

## КРИТЕРІЇ ДІАГНОСТИКИ АФЕКТИВНИХ СТАНІВ ОСОБИСТОСТІ

*У статті розкривається сутність поняття «афект», аналізується проблема емоційних розладів, висвітлюються основні причини та наслідки виникнення афективних станів особистості.*

*Ключові слова:* афект, афективні стани, афективна поведінка.

Постановка проблеми Загальними недоліками наукових розробок з даної проблеми є переважно апріорне визнання за цілою низкою афективних станів їх суттєвого впливу на здатність особи усвідомлювати свої дії та керувати ними, відсутність чітко виділених критеріїв оцінювання афективних станів, плутанина у визначеннях, зокрема несформованість зручного для практичного застосування понятійного апарату, а також певні вади теоретичного осмислення шляхів вирішення проблеми загалом. При цьому різні емоції (їх поєднання) можуть впливати на вчинки, поведінку, діяльність особи; ступінь цього впливу пов'язана з поєднаною дією різних факторів, які включають в себе особливості особистості, кількісні та динамічні характеристики емоційного переживання і які повинні знаходити підтвердження конкретними фактичними даними в даній ситуації.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Найважливіша умова виникнення афективної реакції — наявність конфліктної ситуації, відчуття фізичної чи психічної перешкоди на шляху реалізації своїх планів, намірів. Гостра психогенія може виявитись несподіваним, сильним, суб'єктивно значущим подразником (раптовий напад, грубе приниження честі, гідності та ділової репутації). Фактор раптовості, «надзвичайність» психогенії для особистості мають вирішальне значення [2].

При тривалій психотравмуючій ситуації (стійкі неприязні стосунки, тривалі систематичні приниження і знущання, багаторазове повторення ситуацій, що спричинюють емоційне напруження) гостра афективна реакція виникає в результаті поступового нагромадження афективних переживань. Психічний стан таких осіб характеризується зниженим настроєм, неврастенічною симптоматикою, появою домінуючих ідей, тісно пов'язаних із психотравмуючою ситуацією. До факторів, що спричинюють афективну реакцію, належать перевтома, тривале безсоння, фізичне та психічне виснаження [1].

**Мета статті** — визначити критерії діагностики афективних станів особистості.

**Виклад основного матеріалу** Виникнення афективного стану зумовлено взаємодією різних факторів, основними з яких є сила подразника, особливості психотравмуючої ситуації (ситуації психоемоційного напруження), що передувала афекту (афективній реакції) та існувала безпосередньо при її виникненні, особистісні особливості індивіда та індивідуальна значущість подразника для особистості як взагалі, так і безпосередньо в межах психологічної ситуації його реалізації.

У межах поняття «афективний стан» наявними є психотичні (патологічний афект) та непсихотичні розлади психічної діяльності (афективна реакція, афект, у тому числі фізіологічний) у континуумі: афективна реакція — афекти (простий, аномальний, фізіологічний) — афект патологічний.

*Афективна реакція* — непсихотичний психічний розлад, який виникає у відповідь на дію подразника (зовнішнього або внутрішнього), може бути як короточасним (хвилини), так і подовженим (години); він проявляється емоційними, вегетативними, моторними порушеннями як в межах окремих симптомів, так і їх сукупністю. Такі реакції слід відрізняти від тривалих реакцій психотичного рівня (депресивних, паранойяльних, параноїдних тощо). У виник-

ненні і проявах афективних реакцій важливе місце займають особливості особистості в межах психічної норми або психічні розлади, а саме специфічні розлади особистості.

*Афект простий* — також, як і інші афекти, — є короткочасним розладом психічної діяльності непсихотичного рівня, що виникає раптово під впливом зовнішніх факторів, виявляється емоціями гніву, страху, звуженням свідомості, руховим збудженням і діями, спрямованими проти подразника [3]. Основними відмінностями (які, до речі, свідчать про меншу вираженість (глибину) афективного стану, є: а) збереженість здатності особою, що перенесла афективний стан, описати, ідентифікувати емоцію, яку вона зазнала (пережила) на висоті афекту (тобто констатацію у себе на той час емоції гніву, страху, злості, ненависті тощо); б) відсутність окресленої третьої фази афективного стану, тобто відсутність вираженого психофізичного виснаження.

*Афект фізіологічний* — короткочасний хворобливий розлад психічної діяльності непсихотичного рівня, що виникає раптово під впливом зовнішніх факторів, виявляється недиференційованою емоцією, звуженням свідомості, руховим збудженням і діями, спрямованими проти подразника. Характерними ознаками фізіологічного афекту є надзвичайність реакції особи, фазність перебігу близька до патологічного афекту, раптовість виникнення (несподіваність для суб'єкта), типові судинно-вегетативні вияви, звуження свідомості з розладом цілісності сприймання, специфічні зміни комунікативної функції, спрощення та відрив від ситуації, невідповідність характеру і результату дій причині, що їх викликала, зв'язок дій і афективних переживань з психотравмуючим фактором, раптовість виходу внаслідок психічного виснаження, часткова амнезія вчиненого. Відповідно до сучасних наукових поглядів, фізіологічний афект відповідає критеріям психічного розладу і значно ближчий до патологічного афекту, ніж до нормальних емоційних реакцій.

*Афект аномальний* — афективний стан, що виникає в особи з наявним непсихотичним психічним розладом. Введення у науковій літературі поняття «аномальний афект» передбачало звуження меж визначення фізіологічного афекту, із виключенням із нього афективних реакцій, що характеризуються зміненими закономірностями розвитку й аномальними механізмами перебігу залежно від біологічного та психологічного «грунту», на якому виникає афективна реакція. Тобто з урахуванням впливу непсихотичних

психічних розладів — органічного ураження головного мозку, розладу особистості тощо — на клініку та перебіг афективної реакції, коли вона виникає в особі з таким розладом. За отриманими нами даними, група «аномального афекту» за своїми клінічними проявами наближалася до групи «фізіологічного афекту».

*Афект патологічний* — короткочасний хворобливий розлад психіки (гострий афективний психоз), що виникає раптово під впливом зовнішніх факторів і виявляється у глибокому затьмаренні свідомості, бурхливому руховому збудженні і діях, спрямованих проти подразника та має певну фазність перебігу (підготовчу, вибухову та заключну стадії афективного стану). Наявність в особі стану патологічного афекту, тобто гострого психотичного розладу, який віднесено до виключних станів, виключає здатність особи усвідомлювати свої дії та керувати ними. Перша фаза (підготовча) — особистісне переосмислення стресової ситуації, виникнення і наростання емоційного напруження. При гострій психогенії ця фаза може скорочуватися до кількох секунд, що призводить до різкого прискорення прояву патологічного афекту. Тривала психотравмуюча ситуація поступово нарощує афективне напруження, на тлі якого незначна стресова подія за механізмом «останньої краплі» може спричинитися до гострої афективної реакції.

На другій фазі патологічного афекту виникає короткочасний психотичний стан, коли психотична симптоматика характеризується незавершеністю, невиразністю, відсутністю зв'язку між окремими психопатологічними феноменами. Вона визначається, як правило, короткочасними розладами сприйняття у вигляді гіпоакузій (звуки віддаляються), гіперакузій (звуки сприймаються як дуже голосні), ілюзорного сприйняття різних подразників. Окремі розлади сприйняття можуть бути кваліфіковані як галюцинації. Крім того, з'являються психосенсорні розлади: порушення схеми тіла (голова стала великою, руки довгими), стан гострого страху, розгубленості й маячні переживання, зміст яких може відбивати реальну конфліктну ситуацію.

Подальше афективне напруження призводить до афективного вибуху з проявами особливої жорстокості, агресії, що не відповідають за змістом і силою приводу, що спричинив їх, а також мотивам і ціннісним установкам особистості. Про порушення свідомості й патологічний характер афекту свідчать також надзвичайно різкий перехід від інтенсивної рухової активності, що властива другій фазі, до психомоторної загальмованості.

Третя фаза (заклучна) характеризується відсутністю будь-яких реакцій на вчинене, відсутністю контакту, термінальним сном чи хворобливою прострацією, що становить одну з форм оглушення.

При деяких патологіях може спостерігатися афективна в'язкість (інертність, ригідність) у поєднанні зі схильністю до концентрації насамперед на неприємних переживаннях. Афективна в'язкість поєднується з афективною збудливістю. Афективна збудливість — це схильність до надмірно легкого виникнення бурхливих емоційних спалахів, неадекватних щодо їх причини. Вона виявляється в нападах гніву, люті, запальності, які супроводжуються руховим порушенням, необдуманими, інколи небезпечними діями. Афективна збудливість характерна для психопатії, неврозів, психопатоподібного варіанта психоорганічного синдрому, епілепсії й астенії. При психопатії збудливого типу, яка формується й при епілепсії, афективна збудливість виявляється у сполученні з переважним помурим настроєм, жорстокістю та помстою.

Роздратованість є однією з форм прояву афективної збудливості. Це схильність до легкого виникнення надмірних негативних емоційних реакцій, що за своєю виразністю не відповідають силі подразника. Дратівливість може бути властивістю патологічної особистості (наприклад, при психопатії збудливого, астенічного, мозаїчного типу) або в сукупності з іншими симптомами є ознакою астенії різного генезису (черепно-мозкової травми, важких соматичних захворювань). Дратівливість може бути й властивістю дистимії. При низці патологій (шизофренії, патологічній пубертатній кризі, епілепсії, деяких психопатіях) емоційні реакції стають неадекватними в тій ситуації, в якій перебуває людина. У цих випадках можуть спостерігатися аутизм, емоційна парадоксальність, емоційна подвійність (амбівалентність).

Випадки, які характеризують емоційну парадоксальність, описано й обговорено ще на початку ХХ ст. О. Ф. Лазурський пов'язував їх з перевагою асоціацій за контрастом, характерним для душевнохворих. Це прагнення завдати шкоду або заподіяти неприємність тим істотам, яких людина особливо любить, і саме в ту хвилину, коли вони найбільше дорогі.

Усі прояви емоційної парадоксальності можна зарахувати до двох груп. В одному разі це виникнення у хворого переживань, неадекватних ситуації. Наприклад, про неприємну подію повідомляють з усмішкою, а про радісну — зі слізьми. Така зміна дій спостерігається при органічних ушкодженнях кори півкуль головного

мозку. В іншому разі для емоційної парадоксальності характерне ослаблення адекватних емоційних реакцій на важливі події при одночасному посиленні реакції на незначні супутні події. Така неадекватність пов'язується із психоестетичною пропорцією. Це «копирсання у дрібницях» або «коли з мухи роблять слона». Емоційні реакції при цьому важко передбачувати.

Проявом неадекватності вираження емоцій є гримаси. Під ними розуміють перебільшені, швидкомінливі мімічні рухи. За своєю експресивністю або емоційним наповненням гримаси не відповідають ситуації, внаслідок чого міміка дістає «дивне» забарвлення. Парамімія — це невідповідність мімічних проявів емоційному стану хворого. Виявляється як патологічне рухове порушення в мімічних м'язах. При цьому може зберігатися певна довільність мімічних виразів, їх односпрямованість у зовнішньому вираженні певної емоції. Іншим виявом парамімії є дисонована міміка, коли до процесу порушення з різною інтенсивністю залучаються окремі групи мімічних м'язів, і при цьому втрачається їх скоординованість, синергізм. Внаслідок цього спостерігається поєднання різних, часто суперечливих один одному мімічних рухів. Наприклад, радісні очі можуть поєднуватись із щільно стиснутим «злим» ротом або, навпаки, переляканий допитливий погляд — з усмішкою. Парамімія характерна для дефіцитарних станів при ендогенних психозах і при органічних захворюваннях головного мозку. Вона входить до кататонічного синдрому при ураженні підкіркових ядер.

Емоційна подвійність (амбівалентність) виявляється в тому, що людина стосовно одно і того самого об'єкта відчуває різні емоції: «робота смертельно набридла, треба б піти, але без неї буде нудно». Амбівалентність типова для невротичної особистості. У своєму крайньому вираженні емоційна подвійність свідчить про глибокий ступінь розщеплення особистості.

При емоційній монотонності емоційні реакції позбавлені гнучкості, природної залежності від зовнішніх і внутрішніх впливів. Емоції одноманітні, мова суха, позбавлена мелодійності, образності, тональності голосу приглушена. Міміка бідна, жестикуляція убога, однотипна. Емоційне огрубіння — це втрата тонких емоційних диференціацій, тобто здатності визначати доречність тих чи інших емоційно забарвлених реакцій. Людина втрачає властиві їй раніше делікатність, тактовність, стриманість, вона стає настирливою, хвалькуватою. У неї втрачається прихильність до близьких, губиться інтерес до оточуючого. Емоційне огрубіння спостерігається

ся при органічних порушеннях, що знижують інтелект (алкоголізм, наркоманія, патологічні вияви, старіння). Емоційній тупості, холодності властива безсердечність, спустошеність. Емоційний репертуар особистості різко обмежений, у ньому немає реакцій, які включають моральні, естетичні почуття.

Також відомі «псевдоафективні реакції» з імітацією зовнішнього вираження афектів, які виникають у результаті розгальмовування безумовного рефлексу. При патологічних афектах це виявляється у виникненні маячних ідей, які пов'язані, як правило, з найінтимнішими сторонами особистості, тому викликають у неї живе до них емоційне ставлення. Манія величі у прогресивних паралітиків, марення, самозвинувачення в меланхоліків завдячують своїм походженням особливостям їхньої емоційної сфери. Патологічний афект, для якого характерні похмурість, дратівливість, виявляється в невдоволенні всім: у недобррозичливості, схильності до злості й агресії («патологічна злостивість», ворожість до всього світу), в брутальності, цинічності. В основі екстатичного афекту лежить надзвичайна гострота пережитих емоцій з відтінком щастя, захвату, замилювання. Його супроводжує, як правило, дереалізація, і він характерний для психозів, що мають перебіг із зворотно-почуттєвим маренням та онейроїдним потьмаренням свідомості. Може виявлятися в психопатичних й акцентуйованих особистостях.

При диференціальній діагностиці патологічного і фізіологічного афектів необхідно враховувати, що вони мають певні спільні ознаки, це, зокрема, короткочасність, гострота, яскравість виразності, зв'язок із зовнішнім психотравмуючим приводом, три фази розвитку; вибуховий характер у другій фазі, виснаження фізичних і психічних сил, а також часткова амнезія — у заключній. Проведене дослідження дає можливість сформулювати загальні критерії афективних станів. Опишемо їх.

*Загальні діагностичні критерії афективних станів* — наявність конфліктогенної ситуації, що виникає раптово (або на фоні довготривалої конфліктогенної ситуації) має місце дія додаткового інтенсивного подразника) та зачіпає найбільш індивідуально значимі для особистості потреби (загроза життю, здоров'ю, самоповазі, соціальному престижу тощо); розвиток афективного стану безпосередньо після виникнення конфліктогенної ситуації; наявність емоційних проявів у вигляді гніву, страху, розпачу, відчуттів ненависті, образи, невдоволення, люті тощо; наявність вегетативних проявів у вигляді почервоніння або збліднення обличчя, тремтіння рук,

сухість у роті, перебої у роботі серця, відчуття нестачі повітря тощо; наявність моторних проявів (рухове збудження різного ступеня інтенсивності); розлад комунікативних (мовної, мімико-пантомімічної тощо) функцій; тривалість: для афектів — до декількох хвилин, для афективної реакції — до декількох годин.

*Загальні критерії виключення:* а) будь-який інший тяжкий психічний розлад; б) гостра інтоксикація внаслідок вживання психоактивних речовин.

Для діагностики окремих видів короткочасних афективних станів пропонуються відповідні кластери основних і додаткових діагностичних критеріїв. Впевнена діагностика якогось конкретного різновиду афективного стану повинна спиратись на повний «набір» основних діагностичних критеріїв. Додаткові ж діагностичні критерії мають полегшити процес диференціальної діагностики.

*Діагностичні критерії для окремих афективних станів:*

*Афективна реакція:* а) відповідність загальним критеріям діагностики афективних станів, б) відсутність чіткої фазності перебігу.

*Простий афект. Основні діагностичні критерії:*

1. Відповідність загальним діагностичним критеріям афективних станів.
2. Наявність ознак афективного звуження свідомості.
3. Наявність часткової амнезії.
4. Фазний перебіг (редукований), обов'язкова наявність 1-ї та 2-ї стадій — підготовчої та афективного вибуху. Можлива присутність окремих елементів стадії виснаження.
5. Здатність до самоопису (ідентифікації) емоційних проявів (страх, гнів тощо), що мали місце у стадії афективного вибуху.
6. Наявність мовного контакту, який відображає конфліктну ситуацію.

*Додаткові діагностичні критерії:*

1. Відповідність характеру домінуючої емоції подразнику, через який виник афект.
2. Можливість зміни знаряддя нанесення ушкоджень.
3. Узгодженість ступеня емоційних проявів із об'єктивною значущістю подразника.
4. На постафективній стадії — збереження вегетативних проявів.
5. Можлива відсутність провини та каяття.
6. Здатність до модифікування поведінки відповідно до обставин.



*Аномальний афект. Основні діагностичні критерії:*

1. Відповідність загальним діагностичним критеріям афективних станів.
2. Наявність ознак афективного звуження свідомості.
3. Наявність часткової амнезії.
4. Фазний перебіг (редукований), обов'язкова наявність 1-ї та 2-ї стадій — підготовчої та афективного вибуху (тип «плато»). Можлива присутність окремих елементів стадії виснаження.
5. Здатність до самоопису (ідентифікації) емоційних проявів (страх, гнів тощо), що мали місце у стадії афективного вибуху.
6. Наявність психопатологічного «ґрунту».
7. Наявність мовного контакту, який відображає конфліктну ситуацію.

*Додаткові діагностичні критерії:*

1. Відповідність характеру домінуючої емоції подразнику, через який виник афект.
2. Узгодженість ступеня емоційних проявів із об'єктивною значущістю подразника.
3. Змістовна єдність емоційних переживань на різних стадіях.
4. Здатність до модифікування поведінки відповідно до обставин.
5. Можлива відсутність провини та каяття.

*Фізіологічний афект. Основні діагностичні критерії:*

1. Відповідність загальним діагностичним критеріям афективних станів.
2. Наявність проявів афективного звуження свідомості з фрагментарністю сприйняття оточуючого.
3. Прояви дереалізації та (або) деперсоналізації.
4. Неповнота, вибірковість спогадів щодо обставин скоєного, пригадування лише окремих, найбільш значущих елементів конфлікту.
5. Чіткий фазний перебіг з обов'язковою наявністю всіх трьох стадій: підготовчої, афективного вибуху та виснаження (піковий тип).
6. Об'єктивна раптовість, суб'єктивна мимовільність афективного вибуху.
7. У стадії виснаження — надзвичайна втома, протрація, спустошеність.
8. Неможливість чіткого самоопису (ідентифікації) емоційних проявів, що мали місце у стадії афективного вибуху.

*Додаткові діагностичні критерії:*

1. Відсутність відчуття провини та каяття.
2. Обмеження, фрагментарність мовної продукції, яка втрачає зв'язок з афектогенною ситуацією.
3. Перевищення ступеня емоційних проявів порівняно з об'єктивною значущістю подразника.

*Патологічний афект. Основні діагностичні критерії:*

1. Відповідність загальним діагностичним критеріям афективних станів.
2. Потьмарення свідомості (синдром сутінкового потьмарення свідомості), повне дезорієнтування, спотворене сприйняття оточуючого.
3. Різде, надзвичайне психомоторне збудження із автоматизованими, стереотипними діями.
4. Повна відсутність спогадів щодо скоєного.
5. Уривчасті галюцинаторні та маячні розлади.
6. Чіткий фазний перебіг з обов'язковою наявністю усіх трьох стадій (підготовчої, афективного вибуху та виснаження).
7. Раптовість афективного вибуху.
8. У стадії виснаження — глибокий сон із наступною розгубленістю.

*Додаткові діагностичні критерії:*

1. Відсутність реагування на зміни обставин і оточення.
2. Відсутність відчуття провини або каяття.
3. Повна відсутність мовної продукції, або окремі звуки, вигуки, які можуть відображати хворобливий розлад свідомості.

**Висновки.** Таким чином, дослідження короточасних афективних станів передбачає наявність певного об'ягу і алгоритму оцінювання фактичних даних щодо психічної діяльності та поведінки особи до, на період та безпосередньо після події афектогенної ситуації з подальшим зіставленням виявлених ознак афективного стану із запропонованими стандартами. Наведені методичні підходи та уніфіковані діагностичні критерії дають змогу оптимізувати діагностику афективних станів. А накопичення відповідних спостережень нададуть можливість подальшого їх уточнення й удосконалення.

*В статье раскрывается сущность понятия «аффект», анализируется проблема эмоциональных расстройств, освещаются основные причины и последствия возникновения аффективных состояний личности.*

**Ключевые слова:** аффект, аффективные состояния, аффективное поведение.

*The article reveals the essence of the concept of «affect», analyzed the problem of emotional disorders, highlights the main causes and consequences of affective states of individuals.*

**Key words:** affect, affective states, affective behavior.

### **Література**

1. Баенская Е. Р. Ранние этапы аффективного развития в норме и патологии: учеб. пособ. — М. : Изд-во УРАО, 2001. — 84 с.
2. Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями) / сост. Дж. Э. Купер; под ред. Дж. Э. Купера; пер. с англ. Д. Полтавца. — К. : Сфера, 2000. - 464 с.
3. Чена М.-Л.А. Афект. Енциклопедія Сучасної України. Т. 1. — К., 2001. - С. 808.