



A

Порушення особистості



Порушення свідомості

План:

1. Поняття «особистість».
2. Класифікація розладів особистості.
3. Характеристика розладів особистості.

1. Загальна характеристика свідомості, ознаки розладів свідомості і самосвідомості.
2. Характеристика основних станів порушеної свідомості.
3. Стани виключення свідомості.
4. Стани потьмарення свідомості.

1. Поняття «особистість»

Особистість – це поняття, вироблене для відображення соціальної природи людини, розгляду її як індивіда, як суб'єкта соціокультурного життя, що розкривається в контекстах соціальних відносин, спілкування і предметної діяльності (за Новітнім психологічним словником).

Особистість – це соціально зумовлена система психічних якостей індивіда, що визначається залученістю людини до конкретних суспільних, культурних, історичних відносин.

Особистість характеризують такі ознаки:

- розумність (визначає рівень інтелектуального розвитку);
- відповідальність (рівень розвитку почуття відповідальності, уміння керувати своєю поведінкою, аналізувати свої вчинки і відповідати за них);
- свобода (здатність до автономної діяльності, прийняття самостійних рішень);
- особиста гідність (визначається рівнем вихованості, самооцінки);
- індивідуальність (несхожість на інших).

Особистість визначають: неповторні фізичні якості,

- психічні процеси,
- темперамент,
- характер,
- здібності,
- мотивація
- потреби,
- інтереси.

2. Класифікація розладів особистості

Розлади особистості або психопатії – стійкі виразні аномалії особистості (переважно емоційної та вольової сфери при збереженні інтелекту), що проявляються дисгармонійністю характеру створюючи проблеми для соціальної адаптації індивіда. Психопатії відносяться до непрогресивних захворювань, але протягом життя їм властива деяка динаміка.

П.Б.Ганнушкін виділив чіткі критерії діагностики психопатій (тріада Ганнушкіна), які не втратили своєї актуальності і зараз:

- стійкість психопатичних проявів – сталість ознак розладу особистості, неможливість їх “зникнення” з плином часу;
- їх тотальність – охоплення патологічними проявами характеру всієї структури особистості;
- соціальна дезадаптація особистості – складність, а часом і повна неможливість існування такої особи у даному середовищі.

Існує два основних підходи до класифікації психопатій.

Перший – описовий, що застосовує такі терміни як *“слабовольний”* або *“агресивний”*. Другий – **описово-етіологічний**, тому що він відзначає різні типи психопатій у відповідності з синдромами психічних захворювань, які вони нагадують. Наприклад, *тип особистості, що характеризується ексцентричністю і емоційною холодністю, називають шизоїдним*, тому що ці риси схожі з деякими ознаками, які виявляються у хворих на шизофренію; до того ж припускається, що вказані риси особистості і це психічне захворювання мають спільну причину.

3. Характеристика розладів особистості

Параноїдальний розлад

Найбільш характерними особливостями характеру для таких пацієнтів є інертність, косність, негнучкість емоційного реагування, вузькість інтересів, знижена здатність до переключення асоціацій, егоїзм, схильність до утворення надцінних ідей, які «заповнюють психіку і впливають на всю поведінку», гіперстенічність і гіперактивність, схильність до неадекватного правдодомагання, прямолінійність, недовірливість і злопам'ятність, нетерпимість до будь-яких зазіхань на їх особисті інтереси. Їх в'язке і малорухливе мислення різко афективно забарвлене – «крива логіка афективного мислення».

Параноїдні психопатії формуються пізніше, ніж інші форми, і дуже часто при них спостерігається тенденція до патологічного (параноїального) розвитку особистості. В «чистому» вигляді (без ознак патологічного розвитку) вони зустрічаються не так часто.

Параноя (манія переслідування; дав.-гр. *παράνοια* «божевілля, безумство») хронічне психічне захворювання, що характеризується виникненням логічно збудованої системи поведінки, яка заснована на стійких ідеях переслідування, ревнощів і т. ін., що опановують свідомість хворого, зі збереженням в іншому логічності мислення. Під час параної вміст патологічних ситуацій часто ґрунтується або включає багато елементів реальності, формально правдоподібно пов'язаних із хворобливими уявленнями.

Ознаки порушень.

Оскільки деградація у хворих параноєю найчастіше відбувається лише на кінцевих стадіях захворювання (їм часто вдається надати видимість реальності своєму маревному мисленню, залучаючись до судових процесів або інших сутяжницьких видів діяльності), вони рідко опиняються в психіатричних лікарнях. У хворих параноєю немає химерної поведінки, емоційної нестабільності, гротескових галюцинацій і незвичайних ідей, що відзначаються при інших психопатологічних станах

Причини виникнення

Висунуто декілька теорій, що пояснюють механізм виникнення параної. Одна з них – теорія, що припускає, що основою параної служить фіксація, або затримка, на певній стадії сексуального розвитку дитини. Йдеться про стадію гомоеротики – періоду, коли хлопчики грають з хлопчиками, а дівчатка — з дівчатками (приблизно між 4 і 11 роками). Коли хлопчик, у якого відбулася фіксація на гомоеротичній стадії, досягає свободи дорослого, над ним тяжіє незадоволене ваблення до маленьких хлопчиків, і він вимушений або залучитися до гомосексуальної активності, або, підкоряється соціальному тиску, шукати компенсацію в таких формах поведінки, як алкоголізм або чоловіча агресія. Дана поведінка стає свого роду клоакою неусвідомлених прагнень до гомоеротичних контактів.

Якщо як компроміс виникає параноя, то манія переслідування виявляється проекцією внутрішнього фантазійного бажання: проблеми, пов'язані з гомосексуальністю, як би містяться не в самій людині, а нав'язані йому ззовні.

Параною слід відрізнити від інших маревних розладів, званих параноїдними; вони часто пов'язані з органічною патологією (церебральним атеросклерозом, сенільними психозами) чи ж з функціональними психозами, зокрема з шизофренією. Марення при параноїдних розладах мінливе і не так логічно пропрацьоване, як при параної. Крім того, його можуть супроводжувати галюцинації, зміни емоційних станів і соціально неприйнятна поведінка.

Лікування

Лікування параної залишається незадовільним. Основна причина полягає в тому, що хворі параноєю рідко звертаються по допомогу. В результаті дослідження, засноване на спостереженні і лікуванні, виявляється неможливим. Наразі в медицині, на жаль, немає специфічних способів лікування параної.

Шизоїдний розлад особистості

Характерними особливостями цього типу психопатії слід вважати патологічну замкненість, відлюдькуватість, інтровертированість, патологічну афективність. Не відчуваючи потреби спілкування з людьми, не вмючи налагодити міцні емоційні контакти, шизоїди, як правило, залишаються поза колективом.

Вони схильні до мрійливості, фантазування, занять абстрактними проблемами, чудернацького колекціонування, створенню дивних робіт і творів. В цілому такі люди мало пристосовані до життя, погано розуміють реальні обставини, уперті, образливі. Мислення їх в значній мірі абстрактне, аутистичне, судження нерідко чудернацькі, в моториці відсутні природність і гармонійність.

Шизофренія є психічним розладом, що характеризується розладом розумових процесів і недостатньою емоційною чуйністю. Вона найчастіше проявляється у вигляді слухової галюцинації та параної або дивних маній чи розлад мислення дезорганізовані мова і мислення, і це супроводжується значною соціальною або професійною дисфункцією.

Лікування шизофренії

Основним методом лікування шизофренії є антипсихотичні медикаменти, часто у поєднанні з психологічною та соціальною підтримкою. Госпіталізація можлива під час важких епізодів – як добровільно, так і примусово (якщо це дозволено відповідним законодавством). Довгострокова госпіталізація не розповсюджена через переведення стаціонарних хворих на амбулаторне обслуговування. Часто використовуються служби підтримки включно з центрами соціально-медичної допомоги, візитами працівників служб психічного здоров'я, допомогою у працевлаштуванні та групами підтримки. Деякий досвід показує, що регулярні фізичні вправи мають позитивний вплив на фізичне та психічне здоров'я пацієнтів із шизофренією

Дисоціальний розлад особистості

Найбільш суттєвими є чотири наступних ознаки дисоціальної психопатії:

- нездатність встановлювати відношення любові і відданості,
- схильність до імпульсивних дій,
- відсутність почуття провини,
- нездатність робити висновки з негативного досвіду.

Нездатність до теплої емоційної прихильності і кохання супроводжується егоцентризмом і черствістю. При цьому індивід може бути до такої міри безсердечним, що це дозволяє йому скоювати жорстокі або принижуючі дії по відношенню до інших людей, завдавати болю, мук. Така бездушність часто складає контраст із зовнішньою привабливістю, яка дає змогу цій людині зав'язувати поверховні та короткочасті відносини.

Емоційно-нестійкий розлад особистості

Люди з даним типом розладу особистості не здатні в достатній мірі контролювати свої емоції і схильні до раптових спалахів невгамовного гніву. Такі спалахи не завжди обмежуються словами, часто супроводжуючись фізичним насильством, що призводить інколи до тяжких травм.

Головною ознакою імпульсивного типу емоційно-нестійкої психопатії є неможливість афективного контролю. При суміжному типі перевага належить таким проявам, як гарячність, надзвичайна дратливість, що досягає нестримної люті, владність, егоїстичність, злопам'ятність, мстивість та схильність до дисфорій.

Істеричний (демонстративний) розлад особистості.

Головними ознаками цього розладу особистості вважаються: схильність до драматизації, жага нового, прагнення переживати сильні емоції, а також егоцентричний підхід до міжособистих взаємин.

Такі особистості подають себе як більш значну, важливу персону, ніж вони є у дійсності, ніби постійно розігруючи якусь роль, не будучи в змозі залишатися самими собою. Це поєднується зі скороминучим ентузіазмом, частим нудьгуванням, невгамовною жагою нового. Їх відрізняє надзвичайний егоцентризм, ексцентричність, надмірна вразливість, підвищена, але поверхова емоційність (“солом'яний вогонь почуттів”).

Більш ніж у інших формах психопатій, тут виявлений дисгармонійний інфантилізм, з боку мислення – так звана афективна логіка. Ці психопати не здатні до одноманітної і систематичної праці. У важкій для них ситуації легко виникають істероневротичні картини (частіше у формі істеричних фізичних моносимптомів – “комок в горлі”, істеричний мутизм, сурдомутизм, астазія-абазія, істеричні паралічі по типу “панчох”, “рукавичок” і т. д.), бурхливі афективні реакції (демонстративні голосіння, “закатування” з нанесенням собі тілесних ушкоджень, істеричні припадки, тощо) або реакції з відходом у світ мрій і фантазій.

Вартою уваги рисою таких осіб є розвинута здатність до самообману, коли людина продовжує вважати себе правою, навіть коли усі факти доводять протилежне. Такі індивіди здатні відстоювати витончену, заплутану брехню ще довго після того, як інші люди її розпізнали. Така модель поведінки в її крайній формі дозволила Крепеліну виділити серед психопатів групу патологічних брехунів і шахраїв.

Ананкастний (обсесивно-компульсивний) розлад особистості.

Характерною рисою ананкастів є схильність до гіперсоціальних установок, але, на відміну від епілептоїдів, по відношенню не до інших, а до себе. Це призводить до майже постійного відчуття провини, пов'язаного з якимось проступком, що заглушує будь-які прояви радості і насолоди. Інколи схильність до моралізації призводить і до зовнішньо спрямованої позиції осудження.

Характерною рисою ананкастів є схильність до гіперсоціальних установок, але, на відміну від епілептоїдів, по відношенню не до інших, а до себе. Це призводить до майже постійного відчуття провини, пов'язаного з якимось проступком, що заглушує будь-які прояви радості і насолоди. Інколи схильність до моралізації призводить і до зовнішньо спрямованої позиції осудження.

Тривожний розлад особистості

Головною рисою при цьому розладі особистості є постійна тривога. Такі суб'єкти незручно почуваються у компанії, побоюючись можливого несхвалення і критичного ставлення, а також турбуючись про те, щоб не зникнути. Вони насторожено сприймають нове, дуже обачливі у контактах з людьми, яких не знають, ніякують у очікуванні будь-яких несподіванок.

В результаті цього подібні особи уникають соціальних вимог, максимально обмежують коло спілкування. При цьому, на відміну від шизоїдних психопатів, представники цієї групи не є емоційно холодними. Вони прагнуть соціальних контактів, але не в стані їх підтримувати.

Залежний розлад особистості

Найбільше значення у цій групі має виявлена слабкість вищих вольових функцій, а відповідно – підвищена податливість до зовнішнього впливу, мінливість інтересів, нездатність до тривалого зусилля, напруження (ці люди – “як очерет під вітром”. Емоції їх відрізняються рухливістю, нестійкістю і поверхневістю, а мислення визначається домінуючим афектом. Відзначається схильність до коливань настрою з будь-якого незначного приводу.

Безладність, схильність до раптових маломотивованих рішень, легкість виникнення патологічних потягів, складність вироблення механізмів адаптації, тенденція до пошуків шляхів найменшого опору, нестійкість цільових установок нерідко обумовлює асоціальні форми поведінки (бродяжництво, пияцтво, азартні ігри, сексуальна розбещеність і збочення). На складну ситуацію хворі реагують по-різному: реакції протесту, імітації, відмови, істеричні і експлозивні спалахи і т. ін.

Мозаїчні психопатії

Серед психопатичних особистостей зустрічаються і такі, у яких неможливо виділити переважаючий синдром, оскільки психопатична структура ніби складена з різнорідних психопатичних проявів. Про такі мозаїчні психопатії говорили П.Б.Ганнушкін, Є.К. Краснушкін, О.В. Кербіков та інші. Зокрема, П.Б. Ганнушкін вказував, що характерною рисою цієї групи є відсутність “основної тенденції” того чи іншого типу психопатії. Для мозаїчних психопатій найбільш характерні поєднання психопатичних особливостей з кола дисоціальних, істеричних і емоційно-нестійких; рідше трапляються сполучення сензитивних та ананкастичних властивостей патологічного характеру. Мозаїчність обумовлює більшу ускладненість адаптації. Складніше у цих випадках виробляються компенсаторні механізми, які бувають ускладненими, комплексними.

Загальна характеристика свідомості, ознаки розладів свідомості та самосвідомості

Свідомість – це найвища форма розвитку психіки, притаманна тільки людині, що виявляється в складних формах відображення світу, опосередкована суспільно-історичною діяльністю людей. Через свідомість людина здатна пізнати сутність навколишнього світу, розуміти його та одночасно знати про те, що вона знає або не знає.

Ознаки свідомості				
Рефлексивна здатність, тобто спроможність людини відобразити саму себе	Мисленне уявлення дійсності – побудова схеми буття в психіці людини, причому стосовно минулого і майбутнього	Використання мови для позначення психічних образів, здатність до комунікації	Найскладніші прояви інтелектуальної діяльності – абстрактне мислення	Регуляція окремих вчинків і поведінки в цілому

Свідомість поза людським буттям неможлива: свідомість народжується в бутті, створює буття, відображає буття. **Таким чином, свідомість виконує такі функції:**

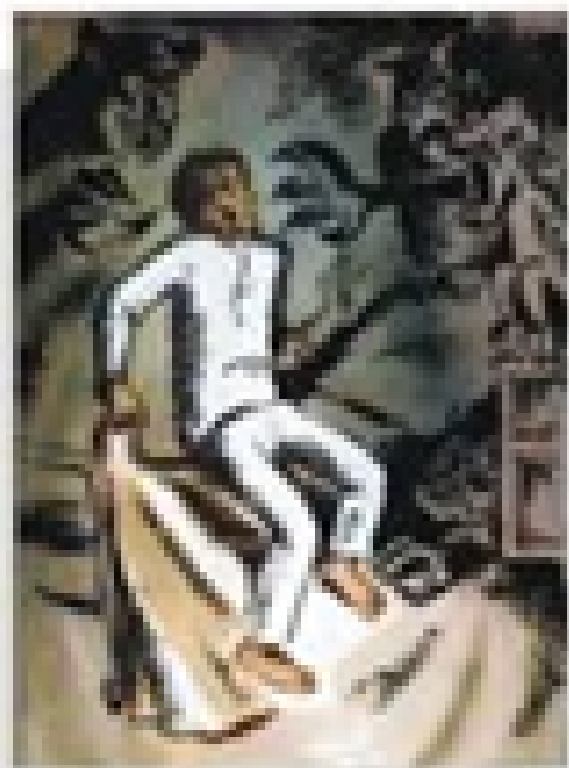
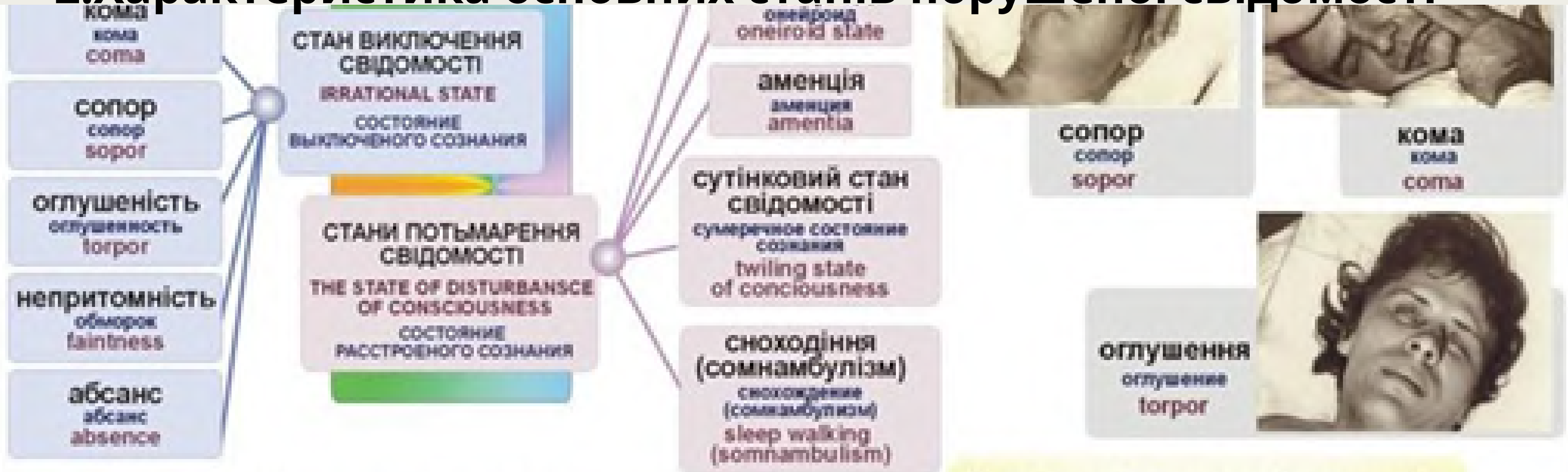


Пізнавальна функція свідомості проявляється в накопиченні, переробці та використанні інформації щодо навколишньої дійсності; регулятивна - в контролі поведінкових та емоційних проявів;

Прогностична - в побудові образів майбутнього, плануванні подальшого життя; рефлексивна - в пізнанні людиною самої себе як суб'єкта психічної діяльності; комунікативна функція свідомості полягає в організації та підтриманні спілкування з іншими людьми.

<p>Знання – сукупність інформації про навколишню дійсність та способів її переробки, механізмом чого є діяльність пізнавальних процесів (відчуттів, сприймання, пам'яті, мислення тощо)</p>	<p>Ставлення – суб'єктивне переживання людиною ставлення до подій. Виражається в емоціях та почуттях – так званій афективній сфері психіки</p>
<p>Свідомість</p>	
<p>Цілеспрямованість діяльності – спроможність людини до постановки та досягнення мети, навіть при подоланні перешкод. Відноситься в діяльності та вольовій регуляції</p>	<p>Самосвідомість – здатність людини до пізнання самої себе. Виражається в образі «Я», самооцінці та рішечі домагаюч</p>

2. Характеристика основних станів порушеної свідомості



Делірій (малюнок хворого)
Делірій (рисунок Большого)



Онейроїд (малюнок хворого)
Онейроїд (рисунок Большого)



Сприймання хворого із сутінковим розладом свідомості
Восприятие Большого с сумеречным

Особливі стани свідомості

1. спросонковий стан
2. патологічний афект
3. патологічне сп'яніння
4. реакція "короткого замикання"

The special states of consciousness

1. awaking state
2. pathologic affect
3. pathologic intoxication
4. reaction of "short circuit"

Особые состояния сознания

1. просонное состояние
2. патологический аффект
3. патологическое опьянение

3. Стани виключення свідомості

В соматичній практиці у ослаблених хворих можуть спостерігатись виключення свідомості.

Найбільш легка ступінь виключення свідомості називається оглушеністю. Вона характеризується підвищенням порога збудливості внаслідок чого лише сильні подразнення доходять до свідомості. Тому навколишнє сприймається нечітко, інколи фрагментарно. Емоції при вираженій оглушеності нівельовані, рухова активність ослаблена або відсутня. Оглушеність спостерігається при інтоксикаціях, інфекціях, черепно-мозковій травмі, важких соматичних захворюваннях, після епілептичного випадку тощо. Більш важкий ступінь виключення свідомості називається сопором.

При ньому контакт з хворим неможливий, але безумовні рефлекси ще збережені. Найбільш важким ступенем виключення свідомості є кома. Як і при сопорі, контакт з хворим неможливий, але, на відміну від нього, при комі згасають безумовні рефлекси (ковіальний, корнеальний, зіничний тощо). Найчастішими видами ком є алкогольна, інтоксикаційна, апоплектична, гіпер- та гіпоглікемічна, епілептична, ремічна, печінкова, посттравматична тощо).

При епілепсії нерідко зустрічаються так звані абсанси. Це короткочасні порушення свідомості, при яких на долі секунди або, рідше, кілька секунд хворий неначе "відсутній". Він застигає в тій позі, яка була у момент абсансу, погляд застигає і спрямований в одну точку, обличчя блідіє. Через дуже короткий час хворий приходить до себе і продовжує розпочату справу. Ззовні складається враження немовби хворий на якусь мить замислився. Період абсансу хворий амнезує.

**Чотири формальних ознаки самосвідомості,
порушення яких веде до психічної патології:**

- 1) почуття діяльності - усвідомлення себе в якості активної істоти;
- 2) усвідомлення власної єдності у кожен момент часу;
- 3) усвідомлення власної ідентичності;
- 4) усвідомлення того, що "Я" відрізняється від решти світу, від усього, що не є "Я".

Велд за К. Ясперсом за критерії затьмареної свідомості беруть:

- 1) дезорієнтацію в часі, місці, ситуації;
- 2) відсутність чіткого сприймання оточуючого;
- 3) різні міри незв'язності мислення;
- 4) труднощі в спогадах (відтворенні) подій, що відбуваються, і суб'єктивні хворобливі явища.

Стани потьмарення свідомості і самосвідомості

а) приглушений стан свідомості.

Трапляється при гострих порушеннях ЦНС, інфекційних захворюваннях, отруєннях, черепно-мозкових травмах.

Характеризується різким підвищенням порогу для всіх зовнішніх подразників, утрудненням утворення асоціацій.

Хворі відповідають на запитання ніби "спросоння", складний зміст запитання не осмислюється. Відзначається сповільненість у рухах, мовчазність, байдужість до оточуючого. Вираз обличчя у хворих байдужий.

б) деліріозне затьмарення свідомості.

Різко відрізняється від приглушеного стану свідомості. Орієнтування в оточуючому теж порушене, однак воно полягає не в послабленні, а в напливах яскравих уявлень, уривків спогадів, що безперервно виникають. Виникає не просто дезорієнтація, а хибна орієнтація в часі і просторі.

Тривалість делірію – від кількох годин до 3–5 діб. Усе, що хворий переживає у стані делірію, досить добре зберігається у його пам'яті. Художники, які перенесли делірій, після нього добре відтворюють галюцинації в малюнках.

в) онейроїдний (сновидний) стан свідомості.

Характеризується дивовижною сумішшю відображення реального світу і фантастичних яскравих уявлень, які рясно виринають у свідомості. Хворі здійснюють міжпланетні подорожі, "виявляються серед жителів Марсу"; часто трапляється фантастика з характером величезності: хворі присутні "при загибелі міста", бачать, "як руйнуються будівлі", "провалюється метро", "розколюється земна куля, розпадається і носиться кусками в космічному просторі".

Онейроїдна свідомість характеризується глибоким розладом самосвідомості. Хворі виявляються не лише дезорієнтованими, у них також відзначається фантастична інтерпретація оточуючого.

Г) СУТІНКОВИЙ СТАН СВІДОМОСТІ.

Суть проявляється в образному порівнянні із сутінками, коли коло об'єктів сприйняття обмежене, саме сприйняття нечітке, викривлене, уривчасте.

Внаслідок цього виникає обмеженість та неповнота інформації, що надходить до мозку, зниження об'єму асоціацій, їх викривлення.

Порушується властиве нормальному мисленню опосередковування ситуації, блокується співвідносність теперішнього з минулим досвідом: усе знайоме сприймається як уперше, побачене уявляється незнайомим. Поведінка втрачає цілеспрямованість.

Характеризується раптовим настанням, нетривалістю і раптовим припиненням, внаслідок чого його називають транзиторним, тобто перехідним. Виникає при епілепсії, черепно-мозкових травмах, при судинних захворюваннях головного мозку. Триває від декількох хвилин до кількох днів.

Розлади самосвідомості:

а) псевдодеменція.

Може виникнути за тяжких деструктивних змін у центральній нервовій системі і за реактивних станів, характеризується розладами судження, які гостро настають, а також інтелектуально-мнестичними розладами. Хворі забувають назви предметів, дезорієнтовані, важко сприймають зовнішні подразники. Утворення нових зв'язків утруднене, часом можна помітити ілюзорні обмани сприймання, нестійкі галюцинації з руховим неспокоєм.

Хворі апатичні, емоційні прояви бідні, недиференційовані. Поведінка нерідко нагадує навмисне дитячу. Так, грамотний хворий для того, щоб відповісти на запитання, скільки у нього пальців на ногах, знімає шкарпетки, щоб порахувати їх.

б) деперсоналізація.

Своєрідна форма порушення самопізнання. Характеризується відчуттям відчуження власних думок, афектів, дій, свого "Я", які сприймаються ніби зі сторони. Частим проявом деперсоналізації є порушення "схеми тіла" – порушення відображення в нашій свідомості основних якостей і способів функціонування власного тіла, його окремих частин і органів. Такі порушення можуть виникнути за різних захворювань – епілепсії, шизофренії, після черепно-мозкових травм.