у формі рекомендації, щоб у самого індивіда склалося враження, що переконаність виходить від нього самого, а психолог тільки підтверджує її правильність.

-С-

**САДІЗМ** (від імені маркіза де Сада) – схильність до насильства, отримання задоволення від приниження інших. Поняття вперше введене в науковий обіг Крафт-Ебінгом в опублікованій монографії «Psychopathia sexualis». С. садизм – форма сексуальної поведінки, при якій засобом отримання задоволення та насолоди є нанесення партнеру страждань. Психологічний С. (моральний С.) – форма С., при якій жертві наносять не фізичні, а психологічні, морально-етичні страждання (у формі приниження, образи, погроз і т.п.).

**САДОМОЗАХІЗМ** – досягнення сексуального задоволення шляхом заподіяння страждання партнерові. Діапазон садистичних актів досить широкий – від докорів і словесних образ до жорстокого побиття й нанесення тяжких тілесних ушкоджень. Можливі навіть убивства. Такі особи іноді одержують задоволення, вступаючи у статеві акти з жертвою, що перебуває в стані передсмертної агонії. Різновидом садизму є **мазохізм** – одержання сексуального задоволення при приниженнях і стражданнях, заподіюваних йому сексуальним партнером. У практиці частіше зустрічається поєднання садизму з мазохізмом, що становить синдром садомазохизма. Це розлад властивий особам чоловічої статі. Іноді оргазм настає від одного виду страждань партнера. Садистичні схильності в пацієнтів звичайно простежуються з дитинства, коли вони зазнають насолоди від виду страждаючих тварин, іноді прагнуть бити кішок і собак, підвішують їх, підпалюють, убивають, ловлять і терзають птахів. Таку ж схильність вони проявляють із друзями й однокласниками. Надалі жорстокість стає рисою характеру й проявляється в сексуальних взаєминах з партнером. Садомазохісти скоюють тяжкі правопорушення (катування жертви, убивства, знущання над тілом загиблої) і тому стають об'єктом судово-психіатричної експертизи.

**САМОГУУУУБСТВО** – вольовий акт, який характеризується здатністю суб'єкта до такого вибору і внутрішнім зусиллям, необхідним для його здійснення.

Основою суїциду, з точки зору соціальної психології, є оцінювання екстремальної ситуації, взаємодія як середовище, в якому зароджується оцінне ставлення до об'єкта, що викликає занепокоєння, стурбованість, переживання, страждання та ін. У ціннісному ставленні сконцентровані відображені соціально-психологічні явища – необхідні, правильні, засуджувані, нестерпні; поведінкові реакції, реальна поведінка, прийняття рішення, реалізація рішення, суїцидальний вчинок, які залежать від конкретної ситуації життєдіяльності особистості.

**390. САМОНАВІЮВАННЯ або АУТОСУГЕСТІЯ** (лат. *suggestion* – сприйняття суб'єктом інформації, що надходить ззовні, в повному об'ємі, не піддаючи критиці) психічний вплив людини на саму себе. Навіювання яких-небудь думок, бажань, образів, відчуттів, емоційних і соматичних реакцій і станів самому собі за допомогою різних методів самонавіювання, які базуються на тому, що вербальні формули сугестії і невербальні прийоми здійснюють самі клієнти.

**САТИРІАЗИС або САТИРІАЗ** (гр. *Σατιρος* – сатир) – гіперсексуальність у чоловіків, яка отримала назву за іменем хтивої істоти сатира – хтивого демона в образі козла. Патологічне підвищення статевого потягу у чоловіків у вигляді постійного відчуття статевого незадоволення і нестримного прагнення до статевих стосунків. Сатиріазис пов'язаний не лише з кількісним збільшенням числа сексуальних контактів, але і якісною зміною сексуальної поведінки, при якій сексуальність стає основною життєвою метою індивіда. Для осіб, страждаючих від сатиріазису, характерна часта зміна сексуальних партнерів і відсутність тривалих сексуальних зв'язків. Дана патологія може розвинути в результаті психогенних дій (наприклад, як форма компенсації відчуття власній неповноцінності) або бути проявом органічних захворювань (наприклад, органічна патологія центральної нервової системи або гормональні порушення). Сатиріазис у чоловіків разом з німфоманією у жінок є однією з форм гіперсексуальності. Від сатиріазису страждав письменник-філософ Гі де Мопассан.

**СЕНЕСТОПАТІЇ** (давньогр. *συν-* спів-, *αἴσθησις* - відчуття, *πάθος* – страждання, хвороба) – різноманітні неприємні обтяжливі патологічні відчуття поколювання, здавлювання, перекручування, змертвіння, печії, здавлювання, які мають невизначений, але дуже тяжкий характер і не пов'язані із соматичними захворюваннями. Вони виникають у різних ділянках тіла та внутрішніх органах і не зумовлені їхньою об'єктивною патологією. Часто розвиваються в напрямку знизу вгору (по кінцівках і хребетному стовпу до голови, серця). Поява незвичних відчуттів викликає у хворих тривогу та підозру щодо важкого невилікованого захворювання. С. спостерігаються при неврозах та психозах, особливо характерні для шизофренії. Наприклад, хворий вважав, що в грудях в нього щось кисне, стискається і розтягується мозок, в горлі то тепло, то холодно, в животі зліва щось пече, а справа розпухає. Іноді відчуває, як в нього плавиться і стікає вниз обличчя, або сохнуть очі, м'язи рук труться до кісток.

**СЕНІЛЬНА ДЕМЕНЦІЯ (СТАРІЧІЙ МАРАЗМ)** – фізичний та психічний розпад особистості. Розвивається у віці 65-85 років. Перебіг повільний, малопомітний, з характерологічними змінами за типом процесів старіння, але зі швидшим прогресуванням. На початковому етапі індивідуальні особливості характеру поглиблюються, а з часом згладжуються. Наростають патологічні зміни

особистості, що типові для старечого недоумства. Їх називають сенільною психопатизацією особистості. Тому хворі стають схожими один на одного. Черствість, карикатурний егоцентризм, скупість, збирання старих непотрібних речей замінюють колишні інтереси і захоплення. Розгальмовуються елементарні інстинкти, непомірно збільшується апетит. Може з'явитися підвищений інтерес до молодих осіб протилежної статі, схильність до розмов на еротичні теми, а іноді й розпусних дій. Настрій стає похмуро-роздратованим. Звужується діапазон відтінків настрою з переважанням якогось одного афекту. Одні хворі стають сварливими, дріб'язковими або причепливими, інші – безпечними, добросердими, самовдоволеними, схильними до одноманітних жартів. Спочатку порушення механічної пам'яті затушовуються психопатичною поведінкою. Це буває в разі повільного розвитку атрофічного процесу. З часом долучається прогресуюча амнезія. Послідовність порушення інтелекту позначається на пам'яті. Спочатку страждають диференційовані поняття. З появою фіксаційної амнезії з'являється амнестична дезорієнтація – спочатку у часі подій громадського, а потім і особистого життя. Згодом порушується орієнтація в довкіллі. Хворі не впізнають людей з ближнього оточення, називаючи їх іншими іменами. У разі поглиблення тотального недоумства недужі, дивлячись у дзеркало, не впізнають себе, тобто з'являється амнестичний варіант симптому дзеркала. З часом вони звертаються до давно минулих подій. Вважають себе молодими, навіть юними. Серед відомостей про події, що були насправді, наводять явно вигадані факти.

**СЕПАРАЦІЯ** – (лат. separatio - відокремлення) відхід від об'єкта чи припинення з ним будь-яких стосунків. У психоаналітичному розумінні сепарація – це інтрапсихічний процес, який входить в структуру сепарації-індивідуалізації, завдяки якому індивід отримує відчуття власного «Я» як самостійної і незалежної цілісності. Найбільш яскраво порушення сепараційних процесів спостерігаються тоді, коли виникає потреба створювати свою сім'ю. Приєднання до батьківської сім'ї не залишає місця для нових емоційно насичених стосунків. Якщо людина – син своїх батьків, йому важко бути чоловіком для своєї дружини, особливо якщо дружина не хоче бути на другорядній ролі. Стосунки з батьками при цьому можуть бути поганими, конфліктними, важливо лише, що вони інтенсивні.

**СЕНСИТИВНІСТЬ** (лат. sensus – відчуття) – підвищена чутливість людини. Часто супроводжується підвищеною тривожністю, страхом нових ситуацій, людей, випробувань. Сенситивним людям властива боязливість, сором'язливість, вразливість, схильність до тривалого переживання минулих чи майбутніх подій, відчуття власної недостатності, тенденції до розвитку моральної вимогливості до себе та зниженого рівня домагань. З віком С. може згладжуватися, зокрема, внаслідок формування в процесі виховання і самовиховання вміння справлятися з ситуаціями, що викликають тривогу. Може бути зумовлена як органічними причинами (спадковістю, ураженнями мозку тощо) так і особливостями виховання (емоційним відщуренням дитини в сім'ї).

**СИМУЛЯЦІЯ** – удавана демонстрація почуттів або певного фізичного стану з метою введення когось в оману. С. психічного захворювання – це свідомо поведінка, в основі якої є зображення неіснуючих ознак психічних розладів, прикидання або штучний їх виклик з метою уникнути покарання. Вдаватися до

симулятивної поведінки деякі особи можуть в разі їх притягнення до кримінальної відповідальності, загрози позбавлення волі після засудження, при намаганнях уникнути призову в армію, отримати групу інвалідності, різні привілеї. Симулювати можуть як психічно здорові, так і психічно неповноцінні особи, але особливості С. у тих та інших різні. С. психічно здорових осіб прийнято називати правдивою або істиною. С. осіб з тими чи іншими психічними порушеннями називають С. на патологічному підґрунті. С. на патологічному ґрунті може виявлятися в різних формах: свідомому і навмисному перебільшені симптомів наявного в певний час захворювання або залишкових явищ після перенесеної в минулому психічної хвороби – агравація; свідомому продовженні захворювання або навмисному продовженні вже зниклих психопатологічних симптомів – метасимуляція; зображенні психопатологічних симптомів, які не властиві наявному психічному захворюванню – сюрсимуляція.

**СИМПТОМ** – це ознака захворювання, якісно новий, невластивий здоровому організму феномен, який можна виявити за допомогою клінічних методів дослідження. Симптом передбачає не тільки появу будь-якого нового, незвичного явища, а й відсутність нормального. При дослідженні клінічної картини захворювання розрізняють функціональні та органічні, сприятливі та несприятливі симптоми.

**СИНДРОМ** – це стійка сукупність симптомів з єдиним патогенезом. Синдром може відбивати клінічну картину захворювання взагалі або його частини. Синдром не рівнозначний захворюванню як нозологічній одиниці, тому що може бути пов'язаний з різними захворюваннями. Психічні хвороби виявляються у вигляді порушення процесів відчуття, сприймання, пам'яті, мислення, уяви, інтелекту, свідомості, емоцій та волі.

**СИНДРОМ АБСТИНЕНТНИЙ (див. АБСТИНЕНЦІЯ)** – стан, що характеризується сомато-вегетативними та психічними розладами, які виникають після припинення введення речовин, до яких сформувався патологічний потяг.

**400. СИНДРОМ АМЕНТІВНИЙ (див. АМЕНЦІЯ)** – потьмарення свідомості, що супроводжується грубим порушенням сприйняття та орієнтації.

**СИНДРОМ АНАНКАСТНИЙ** – нав'язливі страхи, думки та дії.

**СИНДРОМ АПАТИКО-АБУЛІЧНИЙ** – зниження емоцій і вольових спонукань до цілеспрямованої діяльності.

**СИНДРОМ АСТЕНІЧНИЙ (див. АСТЕНІЯ)** – стан психічної слабкості.

**СИНДРОМ ГАЛЮЦИНАТОРНО-ПАРАНОЇДНИЙ** – комплекс галюцинацій та маячних ідей.

**СИНДРОМ ГАНЗЕРА** – один із варіантів істеричного присмеркового стану свідомості, гостра психогенна істерична реакція. Характеризується симптомами мимоговоріння, псевдодеменції, пуерилізму, істеричним звуженням свідомості. Протікання гостре. На початку – розгубленість, тривога, страх, можливі зорові галюцинації. Хворий розгублений, тимчасово можуть проявлятися галюцинації, маячноподібні фантазії; поведінка характеризується підкресленою театральністю, безглуздістю. Хворий поодиться по-дитячому: безглуздо сміється, демонстративно ховається під ліжку, ніби-то наляканий, іноді спостерігаються різкі явища психічної та рухової затримки (істеричний ступор засуджених): хворий

лежить непорушно на ліжку, відповідає на питання з великими затримками. Безглузді відповіді на прості запитання можуть виглядати як глибока втрата елементарних відомостей, яка не характерна для жодної форми набутого слабоумства. Однак систематичне спостереження та непрямі запитання показують, що хворий володіє знаннями, правильно розуміє ситуацію та взаємини поза дослідженням. В розвитку синдрому велике значення відіграють душевні потрясіння, переляк, травма, туремне ув'язнення. Частіше спостерігається в чоловіків і проявляється в пізньому підлітковому віці або ранній юності. Розвивається далеко не в кожного ув'язненого. Для більшості хворих властиві **розлади особистості** (те, що раніше називали психопатіями), найчастіше істеричними чи дисоціальними (соціопатами). Такі особи поведуться безвідповідально та агресивно, нехтує навколишніх і не здатні дотримуватися суспільних норм. Самооцінка людей з істеричними розладами залежить від схвалення навколишніх і не базується на реальному положенні речей та здоровій самокритиці. В них нездоланне бажання бути поміченим, поведуться театральнo, неадекватно, щоб будь-якою ціною перебувати в центрі уваги.

**СИНДРОМ ГЕБЕФРЕНІЧНИЙ** (див. **ГЕБЕФРЕНІЯ**) – інертна ейфорія, що проявляється химерними, неадекватними веселощами, пустотливістю тощо.

**СИНДРОМ ДЕЛІРІОЗНИЙ** (див. **ДЕЛІРІЙ**) – потьмарення свідомості з порушенням орієнтування в навколишньому середовищі, зоровими галюцинаціями та психомоторним збудженням.

**СИНДРОМ ДЕПРЕСІВНИЙ** (див. **ДЕПРЕСІЯ**) – стан, що характеризується зниженням настрою.

**СИНДРОМ де ля ТУРЕТТА** – спадкове психоневрологічне захворювання, яке характеризується багатьма руховими та голосовими тиками – кліпання, покашлювання, вимовляння фраз чи слів, наприклад, «ні», які то посилюються, то послаблюються. Виникає в дитячому або підлітковому віці, має хронічний перебіг і супроводиться неврологічними поведінковими та емоційними порушеннями. Gilles de la Tourette описав захворювання в 1885 році в клініці Шарко в Парижі. Сучасні уявлення про синдром сформувалися завдяки роботам Артура та Елейн Шапіро (60-80рр. ХХст.). Найбільший ризик розвитку даного захворювання мають сини матерів із синдромом Жилья де ля Туретта. Здебільшого дане неврологічне захворювання проявляється в родичі першої та другої лінії. Крім генетичної схильності синдром може розвиватися після прийняття деяких видів лікарських препаратів, наприклад, нейролептиків.

**410. СИНДРОМ ДИСМОРФОФОбІЇ** – хворобливі переживання, що характеризуються появою думок про вигадане, уявне каліцтво.

**СИНДРОМ ЗВУЖЕНОЇ СВДОМОСТІ** – характеризується звуженим колом уявлень за рахунок обмеження кількості асоціативних зв'язків.

**СИНДРОМ "ІНТРАПСИХІЧНОЇ АТАКСІЇ"** (див. **АТАКСІЯ**) – порушується логічне відображення об'єктивної реальності за рахунок розладу асоціативних зв'язків між психічними процесами.

**СИНДРОМ КАНДІДСЬКОГО-КЛЕРАМБЇ** – характеризується поєднанням ознак психічного автоматизму з псевдогалюцинаціями та ідеями впливу.



**СИНДРОМ КАТАТОНІЧНИЙ** (давньогр. *κατατείνω* – натягувати, напружувати) – розлади моторно-вольової сфери. Психопатологічний синдром, основним клінічними ознаками якого є рухові розлади. Вперше кататонія описана Кальбаумом (1874) як самостійне психічне захворювання, Крепелінім віднесене до шизофренії. Синдром має дві стадії: кататонічне збудження і кататонічний ступор. Саме їх зміна і характеризує його. Кататонічне збудження може мати три форми. Перша – **патетична** – характеризується помірним порушенням, підвищеним настроєм. Можливий безпричинний сміх та наявність пафосу в мові. Свідомість не помутняється. Друга – **імпульсивна** – характеризується різким наростанням збудження. Рухи хаотичні, руйнівні, часто жорстокі. Мова порушена, складається з окремих, часто безладних фраз. При досягненні піку збудження хворі замовкають, а їх дії набувають саморуйнівний характер. Третя форма – **безмовна** – характеризується повною відсутністю мови, наявністю агресії, хаотичними і руйнівними діями. С.К. спостерігаються при шизофренії, інфекційних, органічних та інших психозах.

**СИНДРОМ КОРСАКОВСЬКИЙ** – амнестический симптомокомплекс, що проявляється повною втратою пам'яті на поточні події при збереженні її на минуле. Сприйняття всіх нових вражень є, але вони, не закріпившись, миттєво зникають із пам'яті. Нічого не запам'ятовуючи, хворі не знають, де вони перебувають, як сюди потрапили, хто їх оточує, який сьогодні день, число, рік. Все, що відбувається до захворювання, зберігається в пам'яті, відтворюється правильно й досить точно, зберігаються також і надбані раніше знання. Звичайно спостерігаються млявість, підвищена стомлюваність, виснажуваність, іноді ейфорія. Втрата пам'яті на поточні події супроводжується рясними конфабуляціями, що іноді доходять до конфабуляторної сплутаності, що є наслідком дезорієнтування в місці, часі й навколишніх особах. Незв'язність мислення іноді важко відрізнити від потьмарення свідомості.

**СИНДРОМ МАНІАКАЛЬНИЙ** (див. **МАНІЯ**) – проявляється ейфорією, прискоренням плину уявлень і підвищенням цілеспрямованія діяльності.

**СИНДРОМ ОБСЕСИВНИЙ** (див. **ОБСЕСІЇ, НАВ'ЯЗЛИВІ СТАЇНИ**) – характеризується наявністю різних нав'язливих ідей, емоцій, потягів і дій.

**СИНДРОМ ОНЕЙРОЇДНИЙ** (див. **ОНЕЙРОЇД**) – потьмарення свідомості, за якого спостерігається ілюзорно-галюцинаторне сприйняття навколишнього світу.

**СИНДРОМ ПАМОРОЧНОГО СТАЇНУ СВДОМОСТІ** – характеризується глибоким дезорієнтуванням, спотвореним сприйняттям, уривчастими маячними ідеями, афективними реакціями.

**420. СИНДРОМ ПАРАНОЇДНИЙ** (див. **ПАРАНОЇД**) – характеризується несистематизованими маячними ідеями. Свідчить про значний глибинний психічний розлад, який захоплює всі сфери душевної діяльності, змінюючи поведінку хворого. Синдром характеризується переважанням маячні, тісно пов'язаної зі слуховими галюцинаціями, тривогою і пригніченим настроєм. Маячня може виникнути подібно осяянню і не потребує підтвердження фактами. Коли хворому все навколишнє здається наповнене прихованим змістом (зрозумілим тільки йому одному), то мова йде про маячню особливого значення. Якщо хворому

здається, що незнайомі люди на вулиці звертають на нього увагу, «натякають» на щось, багатозначно переглядаються між собою, то мова швидше за все йде про маячну стосунків. Поєднання маячних ідей з галюцинаціями будь-якого типу формує галюцинаторно-параноїдний синдром. Синдром може бути гострим і хронічним: при гострому більш виражені афективні порушення і менше – систематизована маячня. С.П. характерний для багатьох психічних захворювань: алкоголізму (алкогольний параноїд), старечих психозів (інволюційний параноїд), екзогенних (інтоксикаційний, травматичний параноїд) і психогенних порушень (реактивний параноїд), епілепсії (епілептичний параноїд) і т.д.

**СИНДРОМ ПСЕВДОДЕМЕНТНИЙ** (див. **ПСЕВДОДЕМЕНЦЯ**) – несправжнє недоумство. Форма реактивного істеричного психозу із транзиторним (перехідним) регресом психічної діяльності, що імітує слабоумство.

**СИНДРОМ ПСИХООРГАНІЧНИЙ** – розлад психіки внаслідок органічного ураження мозку, що характеризується поєднанням інтелектуально-мнестичних розладів з емоційними порушеннями.

**СИНКІНЕЗІЯ** (гр. kinesis – рух) – невідповідність відчуттів при подразненні аналізаторів. Мимовільні рухи, які виникають у паралізованій кінцівці одночасно із здійсненням будь-яких довільних рухів іншою кінцівкою або іншою частиною тіла. Поряд з іншими проявами, наявність С. дозволяє діагностувати органічні ушкодження нервової системи, оцінювати динаміку патологічного процесу, який виник в ній (травми, пухлини, порушення мозкового кровообігу, запалення тощо).

**СИНКОПЕ́** (др.гр. συκοπή – непритомність) – раптова короткочасна втрата свідомості, особливо часто виникає через гіпоксії (кисневе голодування). Механізм виникнення цього стану полягає в порушенні регуляції судинного тону. Практично здорова людина може втратити свідомість при перевтомі, голодуванні, після тривалого перебування у душному приміщенні, через втрату крові; внаслідок сильного хвилювання, переляку, гострого болю, що також може призвести до рефлекторного спазму судин головного мозку. С. можливі в періоди гормональної перебудови організму: у підлітків, у людей 40-50 років, коли регуляція судинного тону найбільш вразлива.

**СИНЕСТЕЗІ́Я** (гр. synaesthesia - одночасне відчуття) – рідка особливість відчуття, при якому подразнення одного аналізатора викликає відповідь кількох аналізаторів. Звідси відчуття смачного запаху ноти, звукового жовтих соняшників Ван-Гога, музикальність дотику коміра сорочки до шиї. Синестезії нерідко зустрічаються у психічно здорових обдарованих художників, поетів і музикантів. В патології виявляються при прийомі деяких наркотичних засобів.

Феномен синестезії відомий науці протягом вже трьох століть. Пік інтересу до неї припав на рубіж XIX і XX століть. Тоді змішанням відчуттів зацікавилися не тільки медики, а й люди мистецтва. Так, в 1915 році був створений спеціальний інструмент для виконання світлової партії в «Прометей» Олександра Скрябіна. У 1970-х були популярні концерти «музика + світло», в яких використовувався «світловий орган» - музичний інструмент, який видає не тільки звуки, але і світло.

Витоки причин з'єднання видимого і чутного сприйняття на людські рецептори йдуть у глиб століть. Колір і звук у свідомості первісних предків належали до певних предметів, а сприйняття предметів було конкретним. Саме

тому танець і світло від полум'я багаття, які були обов'язковими ритуальними діями, були нероздільними і виконувалися у призначених для цього випадках.

**Кольоровий слух** – здатність людини відчувати асоціацію звуку з яким-небудь кольором (у багатьох музикантів і композиторів кожна тональність асоціюється з яким-небудь своїм кольором. Можливо і зворотне: японська піаністка та композитор Хіромі Уехара ще в процесі навчання використала не спеціальні музичні терміни, а тільки колірні характеристики: «Граї Червоний», - коли було потрібно показати темперамент, - «Граї Синій», - коли треба було показати смуток. За словами піаністки, вона не мислить музичними категоріями при створенні музики, а намагається візуалізувати звуки.

**Слухова синестезія** – здатність деяких людей «чути» звуки при спостереженні за рухомими предметами або за спалахами, навіть якщо вони не супроводжуються реальними звуковими явищами, було відкрито американськими вченими Меліссой Саенс (Melissa Saenz) і Крістофом Кохом з Каліфорнійського технологічного інституту.

**Смакова синестезія** – поява смакових асоціацій від будь-яких слів, образів. Такі синестети можуть, наприклад, слухати улюблену пісню і кожен раз згадувати смак шоколаду. Найчастіше зустрічаються синестети з колірними або фактурними асоціаціями на літери, цифри і слова (наприклад, кожна буква або цифра міцно асоціюється з будь-яким конкретним кольором). Феномен синестезії відомий науці протягом вже трьох століть. Пік інтересу до неї припав на рубіж ХІХ і ХХ століть. Тоді змішанням почуттів зацікавилися не тільки медики, а й люди мистецтва. Так, в 1915 році був створений спеціальний інструмент для виконання світлової партії в «Прометей» Олександра Скрябіна. У 1970-х були популярні концерти «музика + світло», в яких використовувався «світловий орган»- музичний інструмент, витягується не тільки звуки, але і світло.

**СПРИЙМАННЯ, ПЕРЦЕПЦІЯ** (лат. perceptio) психічний пізнавальний процес, який полягає у відображенні в свідомості людини предметів і явищ дійсності, в сукупності всіх їхніх якостей при безпосередній дії на органи чуття. С. має активний характер, воно відображає в єдності із всебічними характеристиками об'єкта також і все багатогранне життя суб'єкта: його світоглядні установки, минулий досвід, інтереси, прагнення, надії. Знання про оточуючу дійсність людина одержує не тільки через **відчуття**, а і через С. У відчуттях відображаються лише окремі властивості предметів, наприклад їхній запах, колір, твердість тощо, тоді як у С. всі ці властивості відображаються у їхній сукупності і взаємозв'язку. Результатом С. є цілісний образ об'єкта. Наприклад, взявши в руки нову книгу, ми одночасно відображаємо колір її сторінок, вагу, запах типографської краски тощо. Всі ці зорові, тактильні, нюхові та інші відчуття, поєднуючись, дають образ книги..

**СКОТОМІЗАЦІЯ ПАМ'ЯТІ** – випадіння з пам'яті інформації, що стосується психотравмуючих переживань.

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

**СОМНОЛЕНТНІСТЬ** – патологічна сонливість.

**430. СОМАТОГЕННІ ПСИХОЗИ** – психотичні розлади, пов'язані із соматичними недугами.

**СОПОР** – синдром загального порушення свідомості. Хворі нерухомо лежать, іноді спостерігаються безладні рухи. Із зовнішніх подразників сприймаються тільки дуже сильні, наприклад, біль. Знижена рефлекторна діяльність. Можуть спостерігатися патологічні рефлекси, вегетативні порушення. Спогади на період С. не зберігаються.

**СОЦІОПАТІЯ** (див. **ДИСОЦІТИВНІ РОЗЛАДИ ОСОБИСТОСТІ**) – відхилення характеру особистості від соціальних норм, яке спостерігається у близько 3% чоловіків та 1% жінок. Іноді соціопатія трактується як різновид психопатії; інколи – як патологія соціальних властивостей особистості. Виходячи з принципу соціального натуралізму, український вчений О. М. Костенко, визначає С. як стан неузгодженості волі і свідомості людини із законами соціальної природи: неузгодженість волі із зазначеними законами – це стан сваволі; неузгодженість свідомості із законами соціальної природи – це стан ілюзій. В особи утворюється так званий «комплекс сваволі й ілюзій», тобто С. – це ураження особистості комплексом сваволі й ілюзій. Проявами С. у такому розумінні є вчинки, що порушують різноманітні соціальні норми, зокрема норми моралі й права.

**СПАЗМОФІЛІЯ (дитяча тетанія)** – хвороба, що характеризується розладом мінерального обміну (зниженням концентрації іонізованого кальцію у крові), підвищеною нервово-м'язовою збудливістю і схильністю до тонічних і клонічних судом м'язів окремих груп, особливо гортані та кінцівок. Захворювання пов'язані з порушеннями метаболізму вітаміну D, які призводять до зменшення рівня іонізованого кальцію в крові і зниження функції паращитовидних залоз. При цьому відзначаються гіперкаліємія, підвищення лужного резерву крові. На цьому фоні висока температура тіла, інтеркурентні захворювання, плач можуть спровокувати спазм певних м'язових груп.

**СТЕРЕОТИПІЯ РУХІВ, МОВИ** (див. **ВЕРБІГЕРАЦІЯ**) – багаторазове повторення одних і тих самих слів, дій.

**СТРАХ** – емоційна реакція людини на справжню чи уявну небезпеку. Виражається у відчутті напруження з очікуванням небезпеки чи нещастя. Супроводжується прагненням уникнути небезпеки, втекти. Хворий сконцентрований на загрозі та небезпеці, які свідомо розпізнаються.

Перебіг емоції страху в різних ситуаціях у різних людей може істотно відрізнятися як за силою, так і за впливом на поведінку. С. може проявлятися у вигляді порушеного або пригніченого емоційного стану. Дуже сильний страх (наприклад жах) часто супроводжується саме пригніченим станом. Страх може бути описаний різними термінами в залежності від вираженості. Переляк, жах, манія переслідування, комплекс переслідування. Професор Ю. В. Щербатих запропонував класифікацію страхів: **біологічні, соціальні, екзистенційні**.

До першої групи відносяться страхи, безпосередньо пов'язані із загрозою життю людини, друга представляє побоювання за зміну свого соціального статусу, третя група страхів пов'язана з самою сутністю людини, характерна для всіх людей.

Виходячи з цього принципу, страх пожежі відноситься до першої категорії, страх публічних виступів – до другої, а страх смерті – до третьої. Між тим є й проміжні форми страху, що стоять на межі двох розділів. До них, наприклад, відноситься страх хвороби. З одного боку хвороба має біологічний характер (біль, пошкодження, страждання), але з іншого – соціальну природу (виключення з нормальної діяльності, відрив від колективу, зниження доходів, звільнення з роботи, бідність і т. д.). Тому даний страх знаходиться на межі 1 і 2 групи страхів, страх глибини (при купанні) – на межі 1 і 3 групи, страх втрати близьких – на межі 2 і 3 групи і т. д. Насправді, в кожному страху в тій чи іншій мірі присутні всі три складові, але одна з них є домінуючою.

Людині властиво боятися небезпечних тварин, ситуацій і явищ природи. Страх, що виникає з цього приводу, носить генетичний або рефлексний характер. У першому випадку реакція на небезпеку записана на генетичному рівні, у другому (заснована на власному негативному досвіді) – записується на рівні нервових клітин. В обох випадках є сенс проконтролювати корисність подібних реакцій за допомогою розуму і логіки. Можливо, дані реакції загубили своє корисне значення і лише заважають людині жити щасливо. Наприклад, має сенс з обережністю ставитися до змій, і безглуздо боятися павуків; можна цілком обгрунтовано побоюватися блискавок, але не грому, який не може заподіяти шкоди. Якщо подібні страхи заподіюють людині незручність, можна постаратися перебудувати свої рефлекси. Страхи, що виникають в ситуаціях, небезпечних для життя і здоров'я, носять охоронну функцію, і тому корисні. Страхи ж перед медичними маніпуляціями можуть завдати шкоди здоров'ю, оскільки завадять людині вчасно встановити діагноз або провести лікування.

**СТРЭС** (англ. stress – тиск, натиск; гніт; навантаження; напруга) – неспецифічна (загальна) реакція організму на вплив (фізичний або психологічний), що порушує його гомеостаз, а також відповідний стан нервової системи організму (або організму в цілому). Психофізіологічний стан людини, що виникає у відповідь на різноманітні екстремальні дії. Виділяють позитивну (еустрес) і негативну (дистрес) форми стресу. За характером впливу виділяють нервово-психічний, тепловий або холодний, світловий, антропогенний та інші стреси. Яким би не був стрес, «хорошим» або «поганим», емоційним або фізичним (або тим і іншим одночасно), вплив його на організм має загальні неспецифічні риси.

Людина в стані стресу здатна на неймовірні (порівняно зі спокійним станом) учинки: у момент стресу в кров викидається велика кількість адреналіну, мобілізуються всі резерви організму і можливості людини різко зростають, але тільки на певний час. Тривалість цього періоду й наслідки для організму в кожній людині свої. У цілому вважається, що невеликий і нетривалий стрес може бути навіть корисним для виконання роботи та нешкідливий для людини, а тривалий і значний — може призвести до різних небажаних наслідків. За даними досліджень фізіологів, якщо стрес триває місяць, рік і вже став причиною якогось захворювання, повернути фізіологічні функції організму в норму практично неможливо.

**СТРЭС ЕМОЦІЙНИЙ** – комплексна реакція людини на особливості взаємодії між особистістю і навколишнім світом. Він включає в себе як первинні

емоційні та поведінкові реакції на екстремальні дії біологічної чи соціального середовища, так і фізіологічні механізми, що лежать в їх основі. А.М. Вейн більше двох десятиліть тому писав, що «основні хронічні поточні захворювання нашого часу виникають на тлі емоційного неблагополуччя, гострого або хронічного емоційного стресу». К. Судаков зазначав, що «на основі емоційних стресів формуються психосоматичні захворювання: неврози, порушення серцевої діяльності, артеріальна гіпертензія, виразкові ураження шлунково-кишкового тракту, імунодефіцити, ендокринопатії і навіть пухлинні захворювання». За оцінками деяких західних експертів, до 70% захворювань пов'язані з емоційним стресом. В Європі щорічно вмирає більше мільйона чоловік внаслідок стресогенних порушень функцій серцево-судинної системи (Lannone V., 1990).

**СТУПОР** – стан повної нерухомості з підвищенням м'язового тону.

**СТУУУПОР КАТАТОНІЧНИЙ** – скутість рухів, рухове заціпеніння. С.К. характеризується руховою загальмованістю, мовчанням, м'язовою гіпертонією. В скутому стану хворі можуть перебувати кілька тижнів і навіть місяців. Порушуються всі види діяльності, навіть інстинктивна. Виділяють чотири види.

Перша форма, також звана **субступорозним станом**, не є ступором у звичному розумінні цього слова і тому може не бути розпізнана недосвідченою людиною. Характеризується сповільненістю рухів, порушенням зв'язності мовлення, її уповільненням. Ця форма є першою стадією хвороби і, як правило, поєднується з першою формою збудження.

Кататонічний ступор другої форми, також званий **ступор каталептичний** або хвороба Цельсія, характеризується так званою “восковою гнучкістю”. Хворий застигає в якій-небудь позі, часто – незручній. Не реагує на спроби заговорити з ним, виходить зі ступору тільки в тиші. Може відповідати на пошепки звернену мову, не реагуючи на голосну. Спонтанно розгальмовуються в нічній тиші, стаючи доступними контакту.

Третя форма – **ступор негативістський** – поряд з руховою загальмованістю, характеризується постійним спротивом поміняти його позу. Хворий чинить опір спробам навколишніх змінити позу, в якій він застиг. Навіть слабкі люди можуть чинити сильний опір.

**Ступор із заціпенінням** – характеризується найбільшою вираженістю рухової загальмованості. Хворі перебувають в позі ембріона, можуть подовгу не виходити зі ступору. Може спостерігатися симптом повітряної подушки.

**440. СУЇЦІД** (ант. suicide – самогубство) – акт добровільного самознищення, який людина здійснює у стані сильного переживання, порушення душевної рівноваги або психічного захворювання. Явище суїциду як соціально-психологічного феномену є результатом дії зовнішніх соціально-психологічних чинників **суїцидального ризику** (вірогідність суїцидальних дій) і внутрішніх індивідуальних особливостей, що мають суїцидальну спрямованість.

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

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

С. р. с. має п'ять диференційних ознак: короткотривалість – від декількох хвилин до декількох днів; початок – виникають раптово, критично; емоційне напруження, виразний афект гніву, злоби; цілеспрямованість дій – вчинки послідовні, іноді навіть неможливо запідозрити порушення свідомості; наявність гострого чуттєвого маячення або галюцинацій. В залежності від переважання окремих складових компонентів сутінкової свідомості виділяють галюцинаторний, маячний та дисфоричний варіанти. Сутінкові розлади свідомості, які належать до психічних еквівалентів судомних нападів, можуть з'являтися замість таких нападів. Виникають сутінкові розлади свідомості зненацька і в одних випадках поведінка хворих залишається зовні впорядкованою, коли вони виявляють формально правильне орієнтування в навколишньому середовищі, часі та здатні підтримувати мовний контакт. Часто такий стан змінюється несподіваною агресією, злостивістю, руйнівними діями. Іноді сутінкові стани починаються одразу з великого афективного напруження з перевагою злісного афекту, дезорієнтації в місці, часі, власній особистості й нецілеспрямованого і хаотичного психомоторного збудження з агресивними та руйнівними діями. В окремих випадках у структурі сутінкових розладів свідомості виникають галюцинаторно-маячні симптоми з яскравими зоровими, слуховими та нюховими галюцинаціями. Характерна ознака цих станів полягає в тому, що попри глибоко порушену свідомість хворі здатні виконувати цілеспрямовані дії: перейти вулицю перед транспортом, що рухається, відімкнути ключем двері тощо. Сутінкові розлади свідомості такого типу можуть тривати від години до кількох днів. Хворий виходить з такого стану поступово, зазвичай напад закінчується сном з подальшою амнезією, хоча можливе відновлення в пам'яті уривчастих психопатологічних переживань. Іноді набирають форми **амбулаторних автоматизмів**, коли хворі виходять з будинку, бродяжать, переїжджають з міста до міста, часто оговтуються в незнайомому місці й не пам'ятають шляху свого пересування.

-Т-

**ТАНАТОФОБІЯ** – нав'язливість, що характеризується страхом перед раптовою смертю.

**ТИК** (фр. tic) – мимовільне стереотипне нав'язливе смикання певних м'язів обличчя, шиї, рук та ін. Однотипні рухи, які іноді можуть зачіпати і голосовий апарат, що супроводжується промовлянням звуків (вокалізацією) – хрюканням, цмоканням, промовлянням слів. Тики є різновидом гіперкінезу. За походженням бувають первинні (психогенні, нервові) – найчастіше бувають в дитячому віці. Хворіють частіше хлопчики. Початок провокують психотравма. Протікання доброякісне, проходять самостійно. Тривалість від кількох тижнів до кількох років. Вторинні (симптоматичні) – розвиваються внаслідок органічного чи дисметаболічного ураженні головного мозку (енцефаліт, травма, порушення мозкового кровообігу, інтоксикації, порушення функції внутрішніх органів). Спадкові (**синдром де ля Туретта**)

**ТОКСИКОМАНІЯ** – систематичне вживання психоактивних препаратів, що не занесені до списків наркотиків.

**ТОКСИКОФОБІЯ** – нав'язливий стан, який характеризується страхом перед отруєнням.

**ТРИБОГА** – епізодичні прояви неспокою і хвилювання. Тривога мобілізує (дає додатковий імпульс) і розслаблює (паралізує людину). Конкретизована тривога виявляє собою **страх**, який є домінуючим компонентом тривожності. Це відчуття небезпеки, яке не має конкретного змісту. Це смуток, спрямований в майбутнє, хвилювання, неспокій, зумовлений безпричинними очікуваннями сильних неприємностей, катастрофи, яка відбудеться із самим хворим чи його близькими. Тривога може бути ситуативно зумовленою, пов'язаною з конкретною, часто перебільшеною життєвою ситуацією і дифузною, не пов'язаною з якимись конкретними фактами чи подіями. Тривога переважно супроводжується вираженими вегетативними реакціями, руховим збудженням, часто пов'язана з депресією і виступає в єдиному тривожно-депресивному синдромі при багатьох психічних та соматичних розладах, особливо в інволюційному періоді. Одиначні прояви тривоги можуть перерости у стійкий стан, який отримав назву «**тривожність**».

**ТРИБОЖНИЙ ТИП** – акцентуація характеру. Людям такого типу властиві низька контактність, понижений настрій, боязкість, полохливість, невпевненість у собі. Діти тривожного типу часто бояться темряви, тварин, бояться залишатися насамоті. Цураються галасливих і жвавих однолітків, не люблять надмірно гучних ігор. У них рано формується почуття обов'язку, відповідальності, високі моральні та етичні вимоги. Почуття власної неповноцінності намагаються замаскувати в самоствердженні через ті види діяльності, де вони можуть більшою мірою розкрити свої здібності

**ТРИБОЖНІСТЬ** – психічний стан емоційної напруги, настороженості, хвилювання, душевного дискомфорту, підвищеної вразливості при ускладненнях, загостреного почуття провини і недооцінювання себе у ситуаціях очікування, невизначеності або передчуття неясної загрози значущій рівновазі особистості. Це індивідуальна психологічна особливість, яка виявляється у схильності людини до частих та інтенсивних переживань стану **тривоги**, а також у низькому порозі його виникнення. Тривожність розглядається як «стрижневий симптом» неврозу. Багато досліджень присвячені ролі тривожності у виникненні неврозів і психосоматичних розладів. На психологічному рівні тривожність відчувається як напруження, стурбованість, нервозність і переживається у вигляді почуття невизначеності, безпомічності, безсилля, незахищеності, самотності, неможливості прийняти рішення та ін. На фізіологічному рівні реакції тривожності виявляються у посиленні серцебиття, зростанні частоти дихання, збільшенні хвилинного об'єму циркуляції крові, підвищенні артеріального тиску, зростанні загальної збудливості, зниження порогів чутливості, коли раніше нейтральні стимули набувають негативного емоційного забарвлення.

До поведінкових ознак прояву тривоги можна віднести – ситуацію, коли дитина гризе нігті, катання на стільці, перебирання волосся, крутіння в руках різних предметів і т.п. Частіше за все тривожність розвивається тоді, коли дитина



знаходиться у стані внутрішнього конфлікту. Виникнення тривожності є результатом недостатньої адаптивності психофізіологічних механізмів, що виявляється в посиленні рівня активації нервової системи і внаслідок цього неадекватних поведінкових реакцій.

**ТРИАДА РЕАКТИВНИХ СТАНІВ К. ЯСПЕРСА** – три положення перебігу реактивних станів: 1) реактивний стан, викликаний психічною травмою; 2) психогенно-травмуюча ситуація, що відображається в клінічній картині захворювання, проявах її симптомів; 3) реактивний стан, який припиняється при зникненні причин, що його зумовили. Деякі психіатри заперечують реактивний стан і вважають, що він не завжди зворотний, може втрачати зв'язок з причиною його виникнення та ліквідація травми не завжди впливає на результат захворювання.

**ТРАНКВІЛІЗАТОРИ** (лат. *tranquillo* – заспокоювати) або **анксіолітики** (від лат. *anxietas* – тривожний стан, страх + гр. *lytikos* – здатний розчиняти, ослаблюючий) чи **атарактики** (гр. *ataraxia* – незворушність) – психотропні лікарські засоби, здатні усувати або пом'якшувати невротичні прояви, страх, тривогу, емоційну напругу, розлади сну. Більшість транквілізаторів відноситься до групи бензодіазепінів – психофармакологічні препарати, що заспокійливо впливають на психічну діяльність. Транквілізатори, як і нейролептики мають пригнічувальний вплив на ЦНС, проте вони відрізняються за силою і, головне, за характером свого впливу. Транквілізатори не мають виразного антипсихотичного ефекту, вони сприяють усуненню різноманітних невротичних і неврозоподібних порушень, зменшуючи психоемоційне забарвлення поведінки людини.

**ТРАНС** (от фр. *transir* – заціпеніти, лат. *transire* – переходити межі чогонбудь) – функціональний стан психіки, який пов'язує та опосередковує свідоме та несвідоме психічне функціонування людини, в якому, згідно деяких когнітивно-орієнтованих трактувань, змінюється ступінь участі свідомого в обробці інформації. К.Хоффман стверджує, що «Транс традиційно вважають станом пониженої свідомості чи стану дрімоти. Однак пізніші визначення пов'язують його із зміненими станами свідомості, що є більш прийнятним». Т. є психічним розладом, що характеризується автоматичністю актів поведінки у стані потьмареної свідомості або звуженого поля свідомості.

**450. ТРАНСВЕСТИЗМ** – статеве задоволення при переодяганні в одяг протилежної статі.

**ТРЕМОР** (лат. *tremor* – тремтіння) – ритмічні рухи, які виникають примимовільно у послідовному скороченні та розслабленні м'язів. Виділяють швидкі, ритмічні, з частотою близько 10 Гц рухи кінцівок або тулуба, викликані м'язовими скороченнями і пов'язані з тимчасовою затримкою коректуючої аферентної імпульсації, в силу чого реалізація руху та збереження пози відбувається за рахунок постійного підстроювання рухів до якогось середнього значення. При стомленні і сильних емоціях, а також при патології нервової системи тремор істотно посилюється. Зокрема, патологічний тремор (тремор спокою) спостерігається при хворобі Паркінсона; фіксаційні рухи очей, що володіють високою частотою і малою амплітудою. Серед видів Т. виділяють:

**Т. фізіологічний** – тремор, що з'являється в руках або іншій частині тіла (губи, шия тощо), зазвичай не відчувається людиною. Акцентуований тремор може виникати на тлі тривоги, втоми, переохолодження, алкогольної абстиненції, тиреотоксикозу, гіпоглікемії, отруєння ртуттю, свинцем, миш'яком, окисом вуглецю, а також під дією ряду лікарських засобів. Лікування включає вплив на основне захворювання, уникнення провокуючих чинників (таких як кава або чай).

**Т. есенціальний** – кінетичний тремор, зазвичай найбільш виражений в руках, частіше двосторонній, хоча іноді буває асиметричним, є спадковим. Разом із руками нерідко втягуються голова, голосові зв'язки.

**Т. паркінсонічний** – це тремтіння спокою, слабшає при русі, але посилюється у спокої, при ходьбі та відволіканні уваги. Особливо характерний для хвороби Паркінсона, але може проявлятися і при інших захворюваннях, що проявляються синдромом паркінсонізму, наприклад багатосистемній атрофії. Особливо часто спостерігається в руках, іноді залучаються ноги, підборіддя, губи, але виключно рідко голова. Часто буває асиметричним і може досить довго залишатися одностороннім.

**ТРИСКАЙДЕКАФОБІЯ** – нав'язливий страх перед числом 13.

-У-

**УВАГА** – є формою організації психічних процесів, що проявляється вибірково (селективно), у певній концентрації та відносній стійкості. Як організуючий чинник активної поведінки увага дає можливість зосередитися на об'єкті, який, у свою чергу, здатний привернути до себе увагу. Умовні зв'язки, що виникають у разі повторного задоволення потреби, визначають концентрацію та вибірковість акту уваги, який первинно, за походженням, є орієнтувальним рефлексом. Селективність уваги впливає з утворення в кірковій речовині великого мозку джерела збудження – домінанти. Концентрація уваги пов'язана з посиленням збудження в домінанті, яке супроводжується пригніченням інших ділянок кори. Відносна стійкість уваги залежить від здатності домінанти зберігати збудження. Патологія уваги зустрічається практично у всіх психопатологічних синдромах і соматичних захворюваннях. До патології уваги відносять наступні порушення.

Спостерігаються такі **форми порушення уваги**:

**У. відволікання** – надмірна рухливість уваги, перемикання її з одного об'єкта на інший. Характерне для маніакального синдрому. **У. загальмованість** порушення механізму перемикання уваги з одного предмета, явища на інший; має місце при депресивному синдромі, органічних ураженнях головного мозку. **У. розсіяність** – порушення здатності зберігати спрямованість уваги, при цьому страждає зосередженість. Увага стає нестійкою та переважно мимовільною.

**Недостатня здатність до перемикання У.** пов'язана з в'язкістю мислення та схильністю до деталізації. Вона характерна для епілепсії, органічних уражень головного мозку. Порушення розподілу уваги спостерігається при ураженні судин головного мозку, особливо при церебральному атеросклерозі.

**У. виснаження** проявляється у швидкому прогресуванні послаблення її інтенсивності у процесі роботи при початковій достатньо високій здатності до

зосередження. В результаті продуктивна робота протягом тривалого часу стає неможливою. Властиве астенозованим пацієнтам з важкими тривалими соматичними недугами, хворим на невротичні розлади, з органічним ураженням головного мозку.

**У. звуження об'єму** – патологічне зосередження, зумовлене слабкістю розподілу, при якому змістом свідомості стають найближчі хворому враження та об'єкти, які мають ситуаційне або індивідуально-особистісне значення.

**Апрозексія** – повне випадіння уваги.

**Дезінтеграція активної уваги** має місце при вираженому недоумстві.

**Спотворення уваги** спостерігається при шизофренії, коли хворий зосереджується на патологічних переживаннях (галюцинації, маячні ідеї тощо).

**УРОФОБІЯ** – нав'язливий страх перед тим, що в невідповідний момент раптом відчуєш позив до сечовипускання.

**УСТАНОВКА** – стан готовності до певної активності, спрямованої на задоволення тієї чи тієї потреби.

**УЯВА** – психічний процес, що полягає в створенні образів, думок на базі попереднього досвіду.

**-Ф-**

**ФАГОФОБІЯ** – нав'язливий страх, зумовлений прийомом їжі.

**ФАНАТИЗМ** (гр. *φάντασμα* – привид, уявлення) – порушення пам'яті, різновид **парамнезії**. Події, які видумала чи уявила особа, видаються їй такими, що відбулися насправді. Виділяють Ф. істеричні, паралітичні.

**ФАНТАЗМИ ІСТЕРИЧНІ** – вигадкування незвичайних подій, яких насправді не було, прагнення поставити себе в центр уваги. Спостерігається при істерії, істеричній психопатії. Хворий з чуттєвою яскравістю переживає своє несправжнє сприйняття як щось вірогідне.

**460. ФАНТАЗМИ ПАРАЛІТИЧНІ** – вигадкування безглузлого змісту, що характерне для недоумства. Спостерігаються при прогресивному паралічі та деяких інших психозах. Виникають на фоні деменції, ейфорії. Часто є складовою паралітичної маячні величі. За клінічними проявами схожі до конфабуляцій, але відрізняються безглуздістю.

**ФАНТАЗІЇ МАЯЧНОПОДІБНІ** – це ідеї переслідування, величі, реформаторства, які виникають у хворих реактивним психозом, і супроводжуються театральністю поведінки. На відміну від маячні, у хворих відсутня переконаність у своїх ідеях. Хворі розповідають про свої винаходи, відкриття, космічні польоти, багатство, іноді пишуть наукові праці. У змісті прямо або непрямо звучить травмуюча ситуація.

**ФАРИНГОСПАЗМ** – скорочення м'язів глотки, зумовлене судомою.

**ФАСЦИНАЦІЯ** – один із способів раптового занурення в гіпнотичний стан.

**ФЕОФРАСТА СИМПТОМ** – одна із ознак зміни особистості при старінні. Спостерігається у віці 55-60 років і характеризується не відповідною для віку поведінкою (підвищена активність, недостатня самокритичність, зацікавлення модним одягом, прагнення до стосунків із значно молодшими, оживлення

сексуальних інтересів, активне відвідування танцювальних вечірок). Типовими є зміни рівня домагань, завищена самооцінка, гіпертимні особливості особистості. Груба судинна патологія відсутня. В основі – вікове підсилення типологічних (гіпертимна акцентуація) властивостей особистості. Назву отримав за іменем Феофраста, філософа античної Греції, учня і сподвижника Аристотеля. У своїй книзі «Характери» Феофраст описав опсиматию, яка означає поведінку, яка не личить літньому вікові.

**ФЕТИШИЗМ** – статеве збудження від споглядання предметів жіночого туалету.

**ФІЗІОГНОМІКА** – галузь психології, що має своїм завданням вивчення зовнішніх характеристик поведінки і вигляду людини (стать, вік, особливості статури, міміки, жестикуляції та ін. ознак) з метою проникнення у внутрішній психологічний зміст особистості. У найзагальнішому сенсі Ф. - психодіагностика людини по обличчю (включаючи будову черепа) та особових зморшках (фізіодерматогліфіка). Завдяки цьому методу є можливість визначити генетичні характеристики індивіда, тобто його природні задатки.

**ФЛАГЕЛАНТ** – людина, що дістає статеве задоволення від побоїв, які йому їх наносить статевий партнер.

**ФÓБІЇ** – нав'язливі страхи.

**ФОТОФÓБІЯ** – світлобоязнь.

**ФРИГІДНІСТЬ** – зниження статевого потягу в жінок.

**470. ФРОТЕРИЗМ** – сексуальна патологія, за якої статевого збудження досягають внаслідок доторкування статевих органів до тіла або одягу особи протилежної статі.

**ФРУСТРА́ЦІЯ** (лат. frustratio – обман, марне сподівання) – негативний психічний стан, зумовлений неможливістю задоволення потреб, який проявляється в переживаннях розчарування, тривоги, роздратованості, відчаю. Ефективність діяльності різко знижується. Своєрідний емоційний стан, характерною ознакою якого є дезорганізація свідомості та діяльності в стані безнадійності, втрати перспективи. М.Д. Левітов називає такі різновиди фрустрації: агресивність, діяльність за інерцією, депресивні стани, характерними для яких є сум, невпевненість, безсилля, відчай. Ф. виникає у результаті конфліктів особистості з іншими, особливо в колективі, в якому людина не отримує підтримки, співчутливого ставлення. Найпомітнішими проявами поведінки людини у стані Ф. також є апатія, агресія, регресія (поведінка, яка наближена до заохочення мінімальних людських потреб) та стереотипія (порушення власної працездатності і наслідування чийось дій).

**ФТИЗИОФÓБІЯ** – нав'язлива боязнь захворіти на туберкульоз.

**ФУГА ІСТЕРИЧНА** – розлад свідомості, за якого людина збуджена і діє автоматично, стан звуження поля свідомості. Реакція на емоційний стрес у істеричної особистості, що виявляється афективним звуженням свідомості і прагненням до переміщення в просторі, при цьому нерідко хворий прагнути бігти. При цьому хворий, не усвідомлюючи навколишнього виконує (переважно збуджено) ряд дій, наприклад, кружляє на одному місці, кидається бігти, у тролейбусі знімає одяг тощо. Людина діє автоматично, безтямно.

**-Х-**

**ХАРА́КТЕР** (гр. χαρακτήρ – прикмета, характерна ознака) – сукупність постійних індивідуально-психологічних властивостей людини, які виявляються в її діяльності та суспільній поведінці, ставленні до колективу, інших людей, праці, навколишньої дійсності та до самої себе. Х. людини можна зрозуміти тільки в її суспільній діяльності, суспільних відносинах, на основі того, як вона мислить і поводить за різних обставин, якої вона думки про інших людей і про саму себе, в який спосіб здебільшого поводить. "У кожної людини три характери: той, що їй приписують; той, що вона сама собі приписує; і, нарешті, той, що є в дійсності" - писав В. Гюго. З одного боку Х. є собою відбитком виховання і діяльності, які формують людську особистість. Поняття Х. трактується в психології неоднозначно. По-перше, наявні труднощі в розрізненні характеру і темпераменту, оскільки й досі складно встановити, що є властивостями темпераменту, а що є результатом прижиттєвих "нашарувань", тобто відноситься до властивостей характеру. Ще більше спірних питань виникає під час спроби розвести поняття "характер" і "особистість", оскільки в психологічній літературі ці поняття або часто ототожнюються і використовуються як синоніми, або характер включається в особистість і розглядається як її підструктура, або навпаки, особистість розуміється як специфічна риса характеру тощо.

**ХАРА́КТЕРУ АКЦЕНТУА́ЦІЯ** – перебільшений розвиток властивостей характеру, в результаті чого погіршується взаємодія з навколишніми. Крайній варіант норми, при якому окремі риси характеру надмірно посилені, внаслідок чого виявляється вибіркова вразливість відносно певного роду психогенних дій при хорошій стійкості до інших. Іншими словами, А. є варіантом психічного здоров'я (норми), який характеризується особливою виразністю, загостреністю, непропорційністю деяких рис характеру всього складу особистості і приводить її до певної дисгармонії. Автор концепції акцентуації – німецький психіатр Карл Леонгард ввів термін «акцентуїтована особистість». За К. Леонгардом акцентуації – це індивідуальні людські риси, які мають тенденцію до переходу в патологічний стан. Особи, що позначаються Леонгардом як акцентуїтовані, не є патологічними. Високі показники по окремих акцентуаціях можуть з часом зменшуватися (особливо у дорослих), а можуть залишатися практично незмінними на все життя. У цілому акцентуації не такі стійкі, як темперамент, і більше залежать не від особливостей вищої нервової діяльності (хоча і цей зв'язок дуже міцно зберігається), а від особливостей виховання, загального впливу середовища, мікроклімату в родині, школі, соціальному оточенні і т.д. У чистому вигляді властивості конкретних акцентуацій присутні в людині далеко не завжди, можуть бути "домінантні" і "субдомінантні" акцентуації, вони можуть "накладатися" один на одного. А. бувають прихованими і явними. Приховані А. збалансовані і є практично у всіх людей, і виявляються за допомогою тестів і методик. При загостренні ситуації прихована А. проявляється – це крайні варіанти норми. До Х.А. належать демонстративний, застрягаючий, педантичний, збудливий,

гіпертимний, дистимічний, тривожний, екзальтований, емотивний, циклоїдний типи.

**ХРОМАТОПСІЯ** (гр. chroma – колір opsis – зір) – рідкісний симптом порушення сприймання кольору. Спотворення відчуттів кольору, при якому сприймається тільки один з основних кольорів. Іноді після видалення катаракти, або отруєння йодом хворі можуть бачити всі предмети в червонному кольорі (**еритропсія**), **ксантопсія** – в жовтому кольорі (при отруєнні сантоніном), **ціанопсія** – в синьому кольорі (при отруєнні грибами).

**ХРОМАТОФОБІЯ** – нав'язливий страх перед якимось яскравим кольором.

**ХОРЕ́Я** (гр. χορεία – вид танцю), **хореїчний гіперкінéz, танóк «святого Вітта»** – синдром, який характеризується безладними, хаотичними уривчастими нерегулярними рухами схожими на нормальні мімічні рухи і жести, але відрізняються амплітудою та інтенсивністю, тобто більш чудернацькі та гротескні, часто нагадують танець. В стані фізичного та психічного спокою хореїчний гіперкінéz зменшується, уві сні пропадає, при подразненнях, особливо емоційних, посилюється. Виражений гіперкінéz ускладнює довільні рухи. Для хореї типовим є зниження м'язового тону. Виникає Х. при різного роду ураженнях в зубчатих ядрах мозочка та верхніх мозочкових ніжках, залучена і ретикулярна формація мозку. Відомі особливі нозологічні форми хореї (мала хорея і хорея Гентінгтона). Як синдром Х. спостерігається при різноманітних ураженнях головного мозку (енцефаліти, травми, ДЦП тощо); вторинні хореї, пов'язані з ураженням базальних ядер головного мозку (вірусні, бактеріальні, судинні, травматичні, токсичні тощо).

**-Ц-**

**ЦЕНТР БРОКА́** – руховий центр мовлення, розміщений у задній нижній третині лобової звивини домінуючих півкуль. При його ураженні виникає симптомокомплекс моторної афазії.

**ЦЕНТР ВЕ́РНИКЕ** – ділянка кори головного мозку, розташована в задньому відділі верхньої скроневої звивини домінуючої півкулі головного мозку і забезпечує звуковий аналіз усного мовлення. При його ураженні виникає сенсорна афазія (порушення розуміння усного мовлення).

**ЦЕРЕБРАСТЕНІЯ** (лат. cerebrum – головний мозок + астения) – слабкість і підвищена збудливість головного мозку у вигляді поєднання астенії з головним болем, запамороченням, погіршенням пам'яті, явищами підвищеної виснаженості інтелектуально-мнестичної діяльності та вегетативними розладами судин. Може виникати при травмах, інфекціях, інтоксикаціях або на початковій стадії органічного захворювання головного мозку.

**ЦИКЛОТІ́МІЯ** (гр. κύκλος – коло, гр. θυμός – дух, душа) – психічний розлад, за якого пацієнт зазнає нестабільності настрою, точніше, зміни між легкою депресією та легкою ейфорією. Легка форма маніакально-депресивного психозу. Е. Кречмер (1921) розглядає Ц. як норму, тип особистості, варіант темпераменту, який спостерігається при пікнічній конституції і проявляється схильністю до коливання настрою. Ц. називають хронічну нестабільність настою в людини. Для цього стану властивими є як напади депресії, так і епізоди підвищеного настрою, ейфорії. За

статистикою поширеність захворювання складає до 6% серед дорослого населення. Частіше спостерігається в жінок. У клініці психопатій Ц. відповідає циклоїдія, а в групі психозів – маніакально-депресивний психоз. П.Ганнушкін розглядав Ц. як конституційне захворювання, а К.Леонард – як циклотимічний тип особистісної акцентуації.

**ЦИКЛОТИМНИЙ ТИП** – акцентуація характеру, якій властива зміна гіпертимічних і дистимічних станів. Їм властиві часті періодичні зміни настрою, а також залежність від зовнішніх подій. Радісні події викликають у них жагу діяльності, підвищену балакучість, стрибки ідей; сумні – пригніченість, сповільненість реакцій і мислення, так само часто змінюється їхня манера спілкування з оточуючими людьми.

**ЦІАНОЗ** (гр. κυανός темно-синий +ωσις) – синюшний колір шкіри або слизових оболонок, пов'язаний з недостатністю насичення крові киснем. Може виникати при деяких захворюваннях серця, легенів, отруєнні тощо.

### - Ш -

**ШИЗОЇД** – тип психічної конституції особистості.

**480. ШИЗОФАЗІЯ** – крайній варіант розірваності мови, "словесний вінегрет".

**ШИЗОФРЕНІЯ** (від гр. schizo - розщеплюю, fren – душа) – ендогенне прогресивне (процесуальне) психічне захворювання, яке зазвичай дебютує у молодому або дитячому віці і характеризується як основними (негативними), дефіцитарними розладами – апатією, аутизмом, дисоціацією психічної діяльності, так і додатковими (позитивними) – маренням, ілюзіями і галюцинаціями, рухово-вольовими, а також афективними симптомами. За несприятливого перебігу призводить до психічного дефекту. Залежно від особливостей клінічної симптоматики, розрізняють такі форми шизофренії: параноїдальна, гебефренічна, кататонічна, проста, інші форми. Ш. – одна з найбільш поширених психічних хвороб.

**ШИЗОФРЕНІЯ КАТАТОНІЧНА** – форма шизофренії, що зустрічається рідше. Характеризується різкою зміною періодів апатії і збудження, причому в період апатії спостерігається жорстка нерухомість (незважаючи на те, що м'язи кінцівок не виконують рухової функції, вони напружені, а тому кінцівки хворого жорсткі). У період же збудження хворий багато і голосно розмовляє, робить безладні рухи руками, може безцільно переміщатися, нервово озиратися по сторонах. На відміну від багатьох інших видів шизофренії цей вид виліковується за допомогою медикаментів. Головним супутником даної форми є **синдром кататонічний**.

**ШПЕРУНГ** – раптова зупинка, відсутність, випадання думок. Симптом, характерний для шизофренії.

### - Ю -

**ЮРО́ДСТВО** – межове самоприниження людини, що проявляється у формі гротескно-трагічної поведінки особистості. Особливо властивий християнським релігійним течіям, що породили певний орден «юродствуючих во Христі». Методика духовного подвижництва, що полягає у божевіллі або його симуляції. Християнські юродиві намагаються наслідувати приклад Ісуса Христа, що терпів глузування та знущання натовпу в Єрусалимі. Вважається, що це допомагає перемогти гріх гордині. Ю. не зводиться до жебрацтва і стихійного виключення особи із суспільного життя. Сутністю юродства є психологічно загострений соціальний протест пригнобленої людини, але пом'якшений хворобливою істеричністю і розумовим потьмаренням. Така форма давала змогу юродивим відносно безкарно виражати настрої стихійної непокори і народного уявлення про справедливість через викриття, пророцтво і відчайдушне підбурення натовпу на безчинства.

**-Я-**

**ЯКТА́ЦІЯ** ( лат. *jactatio* – розкидання, жестикуляція) – одноманітне, некоординоване, стереотипне розкачування тулубом або головою вперед-назад або з боку в бік. Появляється здебільшого перед засинанням або після пробудження. Розгойдуючись стоячи, дитина завжди тримається ручками за стінки ліжечка чи манежу. Зустрічається в 2-3 рази частіше у хлопчиків. У походженні Я. особливе значення має хронічний дефіцит зовнішньої ритмічної стимуляції (сенсорна депривація), обмеження рухової активності. До психотравмуючих факторів, які провокують появу Я. належить розлуки з матір'ю, виховання дитини в закритих дитячих будинках, конфліктні стосунки між членами сім'ї чи дитячого колективу, емоційні та фізичні перевантаження. Поряд із смоктанням пальців Я. найчастіше спостерігається в ранньому дитячому віці. Вже на першому році життя можна спостерігати в розгорнутому варіанті всі її клінічні прояви. Перші прояви Я. можуть виникати у зв'язку із появою зубів, переходом від сидіння до повзання, від повзання до ходьби і супроводжуються порушеннями сну, що підтверджується ЕЕГ-обстеженнями.

В більшості випадків Я. зникає в дошкільному чи ранньому шкільному віці. Пізня редукція Я. пов'язана з набуттям рис нав'язливих станів. Можлива також трансформація Я. у психотичний феномен, який може бути одним з проявів кататонічного симптомокомплексу при процесуальному захворюванні.

**ЯТРОГЕ́НІЯ** (гр. *iatros* –лікар та *genes* (походження) – психогенне захворювання, або невроз, що виникають під впливом дій лікаря, його поведінки або слів. На початку ХХ ст. швейцарський психіатр Є. Блейлер писав, що хвороба може посилюватись, ускладнюватись або виникати внаслідок "недисциплінованого мислення медичного працівника". Це найчастіше спостерігається при обстеженні пацієнта, коли виявляються ранні ознаки хвороби і хворий занепокоєний зміною самопочуття та дуже чутливий до слів медичного працівника. Розвиток ятрогенії залежить від індивідуальних особливостей пацієнта, його реактивності, стресорезистентності, індивідуальної неадекватності до дій фармацевтичних препаратів, інших методів лікування та діагностики. Ятрогенні захворювання та



## **Словник термінів**

---

реакції перелічені в Міжнародній класифікації хвороб (МКХ-10), де їх можна знайти як у тризначних рубриках, так і в додатковій класифікації Е.

1. Большая психологическая энциклопедия /Альмуханова А.Б., Гладкова Е.С., Есина Е.В., Имашева Е.Г., Клименкова О.В. и др. – М.: Эксмо, 2007. – 522 с.
2. Блейхер В. М., Крук И. В. Толковый словарь психиатрических терминов. / Под ред. канд. мед. наук С.Н. Бокова. В 2-х томах. Т. 2. – Ростов-на-Дону: «Феникс», 1996. – 448 с.
3. Великий тлумачний психологічний словник / Пер. з англ. Ребер Артур (Penguin). – Том 1 (А-О). – М.: Вече, ФСЄ. – 2000. – 592 с.
4. Дитяча психіатрія: підручник/Г.М.Кожина, В.Д. Мішієв, В.І.Коростій. – К.: ВСВ «Медицина», 2014. – 376с.
5. Еїдінова М.Б. Алалия // Большая медицинская энциклопедия /Гл. ред. Б.В.Петровский. - Изд-е третье. – М.: Изд-во «Большая энциклопедия, 1974. – Т. I. – С. 120-121.
6. Енциклопедичний словник медичних термінів. В 3-х томах / Главный редактор Петровський Борис Васильович. – М. «Советская энциклопедия», 1982. – Т.1. – 1424с.
7. Жмуров В.А. Большая энциклопедия по психиатрии /Жмуров В.А. – М., 2-е изд. – 2012.
8. Зейгарник Б.В. Психология личности: норма и патология: Избранные психологические труды – М.: Изд-во Московского психолого-социального ин-та; Воронеж: Изд-во НПО «МОДЭК», 2007. – 416 с.
9. Зинченко С.Н. Почему детям бывает трудно учиться. – К.: Рад. школа, 1990. – 56с.
- 10.Комер Р. Патопсихология поведения. Нарушения и патология психики – СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2007. – 640 с.
- 11.Коган В. Алалия //Справочник по психологии и психиатрии детского возраста/ Под общ. ред. С.Ю.Циркина. – СПб.: Изд-во «Питер», 1999. – С.155.
- 12.Клінічна психологія: словник-довідник / авт.-уклад.С.В.Діденко. – К.: Академвидав, 2012. – 320с.

## **Використана література**

---

13. Медична психологія: Підручник/С.Д.Максименко, Я.В.Цехмістр, І.А.Коваль. – К., «Слово», 2014. – 520с.
14. Максимова Н.Ю., Мілютіна К.Л., Піскун В.М. Основи дитячої патопсихології: Навчальний посібник. – К.: Перун, 1996. – 464 с.
15. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология: Учебное пособие – М.: МЕДпресс-информ, 2005. – 432 с.
16. Мэш Э., Вольф Д. Детская патопсихология. Нарушения психики ребенка – М.: АСТ; СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2007. – 511 с.
17. Оксфордський толковий словарь по психологи / Под ред. А.Ребера. 2002 г.
18. Основи медико-соціальної реабілітації для дітей з органічними ураженнями нервової системи: Навчально-методичний посібник / За ред. Мартинюка В.Ю., Зінченко С.М. – К.: Інтермед, 2005. – 416 с.
19. Понятийно-терминологический словарь логопеда / Под редакцией Селиверстова В. И. – М.: Гуманитарный издательский центр ВЛАДОС, 1997. – 400 с.
20. Платонов К.К. Краткий словарь системы психологических понятий.: Учебное пособие. – М.: Высш. школа, 1981. – С. 114.
21. Правдина О.В. Логопедия/ О.В. Правдина – М.: Просвещение, 1973. – 272 с.
22. Психиатрия: Учебник / Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е., Сергеев И.И. - 2-е изд., доп., перераб. - М.: МЕДпресс-информ, 2002
23. Психологический словарь / авт.-сост. В.Н. Копорулина, М.Н. Смирнова, Н.О.Гордеева, Л.М.Балабанова. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2003. – 640 с.
24. Словник іншомовних слів / за ред.І.В. Льохіна, Ф.М.Петрова. – Київ, 1955 – 826с.
25. Українська радянська енциклопедія в 12-ти томах / За ред. М. Бажана. – 2-ге вид. – К.: Гол. редакція УРЕ, 1974-1985.
26. [http://medterms.com.ua/publ/medichni\\_termini](http://medterms.com.ua/publ/medichni_termini)
27. <http://sofia-dom.com.ua/>
- 28.

**Використана література**

---