The background is a vertical painting of a forest. The trees are mostly bare, with dark, thin branches reaching upwards. The color palette is dominated by warm, earthy tones: deep reds, oranges, and yellows, suggesting autumn or a fire. A bright, glowing light source, possibly the sun or a fire, is visible on the right side, casting a strong light across the scene and creating a hazy, atmospheric effect. The overall mood is somber yet hopeful, with the light breaking through the dark branches.

Відкритий міжнародний університет розвитку людини «Україна»
Інститут соціальних технологій
Кафедра психології

А. М. Османова
Г. В. Хорунженко

ПАТОПСИХОЛОГІЯ

Навчально-методичний посібник

Київ
Талком
2022

УДК

О-72

Рекомендовано до друку

Вченою радою Інституту соціальних технологій Відкритого міжнародного університету розвитку людини «Україна» (протокол № 3 від 18 листопада 2021 р.)

Рекомендовано до друку Науково-методичною радою Відкритого міжнародного університету розвитку людини «Україна» (протокол № 2 від 17 грудня 2021 р.)

Рецензенти:

Мілютіна К. Л., доктор психологічних наук, професор кафедри психології розвитку Київського національного університету імені Тараса Шевченка, професор;

Добровольська Н. А., доктор психологічних наук, завідувача загальноновізьвської кафедрою фізичного виховання, спорту та здоров'я людини Таврійського національного університету ім. В.І. Вернадського, доцент.

Укладачі:

Османова А. М., кандидат психологічних наук, завідувача кафедрою психології Інституту соціальних технологій Відкритого міжнародного університету розвитку людини «Україна»;

Хорунженко Г. В., старший викладач кафедри психології Інституту соціальних технологій Відкритого міжнародного університету розвитку людини «Україна».

А. М. Османова, Г. В. Хорунженко.

О-72 Патопсихологія : навч.-метод. посібн. / Османова А. М., Хорунженко Г. В. — К.: Талком, 2022. — 188 с.

ISBN

У запропонованому навчально-методичному посібнику стисло висвітлено основні сучасні клініко-психологічні уявлення про порушення психічних процесів і структури особистості при різних психічних захворюваннях, що дозволить здобувачам освіти оволодіти теоретичними основами і принципами патопсихологічного синдромного аналізу порушень психічної діяльності людини. Структура посібника допомагає виділити головні аспекти досліджуваних тематичних розділів, організувати і конкретизувати освітній процес у контексті компетентнісного підходу.

Для спеціальностей «Психологія», «Соціальна робота», «Спеціальна освіта» бакалавріату.

УДК

ISBN

© А. М. Османова, Г. В. Хорунженко, 2022

ЗМІСТ

ВСТУП	4
РОЗДІЛ I. ПАТОПСИХОЛОГІЯ ЯК ГАЛУЗЬ ПСИХОЛОГІЧНОЇ НАУКИ.....	6
Тема 1. Патологічна психологія: минуле і сьогодення.....	6
Тема 2. Загальна характеристика психічних розладів	29
Тема 3. Психосоматичні розлади та психогенії.....	51
Тема 4. Порушення свідомості.....	66
Тема 5. Розлади відчуттів та сприймання	84
РОЗДІЛ II. РОЗЛАДИ ПСИХІЧНИХ ПІЗНАВАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ ТА ЕМОЦІЙНО-ВОЛЬОВОЇ СФЕРИ.....	96
Тема 6. Розлади уваги.....	96
Тема 7. Розлади пам'яті	106
Тема 8. Розлади мислення та мовлення	116
Тема 9. Розлади емоційно-вольової сфери та рухової активності.....	128
Тема 10. Розлади особистості	146
Завдання самостійної роботи.....	158
Творче завдання.....	160
Індивідуальні завдання	161
Методи навчання та контролю	162
Орієнтовний перелік питань для підсумкового контролю	163
Тестові завдання з дисципліни «патопсихологія»	166
Глосарій (термінологічний словник).....	172
Список використаної та рекомендованої літератури	185

ВСТУП

Патопсихологія — розділ клінічної психології, що вивчає закономірності та психологічні механізми розвитку розладів психічної діяльності у зіставленні з закономірностями формування та протікання психічних процесів у нормі. Як навчальна дисципліна «Патопсихологія» має тісну міждисциплінарну інтеграцію із психопатологією, медичною психологією, анатомією та фізіологією центральної нервової системи, психофізіологією, нейропсихологією та психіатрією. *Предметом* викладання дисципліни «Патопсихологія» є вивчення закономірностей розладів психічної діяльності при хворобі.

Для практичного засвоєння вивченого матеріалу здобувачі освіти виконують роботу, присвячену аналізу різних патопсихологічних станів, самостійно розробляють психодіагностичний інструментарій із урахуванням порушення психіки та надають рекомендації щодо психологічної реабілітації таких хворих. Як вихідні дані у таких видах робіт використовують сучасні психологічні публікації.

Курс «Патопсихологія» є логічним продовженням та доповненням матеріалу таких дисциплін, як «Загальна психологія», «Клінічна психологія», «Нейропсихологія», «Психофізіологія», «Вікова психологія».

Метою вивчення дисципліни «Патопсихологія» є підготовка здобувачів освіти до практичної роботи з людьми, які страждають на розлади психіки та поведінки; формування вмінь проводити диференційну діагностику психічних розладів та самостійної побудови подальшої тактики курації хворих.

Завданнями курсу є:

- 1) розуміння особливостей виникнення та протікання відхилень у психічному стані людини;
- 2) вивчення форм та механізмів порушень психічних процесів людини;
- 3) застосування основних методів психологічної діагностики та допомоги у випадках наявності розладів психіки та поведінки;

4) розуміння етіології, клінічних особливостей та патопсихологічного супроводження лікування психічних розладів із урахуванням їх клінічних особливостей.

В результаті вивчення курсу здобувачі освіти повинні **знати:**

– методологічні принципи та основні напрями патопсихологічних досліджень;

– закономірності та механізми порушень психічних процесів;

– основні завдання патопсихології та засоби їх виконання;

– основні симптоматологічні прояви порушень психіки;

– патопсихологічні особливості розвитку розладів психіки та поведінки.

вміти:

– враховувати особистісні особливості пацієнта, який має проблеми із психічним здоров'ям, у впровадженні комплексної медико-соціальної програми реабілітації;

– враховувати результати патопсихологічних досліджень у розробці індивідуальних програм фізичної реабілітації хворих;

– вивчаючи медичну документацію, інтегрувати дані медичного та психологічного анамнезів хворого;

– складати план профілактичного втручання для груп підвищеного ризику.

РОЗДІЛ І. ПАТОПСИХОЛОГІЯ ЯК ГАЛУЗЬ ПСИХОЛОГІЧНОЇ НАУКИ

Тема 1. Патологічна психологія: минуле і сьогодення

Категорія слухачів: здобувачі освіти ОС «бакалавр» 3 року навчання за спеціальністю «Психологія» ІСТ Університету «Україна».

Навчальна мета: Ознайомити здобувачів освіти із базовими поняттями навчальної дисципліни, напрямками патопсихології.

Виховна мета: сприяти формуванню наукового світогляду, моральних, естетичних та професійних якостей особистості в контексті теми, формування зацікавленого ставлення до поглиблення та розширення знань з психології.

Розвивальна мета: розвивати інтелектуальні здібності, мовлення, пам'ять, увагу, уяву, мислення, спостережливість, активність, творчість, самостійність здобувачів освіти та прищеплювати їм раціональні способи пізнавальної діяльності в контексті даної теми.

Міжпредметні та міждисциплінарні зв'язки:

Забезпечуючі дисципліни: загальна психологія, психологія особистості, диференційна психологія, соціальна та юридична психологія.

Забезпечувані дисципліни: психологія, психофізіологія, клінічна психологія, психотерапія і корекція, психопатологія, психіатрія.

Зміст заняття

1. Актуальні проблеми, завдання, зміст і перспективи розвитку патопсихології.

2. Історія розвитку експериментально-психологічних методів дослідження розладів психіки.

3. Зміст поняття психічного здоров'я особистості.

4. Комунікативна компетентність.

5. Стратегії, тактики, види спілкування. Кодекс світського спілкування. Кодекс ділового спілкування.

Література зі списку рекомендованої до дисципліни:

1. Вітенко І. С. Загальна та медична психологія : підручник для студентів медичних вузів. К. : Здоров'я, 1994. 294 с.
2. Гальчук О. Я. Клінічна психологія: [навч. посіб. для студ. вищ. навч. закладів]. К. : Атіка, 2012. 216 с.
3. Зейгарник Б. В. Патопсихология. М.: Апрель Пресс, Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000. 518 с.
4. Карвасарский Б. Д. Клиническая психология : учебник для вузов. 5-е изд., перераб. и доп. СПб. : Питер, 2014. 896 с.
5. Клиническая психология / под ред. : М. Перре, У. Баумана. 2-е междунар. изд. СПб. : Питер, 2003. 1312 с.
6. Мартинюк І. А. Патопсихологія : навчальний посібник. К. : Центр учбової літератури, 2008. 208 с.
7. Никоненко Ю. П. Клінічна психологія : навчальний посібник. К. : КНТ, 2016. 369 с.

1. Актуальні проблеми, завдання, зміст і перспективи розвитку патопсихології

Патопсихологія (грец. *Pathos* — страждання, *psyche* — душа, *logos* — вчення) — це розділ медичної психології, що вивчає закономірності розладу психічної діяльності та властивостей особистості при психічних чи соматичних захворюваннях.

За Б. В. Зейгарнік патопсихологія вивчає структуру порушень психічної діяльності, закономірності розладу психіки у їх зіставленні з нормою, тому, аналіз патологічних змін здійснюється на підставі зіставлення з характером формування й протікання психічних процесів, станів і властивостей особистості в нормі.

У цьому полягає ключова відмінність патопсихології, що інтерпретує дані дослідження в категоріях психологічної теорії, від психопатології — галузі психіатрії, що вивчає патологію психіки на підставі загально клінічних категорій (виникнення та результат хвороби як клінічно закономірний перебіг симптомів і синдромів).

При цьому клінічні (психопатологічні) дослідження виявляють, описують і систематизують прояви порушених психічних

процесів, а патопсихологія висвітлює характер перебігу й особливості структури психічних процесів, що призводять до спостережуваних у клініці симптомів.

Таким чином, **завданнями патопсихології** є:

- аналіз закономірностей розладів психіки; зокрема, змін особистості психічно хворого;
- психологічна діагностика порушень психіки хворого з метою уточнення діагнозу, проведення трудової, судової, військової експертизи.

Патопсихологічна наука може розвиватися у двох аспектах — теоретичному та прикладному, що має велике значення для психології та психіатрії.

Так, **теоретичний аспект** полягає в тому, що:

- патопсихологічний матеріал дає можливість прослідкувати будову різних форм психічної діяльності;
- використання даних про патології може виявитися корисним у вирішенні питання про співвідношення біологічного та соціального у розвитку психіки.

Прикладний аспект виявляється таким чином:

– у психологічних лабораторіях накопичено експериментальні дані, що характеризують порушення психічних процесів та різних форм захворювань, які можуть бути додатковим матеріалом у встановленні діагнозу;

– у психологічному експерименті може бути поставлене завдання аналізу структури, встановлення міри психічних порушень хворого, його інтелектуального зниження;

– застосування адекватних психологічних досліджень допомагає визначити характер дії нових лікувальних засобів, які впроваджено у терапевтичну практику;

– отримані під час патопсихологічного дослідження дані можуть використовуватися для аналізу можливостей особистості хворого з точки зору її збережених сторін і перспектив компенсації втрачених властивостей з метою вибору психотерапевтичних заходів і здійснення психічної реабілітації.

Актуальні проблеми патопсихології можна простежити у її зв'язках із іншими галузями знання, серед яких:

- медична психологія (патопсихологія є однією зі складових медичної психології, що інтенсивно й плідно розвивається);
- психологія загалом (аналіз патологічних змін здійснюється на підставі зіставлення з характером формування і протікання психічних процесів, властивостей і станів у нормі; патопсихологічні дослідження дають можливість глибше пізнати закономірності функціонування й розвитку нормальної психіки, вивчати психічну норму, психічне здоров'я, фактори, що активізують чи гальмують розвиток особистості в ході її онтогенезу та соціогенезу);
- психопатологія (психопатологічні дослідження виявляють, описують і систематизують прояви порушених психічних процесів, а патопсихологія розкриває характер перебігу та особливості структури психічних процесів, що спричиняють спостережувані симптоми);
- вікова психологія (у певні періоди життя, особливо під час вікових криз, можливе виникнення, посилення чи загострення психопатологічних проявів; наприклад, існують психічні захворювання, характерні для підліткового та юнацького віку, хвороби старечого віку);
- дитяча психологія (окремий напрямок вікової психології; дитяча патопсихологія спеціалізується на вивченні порушень психічного розвитку в дитячому віці);
- судова, трудова, військова, педагогічна експертиза (дані патопсихологічних обстежень використовуються для встановлення міри вираження психічного дефекту);
- нейропсихологія (нейропсихологічні дослідження допомагають у вивченні порушень вищих психічних функцій внаслідок органічних ушкоджень мозку, а також вивченні механізмів їх відновлення);
- педагогіка (патопсихологія охоплює психологічну корекцію відхилень та аномалій психічного розвитку, що застосовується при розробці методів навчання).

2. Історія розвитку експериментально-психологічних методів дослідження розладів психіки

Як зауважував **Поль Фресс**, ще у XVIII столітті, коли психологія розвивалася лише як складова філософії, а не самостійна



наука, Христіан Вольф запропонував вимірювати психічні явища за параметрами їх тривалості та інтенсивності. Так, наприклад, тривалість стеження за аргументацією щодо певної події, яку людина сприймає, пропонувалося вважати показником ступеня уваги.

Проте саме XIX століття ознаменовано найвидатнішими ідеями, що стали потужним поштовхом до розвитку експериментально-психологічного методу пізнання психіки. Чарльз Дарвін у своїй праці «Вираження емоцій у людини і тварини» 1873 року порушує питання про можливість розглядати емоції людини як результат тих подій, що виявилися корисними чи шкідливими для неї.

1879 року у Лейпцизі **Вільгельм Вундт** заснував першу в світі психологічну лабораторію, утвердивши таким чином психологію як самостійну науку. Лабораторія стала осередком філософської та психологічної наукової думки Німеччини, поступово все більше заохочуючи до співпраці випускників американських і британських університетів, зацікавлених у вивченні психології, та прообразом психологічних дослідницьких інституцій у всьому світі.

До експериментів залучалися дорослі люди, попередньо підготовлені. Дослідження базувалися на теоретичних уявленнях про психічні процеси, при цьому психічний досвід людини розглядався як комбінація трьох елементів — відчуттів, образів і почуттів. Підхід Вундта дістав назву структуралістського. Дослідник



вважав, що відчуття поєднуються та формують складніші стани (певні якості почуттів), почуття, у свою чергу, поєднуються, так само можуть утворювати тимчасові структури.

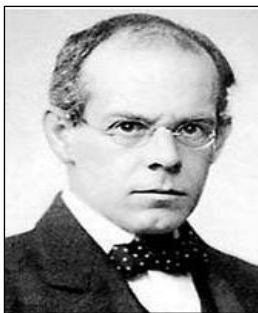
Відповідно, емоції — це характерні послідовності почуттів із тимчасовою структурою. Воля теж є тимчасовим актом, однак її супроводжують думки. Він стверджував, що психологія повинна стати наукою про досвід свідомості. Надавав перевагу, при цьому, методу інтроспекції, що передбачає спостереження людини за власним мисленням і свідомістю.

Фізик та філософ *Густав Фехнер* зробив суттєвий внесок у дослідження психіки шляхом експериментування, впровадивши принципи психофізики — вчення, в якому виявляються зв'язки між стимулами та інтенсивністю відчуттів (1860). На думку французького психолога Поля Фресса Фехнер заслуговує на звання засновника експериментальної психології, розробивши експериментальні методики виміру



порогів відчуттів, що й донині знаходять застосування в усіх дослідженнях, присвячених перцептивним процесам. Для помилок у вимірюванні під час психологічних досліджень Фехнер першим застосував закон Лапласа — Гаусса, задіявши в галузі психології ідеї ймовірності. «Елементи психофізики» авторства Густава Фехнера свого часу було охарактеризовано як одну з найвидатніших праць в історії експериментальної психології. А ще 1863 року фізіолог Іван Сеченов застосував психофізіологічні та психологічні методи під час дослідження ролі центральних механізмів у гальмуванні спинномозкових рефлексів.

Серед видатних науковців, що вийшли зі школи Вундта — Джеймс Маккін Кеттелл та Герман Еббінгауз. *Джеймс Кеттелл*, учень Вундта, що 1886 року отримав докторську ступінь у його лабораторії, зацікавився причинами відмінностей індивідів за тривалістю реакції. Важливість такого дослідження полягає в тому, що воно в багатьох аспектах відрізнялося від аналізу безпосереднього досвіду свідомості в класичному



інтроспективному підході. Кеттелл вивчав індивідуальні розбіжності, пов'язані з окремим аспектом поведінки. Таким чином, науковець намагався встановити причинно-наслідкові зв'язки між швидкістю реакцій, що підлягала зовнішньому спостереженню й виступала залежною змінною, та стимулами, що призводили до її упорядкованих змін, тобто, виконували функцію незалежної змінної. Примітним

є також і те, що Джеймс Кеттелл першим упровадив поняття інтелектуального тесту (mental test).

Герман Еббінгауз у 1885 році починає проводити експерименти з дослідження механізмів пам'яті, впровадивши кількість повторень як міру запам'ятовування. 1897 року науковець зосередився на експериментальному вивченні інтелекту або розумової обдарованості. При цьому він використовував метод доповнення, що розумів під собою комплексне вивчення психічних явищ, — за допомогою експериментів без включення інтроспекції, співвіднесених із даними, одержаними інтроспективним шляхом.

На межі XIX та XX ст. незалежно від Вундта та один від одного Едвард Торндайк та Іван Павлов звернулися до вивчення процесів, яким дали назву «просте вчення» (simple learning) та «обумовлена поведінка» відповідно. Павлов виявив інтерес до вивчення процесів формування у тварин умовних рефлексів і відносив свої дослідження радше в галузі фізіології, ніж психології. Торндайк порушив питання про інтелект тварин і досліджував процес їх навчання, намагаючись застосувати отримані результати для кращого розуміння людської психіки у тих її функціональних проявах, що дозволяють провести аналогію з реакціями тварини. Такий погляд на експериментальне дослідження психіки став популярним



серед біхевіористів. Обидва науковці застосовували об'єктивні прийоми для визначення тих конструктів, які вони вивчали, та їх висновки щодо закономірностей поведінки тварин у лабораторних умовах базувалися на дослідженнях, що відповідали усім критеріям експериментального методу.

Згодом після структуралістської виникає Вюрцбурзька школа, найпомітнішою фігурою якої стає **Освальд Кюльпе**, що пройшов початкову підготовку в лейпцизькій лабораторії. На відміну від Вундта, Кюльпе вважав, що за допомогою інтроспекції можна вивчити як самі пізнавальні процеси — відчуття, мислення — так і їхній «кінцевий продукт» — чуттєві й мисленнєві образи та судження. Він пропонував досліджуваним думати про щось, а потім описувати свій досвід. Кюльпе та його послідовники поступово перейшли від атомарного підходу у вивченні досвіду свідомості до глобальнішого. Особливу увагу приділено поведінці, пов'язаній із вирішенням проблем, це надало таким дослідженням більшої практичної значущості в порівнянні зі структуралістськими експериментами Вундта. Багато досліджень було присвячено вивченню впливу установок на спроможність розв'язувати проблеми. Вюрцбурзьку школу вважають предтечею гештальтпсихології. Її представники (Макс Вертгеймер, Курт Коффка, Вольфганг Келлер) вважали за необхідне вивчати безпосередньо чуттєвий досвід цілого організму. Дослідження гештальтистів базувалися на використанні маніпулятивної стратегії та передбачали особливу увагу до проблеми контролю варіативності при застосуванні стратегій експериментального методу.



Основним завданням американського напрямку психологічних досліджень під назвою «функціоналізм» (Уільям Джеймс, Джон Дью, Джеймс Роланд Анджел) було виявлення того, як індивід за допомогою психологічних функцій пристосовується до змістовного оточення та як можна покращити таке пристосування. Дослідження представників цієї течії переважно

базувалися на застосуванні маніпулятивної стратегії та були спрямовані перш за все на вивчення адаптації організму до змін у навколишньому середовищі.

Основний внесок біхевіористів (Джон Вотсон, Едвард Торндайк) у становлення експериментальної дослідницької парадигми полягає у відстоюванні об'єктивності у вивченні аспектів поведінки, доступних спостереженню. Вони розглядали поведінку як найважливіше джерело інформації, що має у своєму розпорядженні психолог для вивчення людської психіки, були прихильниками аналізування явищ, які можуть бути адекватно ідентифіковані й перевірені під час подальших досліджень.

Деякі дослідники історії розвитку методології психології умовно виокремлюють у ній два періоди — долабораторний, пов'язаний із дослідженнями в галузі психофізики й психофізіології, та лабораторний, у межах якого розглядають перелічені вище напрями, а також французький патопсихологічний та діалектико-матеріалістичний, сформований за радянських часів у вітчизняній психології.



Засновник патопсихологічного підходу **Теодюль Арман Рібо** формулював уявлення про предмет експериментальної психології, яка повинна займатися не метафізикою та обговоренням сутності душі, а виявленням законів і найближчих причин психічних явищ. Згодом учень Рібо П'єр Жане та Альфред Біне розвинули ідеї цілісного підходу до вивчення людини, якому, як зауважував Рібо, не могли відповідати ані німецький атомізм, ані англійський асоціанізм (йдеться про дослідження Вундта та його англійського послідовника Тітченера).

Німецько-американський психолог **Курт Левін**. Він був прихильником ідей гештальтпсихології, започаткував школу цілісного, системного підходу до експе-



риментального дослідження психіки. Левін та його послідовники розширили спектр наукового експерименту від вивчення перцептивної сфери психіки до пізнання експериментальним шляхом діяльності та життєвого простору особистості загалом.

Учениця Курта Левіна **Блюма Зейгарник**, працюючи в Московському університеті на факультеті психології, продовжила розвиток системи методів індивідуального експериментування в радянській психології. Коли одного разу вони разом із Куртом Левіним зайшли пообідати в один із популярних невеликих ресторанчиків, де завжди було багато відвідувачів, Зейгарник підмітила, що офіціант, який приймав замовлення, не зробив ніяких поміток. Замовлення було досить великим, тому її здивувало, коли до столу було подано все, без будь-яких помилок. На зауваження з приводу його дивовижної пам'яті офіціант знизав плечима, сказавши, що він ніколи не записує і ніколи не забуває. Тоді психологи його попросили сказати, що вибрали з меню відвідувачі, яких він обслуговував до них, і які тільки-но пішли з кафе. Офіціант розгубився і зізнався, що зовсім не може згадати їх замовлення. Незабаром виник задум перевірити експериментально, як впливає на запам'ятовування завершеність або незавершеність дії. За цю роботу і взялася Блюма Зейгарник.



Ідеї французького патопсихологічного підходу до експериментування в психології з їхніми поглядами на хворобу як на «експеримент природи», співзвучні з роботами видатного радянського психолога **Олександра Лурії**, що набули всесвітнього визнання завдяки його дослідженням локалізації мозкових функцій. Перші його дослідження, здійснені ще в Казанському університеті, стосувались психології праці. Дослідження афективних процесів, для якого він

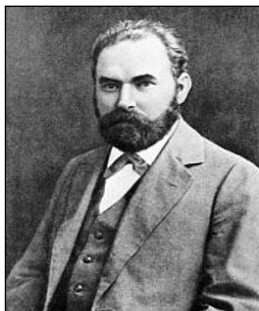


у 1924 році адаптував методику, отримало потужний резонанс в Європі. Знайомство з Виготським і визначило інтерес науковця до вивчення вищих психічних функцій та, зокрема, їх локалізації в головному мозку. Емпіричним джерелом таких досліджень слугували спостереження за змінами психічних функцій внаслідок уражень головного мозку поранених під час Другої світової війни.



Лев Виготський розробив схеми дослідницьких методик так званої «подвійної стимуляції», а його учень Петро Гальперін — метод «формування розумових дій», що стало неодмінно суттєвим внеском у розвиток експериментального дослідження психіки.

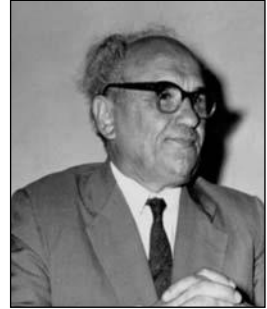
На значенні експерименту як методу наукових досліджень у психології наголошував **Микола Ланге**, професор Новоросійського (нині Одеського) університету. Він експериментально досліджував психомоторику, увагу, сприймання, перцепції, в якому констатував наявність певної послідовності фаз сприймання — від менш диференційованого до більш диференційованого, зумовленої філогенетичним розвитком людини. Вважав, що інтроспекція не може виокремити стадії процесу, оскільки фіксує лише його кінцевий результат.



1910 року лікар і психолог **Олександр Лазурський** уперше доповів про природний експеримент на з'їзді з експериментальної педагогіки, а в 1918 році, в результаті шестирічної праці науковця в психологічній лабораторії психоневрологічного інституту, було видано книгу «Природний експеримент і його шкільне застосу-

вання». Природним називається експеримент, що включений непомітно для випробовуваного в його ігрову, трудову, учбову чи іншу діяльність з мінімумом втручання експериментатора в такий процес. Проводиться у звичайних (реальних) для піддослідного умовах активності, які дослідник цілеспрямовано варіює — наприклад, під час роботи чи навчально-виховного процесу.

Суттєвий внесок у подальший розвиток експериментально-генетичного методу в психології зробив відомий український психолог **Григорій Костюк**, який очолював створений в Україні Інститут психології, названий у подальшому його іменем. Дослідник пропонував випробовуваним сприймати предмет у темній камері, яка ненадовго освітлювалась. Така експериментальна модель дозволяла вивчати чутливість зорового аналізатора; формування абрису предмета сприймання з невизначеними межами та з порожнинами в цілісному образі; пізнавальні дії, завдяки яким створюються гіпотези-образи, що поступово стають правдоподібними; розвиток образу внаслідок віднесення його до певної категорії; аналіз складових психіки, що забезпечують перехід від перцептивних завдань до складніших проявів пізнавальної духовної та продуктивної діяльності.



Дмитро Узнадзе використовував метод експерименту в дослідженні установки. Оригінальну методіку психофізіологічного експерименту запропонували Борис Теплов та Володимир Небиліцин.

У процесі формування методології психологічного експерименту відбулося диференціювання уявлень щодо емпіричної реальності, яка вивчалась, і щодо нормативів наукового дослідження. У той же час історія свідчить про неминучий взаємовплив різних дослідницьких стратегій, що забезпечило перспективи подальшого розвитку експериментування як провідного методу вивчення норм та розладів психіки.

3. Зміст поняття психічного здоров'я особистості

Психічне здоров'я, за визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я, — це стан, що сприяє найповнішому фізичному, розумовому та емоційному розвитку людини.

Виокремлюють **три рівні психічного здоров'я людини**:

— *рівень психофізіологічного здоров'я* (визначається станом і функціонуванням центральної нервової системи);

— *рівень індивідуально-психологічного здоров'я* (визначається станом і функціонуванням психічної діяльності);

— *рівень особистісного здоров'я* (визначається співвідношенням потреб людини з можливостями та вимогами соціального середовища).

Кожен рівень психічного здоров'я людини має свою медико-психологічну та соціально-ціннісну систему критеріїв норми і аномалії. Негативні зміни можуть відбуватися як на одному, так і на двох і всіх трьох рівнях. Порушення психофізіологічного рівня здоров'я виявляються у формі різноманітних нервових захворювань, що виникають як у центральній нервовій системі, так і в периферійній (мігрень, невралгія, неврит, поліневрит і т. ін.). Порушення індивідуально-психологічного рівня здоров'я зумовлюють появу низки психічних захворювань (розлади сприйняття, мислення, пам'яті, емоцій і т. ін.). Порушення особистісного рівня здоров'я викликають зміни спрямованості особистості, які унеможливають її нормальне співіснування із соціальним оточенням (алкоголізм, наркоманія, злочинці-маніяки).

Прикордонний стан такого аспекту здоров'я людини є дуже поширеним і, водночас, явищем, яке важко діагностується. Досить складно провести чітку межу між психічним здоров'ям і психічним розладом, якщо він не має клінічних провів. За даними деяких авторів, психічні розлади виявлено у 20–26%, межовий стан — у 40–62%, а вільними від будь-яких порушень є лише 13–35% обстежених людей.

Урівноваженість людини та адекватність її реакцій на зовнішній вплив мають велике значення для розмежування норми та патології.

Для психічно здорової людини характерними є:

- відносна стійкість поведінки та адекватності її зовнішнім умовам;
- висока індивідуальна пристосованість організму до звичних коливань зовнішнього середовища;
- здатність підтримувати звичне комфортне самопочуття, морфо-функціональне збереження органів та систем.

До складових психологічної стійкості належать:

- здатність до особистісного зростання з адекватним розв'язанням внутрішньоособистісних конфліктів (ціннісних, мотиваційних, рольових);
- відносну (неабсолютну) стабільність емоційного стану і сприятливого настрою;
- розвинене вольове регулювання.

Стійкість до подолання труднощів, збереження віри в себе, упевненості в собі, своїх можливостях, досконалість психічного саморегулювання, постійний досить високий рівень настрою — невід'ємні складові психічного здоров'я.

З медичної точки зору до психічного здоров'я належать такі ознаки:

- відсутність психічних хвороб;
- нормальний психічний розвиток;
- сприятливий функціональний стан вищих відділів центральної нервової системи.

Під нормальним розвитком дитини розуміють психічний розвиток, що відповідає віку та є гармонійним. Гармонійність розвитку полягає в приблизно однаковому рівні всіх показників інтелекту. Для кожного вікового періоду характерні ті чи інші показники, що сприяють розвитку.

Рівень розумової працездатності є одним із основних показників психічного здоров'я. До критеріїв сприятливого стану психіки відноситься також і позитивний емоційний стан, тобто настрій, що включає: емоційну стійкість (самовладання); зрілість почуттів, відповідно до віку; керування негативними емоціями (страхом, гнівом, жадобою, заздрістю та ін.); вільний природний прояв почуттів та емоцій; здатність радіти; збереження звичного

оптимального самопочуття. Для здорової особистості характерними є виражена цілеспрямованість (здобуття сенсу життя), енергійність, активність, самоконтроль, воля та адекватна самооцінка.

Психічне здоров'я тісно пов'язане із соціальним благополуччям особистості, що відображується в адекватному сприйнятті соціальної дійсності, адаптації в навколишньому світі й інтересі до нього, зацікавленість у соціальному благополуччі, відповідальність перед іншими тощо.

Отже, психічне здоров'я є відносно стійким станом організму й особистості, він дає змогу людині усвідомлено, враховуючи свої фізичні й психічні можливості, а також навколишні природні та соціальні умови, здійснювати й забезпечувати свої індивідуальні та суспільні біологічні й соціальні потреби на основі нормального функціонування психофізичних систем, здорових психосоматичних і соматопсихічних відносин в організмі. Це стан душевного благополуччя, що не має хворобливих психічних проявів і забезпечує адекватну до умов дійсності регуляцію поведінки та діяльності. Зміст поняття не вичерпується медичними й психологічними критеріями, у ньому завжди віддзеркалюються суспільні та групові норми й цінності, що регламентують духовне життя людини.

Комунікативна компетентність

Комунікативна компетентність — це спроможність особистості відповідно до обставин і прагматично використовувати соціальні знання та навички в спілкуванні. Характерною для комунікативної компетентності є відповідність поведінки, у якій вона виявляється, контексту стосунків. Таке поняття передбачає знання правил спілкування, адаптаційні навички й гнучкість у втіленні цього знання, що є необхідними для досягнення ефективних відносин.

Комунікативна компетентність може проявлятися в двох аспектах — як орієнтованість особистості в різних ситуаціях спілкування, що базується на знаннях і чуттєвому досвіді, і як здатність ефективно взаємодіяти з навколишніми людьми завдяки розумінню себе та інших в умовах постійної зміни психічних станів, міжособистісних стосунків і соціальної ситуації. Комуніка-

тивну компетентність не можна вважати константною особистісною характеристикою і уявляти її як замкнений індивідуальний досвід. Вона змінюється залежно від засвоєння культури суспільства, а також від розвитку й змін самого суспільства.

Оцінка комунікативної компетентності неодмінно пов'язана з соціально-психологічною толерантністю як особистісною властивістю суб'єкта спілкування. У психофізіологічному ракурсі зміст поняття толерантності може полягати в послабленні реагування на який-небудь несприятливий фактор у результаті зниження чутливості до його впливу. Соціально-психологічне розуміння толерантності передбачає терпимість до різних думок, неупередженість в оцінці людей і подій, що є необхідним для формування комунікативної компетентності.

В структурі феномену толерантності особистості виокремлюють:

– сенсуальну толерантність особистості — пов'язана зі стійкістю особистості до впливів середовища, з послабленням реагування на якийсь несприятливий фактор, зокрема, негативних впливів суб'єктів міжособистісної діяльності за рахунок зниження чутливості;

– диспозиційну толерантність особистості — пов'язана із готовністю особистості до терпимої реакції на середовище, за якою стоять певні установки особистості, сукупність її ставлень до реальності: до інших людей, до їх поведінки, до себе, до впливу інших людей на себе, до життя взагалі.

Феномен толерантності зумовлюють такі **фактори**:

– соціогенетичний — вплив суб'єктивних і об'єктивних умов соціуму взагалі на формування та прояв толерантності в суспільстві, в різних групах та у конкретних особистостей;

– психогенетичний (мікросередовищний) — вплив найближчого оточення індивіда (сім'ї, колективу, неформальної групи тощо) на формування та прояв толерантності;

– біогенетичний — вплив на виявлення толерантності психофізіологічних особливостей індивіда, наприклад, статевих, вікових і темпераментних властивостей.

Стратегії, тактики, види спілкування

Існує багато **видів спілкування**, які класифікують за різними ознаками. Учасниками спілкування можуть бути як конкретні індивіди, так і опосередковані групи людей.

Так, **за безпосередністю контактів** розрізняють:

– *міжособистісне* спілкування: виявляється у безпосередніх контактах, які визначаються й регулюються за допомогою усієї системи суспільних відносин, умов суспільного виробництва, інтересів людей і груп;

– *пряме*: є безпосереднім спілкуванням на відміну від опосередкованого масового;

– *масове* спілкування: є анонімним, спрямованим не на конкретного індивіда, а на маси людей і здійснюється найчастіше за допомогою засобів масової комунікації. Одна з його умов — певна просторово-часова дистанція. Тому спілкування переважно одностороннє, оскільки людина може лише сприймати інформацію від інших генерацій, суспільств, епох, але не може їм її передавати.

За результативністю спільної взаємодії та досягнутим ефектом виокремлюють такі види спілкування:

– *необхідне* — міжособистісні контакти, без яких спільна діяльність стає неможливою;

– *бажане* — міжособистісні контакти, що сприяють успішному розв'язанню виробничих, виховних та інших завдань;

– *нейтральне* — міжособистісні контакти не заважають, але й не сприяють розв'язанню завдань;

– *небажане* — міжособистісні контакти, які ускладнюють досягнення завдань спільної взаємодії.

За типом зв'язків між учасниками взаємодії виокремлюють *монологічне* спілкування (передбачає одностороннє спрямування інформації, коли один з учасників взаємодії викладає свої думки, ідеї, почуття, не відчувуючи при цьому необхідності в зворотному зв'язку з партнером) та *діалогічне* спілкування (йдеться про взаємини індивідів як активних суб'єктів, коли кожний учасник ставиться до свого партнера не як до об'єкта, і, адресуючи йому інформацію, аналізуючи його мотиви, цілі, установки, сподівається на адекватну реакцію та ініціативу).

За Карлом Роджерсом **діалогічну** (також — гуманістичну) **форму спілкування характеризують**:

– **конгруентність** (лат. — відповідність, узгодженість) партнерів по спілкуванню — відповідність соціального досвіду, його усвідомлення і засобів спілкування учасників взаємодії;

– **довірливе сприймання особистості партнера**: за таких умов неактуальним є оцінювання якостей і рис співрозмовника, оскільки домінує сприйняття його як певної цінності;

– **сприймання іншого учасника взаємодії як рівного, який має право на власну точку зору й рішення**: йдеться не про фактичну рівність партнерів, особливо в ситуаціях, де виявляється різна соціальна позиція (лікар — пацієнт, вчитель — учень тощо), а про рівність людей у їхній людській суті;

– **проблемний, дискусійний характер спілкування**: розмова має розгортатися на рівні позицій, а не на рівні догм;

– **персоніфікований характер спілкування**: розмова від імені власного «Я»: «Я так думаю», «Я переконаний» і т. ін.

Гуманістичне спілкування є найприйнятнішим з огляду на продуктивність міжособистісних контактів. Досягти діалогічної взаємодії можна лише за умов довіри, позитивного особистісного ставлення одне до одного, намагання кожного відчувати психологічне буття партнера як власне.

Діалогічні відносини є оптимальним психологічним фоном організації контактів, якого повинні прагнути люди і який за адекватної зовнішньої репрезентації та внутрішнього прийняття забезпечує взаємне розкриття їх учасників.

За тривалістю взаємодії розрізняють **довготривале** і **короткочасне спілкування**. Одні люди заздалегідь налаштовані на певну тривалість взаємодії, намагаючись не допустити того, щоб спілкування їх поглинуло, інші — в кожному акті комунікації шукають можливості для розширення сфери контакту, продовжуючи спілкування.

Особливу категорію втілює **конфліктне спілкування**, для якого характерним є зіткнення різних поглядів, інтересів і дій людей та груп. Спричинює його суперечність, що представляє найсуттєвіші потреби, прагнення, інтереси, цілі, статусно-рольові параметри учасників взаємодії. Небезпека такого спілкування

полягає у наповненості негативними емоціями, стресами, переживаннями, розчаруваннями тощо. Психологічна його ціна надзвичайно висока. Під час конфлікту змінюється система відносин і цінностей, люди по-іншому починають сприймати реальність, вдаватись до не властивих їм дій.

Різноманітні види спілкування реалізуються у його стратегії. **Стратегія** (грец. *strategie*, від *stratos* — військо, *ago* — веду) **спілкування** — це загальна схема дій учасників комунікативного процесу, загальний план досягнення мети, яку переслідують співрозмовники.

Найважливішими компонентами стратегії спілкування є мотиваційний (спілкування має реалізувати мету одного суб'єкта чи обох), змістовий (комунікативні установки — гуманістичні чи маніпулятивні — обирають учасники спілкування) і процесуальний (конструювання спілкування, тобто співвідношення між діалогом і монологом).

Узагальнена **характеристика стратегій спілкування** формується з таких основних видів:

- *гуманістично-діалогічна*, спрямована на досягнення спільної мети;

- *гуманістично-монологічна*, спрямована на досягнення спільної мети;

- *гуманістично-діалогічна*, спрямована на досягнення індивідуальної мети;

- *гуманістично-монологічна*, спрямована на досягнення індивідуальної мети;

- *маніпулятивно-діалогічна*, спрямована на досягнення спільної мети;

- *маніпулятивно-монологічна*, спрямована на досягнення спільної мети;

- *маніпулятивно-діалогічна*, спрямована на досягнення індивідуальної мети;

- *маніпулятивно-монологічна*, спрямована на досягнення індивідуальної мети.

Однією з найпопулярніших є класифікація Томаса — Кілмена, яка виокремлює основні **стратегії конфліктного спіл-**

кування: конкуренція, уникнення, пристосування, співробітництво та компроміс.

Для **конкуренції** характерними є суперництво учасників спілкування, відкрита боротьба за свої інтереси, протиборство. Передбачається переможець і переможений. Під час такого спілкування люди задовольняють власні інтереси на шкоду інтересам інших, змушуючи їх схвалити саме своє рішення. Стратегія ефективна тоді, коли: учасник конфлікту наділений певною владою (він знає, що його рішення чи підхід є правильними, і має змогу наполягати на них); учасник конфлікту не зацікавлений у співробітництві з іншими, здатний на вольові рішення; учасник конфлікту відчуває, що у не має іншого вибору та не має чого втрачати.

Для **уникнення** характерні ухилення, втеча, намагання людини вийти з конфліктної ситуації, не розв'язуючи її, не поступаючись своїм, але й не наполягаючи на ньому. Людина не відстоює свої права, не співпрацює з партнером задля вироблення певного рішення. Стратегія використовують тоді, коли: проблема не дуже важлива для людини, і вона не хоче витратити сили на її розв'язання; учасник конфлікту розуміє, що перебуває у безнадійному становищі; учасник конфлікту відчуває правоту свого опонента; співрозмовником є «важка» людина; за відсутності серйозних підстав доводиться контактувати з іншою особою; напруженість занадто велика й учасник конфлікту відчуває необхідність її послаблення.

Пристосування є стратегією згладжування суперечностей. Характерними є поступки інтересів однієї зі сторін: людина не намагається відстоювати свої інтереси і погоджується робити те, чого хоче інший. Стратегія може застосовуватися, якщо: для учасника конфлікту результат справи не такий важливий, як для протилежної сторони; учасник конфлікту не може претендувати на першість, оскільки його опонент має більшу владу; учасник конфлікту відчуває, що, поступившись, мало що втрачає; потрібно пом'якшити ситуацію, а надалі індивід зможе повернутися до цього питання й відстояти свою думку чи позицію.

Співробітництво зазвичай вважають найпродуктивнішою стратегією, адже воно спрямоване на пошук рішення, що задовольняло б інтереси обох сторін. Дотримуючись цієї позиції, людина бере активну участь у розв'язанні конфлікту і захищає свої інтереси, але прагне при цьому співпрацювати з протилежною стороною. Співробітництво вимагає тривалої обопільної роботи з обговорення своїх інтересів та очікувань. За наявності часу й значущості проблеми співробітництво є гарним способом вироблення взаємовигідного рішення. Стратегія особливо ефективна, коли: розв'язання проблеми дуже важливе для обох сторін, і ніхто не хоче його уникати; в однієї сторони міцні, тривалі й взаємозалежні стосунки з іншою; у сторін є час для роботи над проблемою; сторони обізнані щодо проблеми та їх очікування відомі; сторони мають намір обговорити певні ідеї та попрацювати над виробленням рішення; обидва опоненти спроможні викласти суть своїх інтересів і вислухати одне одного; обидві сторони наділені однаковою владою.

Компроміс передбачає врегулювання проблеми шляхом взаємних поступок, що забезпечує спільне розв'язання конфлікту. Така стратегія найбільш доречна, якщо: сторони мають однакову владу та взаємовиключні інтереси; учасник конфлікту хоче прийняти рішення швидко, оскільки не має часу або вважає це найекономнішим і найефективнішим способом; учасника конфлікту може задовольняти тимчасове рішення; учасник конфлікту може скористатися короткочасною вигодою; інші підходи до розв'язання проблеми неефективні; задоволення власного бажання для учасника конфлікту є суттєвим, і він може дещо змінити свою мету.

Жодна із наведених стратегій не є універсальною, оскільки кожна з них може бути доречною за певних обставин.

Одну й ту саму стратегію спілкування можна втілити за допомогою різних тактик.

Під **тактикою** (грец. *taktika* — мистецтво шиккування військ) **спілкування** розуміють систему послідовних дій, що сприяє реалізації обраної стратегії, досягненню бажаної мети.

Тактики спілкування різноманітні за своєю спрямованістю й залежать від психологічних особливостей конкретних суб'єктів взаємодії, їхньої системи цінностей, установок, соціальної ситуації спілкування, соціокультурного та етнопсихологічного контексту комунікативного процесу тощо.

Тактики, обрані в одній ситуації спілкування, можуть виявитися зовсім неефективними в іншій. Кількість тактик спілкування, що використовуються під час спільної взаємодії, може бути суттєво збільшена, якщо сторони розуміють, які важливі соціальні наслідки мають міжособистісні контакти членів групи.

Звичайно, знання залежності між особистісними властивостями суб'єктів взаємодії, соціокультурним контекстом спілкування й видом стратегії спілкування, яка зазвичай визначає тактику, дасть змогу учасникам комунікативного процесу певною мірою прогнозувати характер міжособистісного впливу.

Кодекс світського спілкування

Світське спілкування відбувається у певному колі людей, що передбачає дотримання певного регламенту поведінки, представницького образу мовника, при цьому безпосередньо обговорювані теми позбавлені предметного характеру, а також часто не висвітлюють жодних чітких цілей та не спрямовані на конкретний результат. Під час зустрічей у такому форматі люди нерідко поступаються власною думкою на користь загальноприйнятих норм поточного спілкування.

Кодекс світського спілкування висуває такі вимоги до учасника:

- принцип ввічливості, такту: враховуйте інтереси іншої людини;
- принципи схвалення, згоди: не засуджуйте іншу людину, уникайте заперечень;
- принцип симпатії: будьте доброзичливим, привітним.

Кодекс ділового спілкування

Ділове спілкування відбувається передбачає обговорення конкретних справ, спрямоване на досягнення поставлених цілей щодо розв'язання певних задач та знайдення оптимального рішення стосовно подальших дій.

Кодекс ділового спілкування висуває такі вимоги до учасника:

- принцип кооперативності: ваш внесок повинен бути таким, якого вимагає спільно схвалений напрям розмови;
- принцип достатності інформації: говоріть не більше й не менше, ніж потрібно в конкретний момент;
- принцип достовірності інформації: розповідайте лише правдиву інформацію, не брешіть;
- принцип доцільності: не відхиляйтеся від теми розмови, зумійте знайти рішення;
- висловлюйте думку ясно й переконливо для співрозмовника;
- вмійте слухати й зрозуміти потрібну думку;
- вмійте врахувати індивідуальні особливості співрозмовника заради інтересів справи.

Важливо, щоб правил спілкування дотримуватися обидві сторони, попередньо їх узгодивши.

Питання для самоперевірки:

1. Що є об'єктом та предметом патопсихології?
2. У чому різниця між патопсихологією та психопатологією?
3. У чому полягає значення патопсихології для психології?
4. У чому полягає значення патопсихології для медичної практики?
5. Які передумови виникнення патопсихології ?
6. Хто з вітчизняних та зарубіжних дослідників зробив внесок у розвиток патопсихології?
7. Що таке «психічне здоров'я» та на яких рівнях воно проявляється?
8. Які основні характеристики психічно здорової людини можна виокремити?
9. Які основні стратегії поведінки в конфліктній ситуації?

ТЕМА № 2. Загальна характеристика психічних розладів

Категорія слухачів: здобувачі освіти ОС «бакалавр» 3 року навчання за спеціальністю «Психологія» ІСТ Університету «Україна».

Навчальна мета: ознайомити з основними характеристиками психічних розладів та сформуванню уявлення про етіологію та патогенез психічних захворювань.

Виховна мета: сприяти формуванню наукового світогляду, моральних, естетичних та професійних якостей особистості в контексті теми, формування зацікавленого ставлення до поглиблення та розширення знань з психології.

Розвивальна мета: розвивати інтелектуальні здібності, мовлення, пам'ять, увагу, уяву, мислення, спостережливість, активність, творчість, самостійність здобувачів освіти та прищеплювати їм раціональні способи пізнавальної діяльності в контексті даної теми.

Міжпредметні та міждисциплінарні зв'язки:

Забезпечуючі дисципліни: загальна психологія, психологія особистості, диференційна психологія, соціальна та юридична психологія, психодіагностика.

Забезпечувані дисципліни: психологія, психофізіологія, клінічна психологія, психотерапія і корекція, психопатологія, психіатрія.

Зміст заняття

1. Етіологія та патогенез психічних захворювань.
2. Перебіг психічних розладів.
3. Загальні симптоми шизофренії. Початок, перебіг хвороби. Форми шизофренії.
4. Характеристика маніакально-депресивного психозу.
5. Епілепсія. Великий та малий судомні випадки. Психічні розлади при епілепсії.
6. Олігофренія.

Література зі списку рекомендованої до дисципліни:

1. Вітенко І. С. Загальна та медична психологія : підручник для студентів медичних вузів. К. : Здоров'я, 1994. 294 с.
2. Гальчук О. Я. Клінічна психологія: [навч. посіб. для студ. вищ. навч. закладів]. К. : Атіка, 2012. 216 с.
3. Зейгарник Б. В. Патопсихологія. М. : Апрель Пресс, Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000. 518 с.
4. Карвасарский Б. Д. Клиническая психология : учебник для вузов. 5-е изд., перераб. и доп. СПб. : Питер, 2014. 896 с.
5. Карпенко Н. В. Діагностика психічного розвитку в роботі педагога (вчителя, вихователя): навч. посіб. [2-ге вид.]. К.: Каравелла, 2010. 248 с.
6. Клиническая психология / под ред.: М. Перре, У. Баумана. 2-е междунар. изд. СПб. : Питер, 2003. 1312 с.
7. Коцан І. Я. Психологія здоров'я людини. Луцьк: РВВ «Вежа» ВНУ ім. Лесі Українки, 2009. 316с.
8. Мартинюк І. А. Патопсихологія. Навчальний посібник. К. : Центр учбової літератури, 2008. 208 с.
9. Никоненко Ю. П. Клінічна психологія : навчальний посібник. К.: КНТ, 2016. 369 с.
10. Психогенні психічні розлади / Л. О. Герасименко, А. М. Скрипніков, Р. І. Ісаков : навч.-метод. посіб. К. : ВСв «Медицина», 2021. 208 с.

1. Етіологія та патогенез психічних захворювань

Психічні захворювання за своєю **етіологією**, або походженням, поділяються на **екзогенні** та **ендогенні**.

Екзогенні захворювання виникають під впливом на діяльність головного мозку різноманітних зовнішніх фізичних, хімічних і психогенних чинників. Таку роль можуть зіграти інфекційно-алергійні, інтоксикаційні, обмінні, механічні, термічні, радіаційні, церебротравматичні та інші фізично-хімічні впливи, а також сильна чутливість до несприятливих соціальних обставин, що може викликати, приміром, внутрішньо-особистісні конфлікти. Психогенні психічні розлади часто зараховують до самостійної групи, об'єднуючи їх назвою «психогенії».

На відміну від екзогенних, питання етіології *ендогенних* психічних хвороб все ще відкрите для дискусій. Серед таких захворювань шизофренія, ідіопатична (або генуїнна) епілепсія, деякі психози пізнього віку, маніакально-депресивний (або біполярний) психоз. Панує думка, що будь-які зовнішні чинники ніколи не виступають першопричиною подібних розладів, а можуть лише чинити супутній вплив на їхній початок та перебіг. Тобто, спричинити ендогенні хвороби можуть спадкові, вікові, конституційні ті інші властивості організму.

Отже, проблема етіології психічних захворювань й донині не є цілком розв'язаною. При цьому найбільшою загадкою залишаються причинно-наслідкові зв'язки багатьох факторів, що впливають на психічну діяльність.

Окремо взяті потенційно патогенні чинники не є запорукою виникнення розладу. Розвинеться хвороба чи ні, залежить від сукупності низки факторів: конституційно-типологічних (генетично й вроджено зумовлені властивості, індивідуальні особливості біохімічних, вегетативних, імунних та інших процесів, морфологічна й функціональна конституція), соматогенних (набуті у зв'язку з певним станом органів і систем організму та екологією особливості обмінних процесів) та психосоціальних (своєрідність міжособистісних стосунків людини у мікро- та макрооточенні, наприклад, сімейних, виробничих і т. ін.).

Отже, психічна хвороба є наслідком *незадовільного інтегрального пристосування* індивіда до комплексу впливів. При цьому кожне психічне захворювання має основну причину, що зумовлює його розвинення. Так, післятравматична енцефалопатія може виникнути лише після черепно-мозкової травми.

Однак варто враховувати, що, приміром при виникненні шизофренії чи маніакально-депресивного психозу в одного з однояйцевих близнюків ризик розвитку хвороби в іншого великий, але не стовідсотковий. Відповідно, спадковою є не сама ендогенна психічна патологія, а схильність до неї. Тобто, спадкова схильність ймовірніше може реалізуватися під дією додаткових шкідливих впливів. Дебют шизофренії та її рецидиви у більшості випадків провокують психічні або фізичні травми,

інтоксикація, соматичні недуги тощо. Психогенії (неврози, реактивні психози), алкогольний делірій та інші розлади свідомості часто виникають у супроводі соматичних розладів.

Деякі захворювання частіше виявляються в *жінок* (хвороби Альцгеймера, Піка, інволюційні, клімактеричний та гіпертензивний психози, а також розлади внаслідок перебудови організму під час вагітності та пологів), певні — у *чоловіків* (інтоксикаційні, атеросклеротичні, сифілітичні, алкогольні психози, алкоголізм, а також нервово-психічні розлади, пов'язані з черепно-мозковою травмою).

Прикладом зв'язку негарздів психічних із *віком* може слугувати олігофренія, яку спричинює розумова відсталість, сформована в ранньому дитинстві або внаслідок природженого недорозвинення мозку. Кризові вікові періоди, такі як пубертатний та клімактеричний, можуть проходити у супроводі розвитку неврозів чи психопатії.

Суттєві *метеорологічні зміни* особливо відчутні для хворих на судинні, церебротравматичні та інші органічні мозкові розлади. А деякі психопатологічні стани, такі як ендогенні психози із фазовим перебігом, схильні до загострень залежно від *пори року* — навесні та восени.

Подекуди потенційні психосоціальні й екзогенні чинники психічних відхилень можуть бути включені в *професійну діяльність* людини. Такими є розумове й фізичне перенавантаження, емоційне перенапруження, перегрівання й переохолодження, високий рівень вібрації, радіаційне забруднення, інтоксикація, шум, гіподинамія, гіпоксія, різні види деривації і т. ін. Так, надмірне психічне навантаження може виступити поштовхом до розвитку невротичних негарздів.

Деякі ситуації або звички можуть викликати так звані *десинхронізми*, пов'язані з порушенням розподілу фізичного й психічного навантаження. Наприклад, збій розпорядку дня і відповідний зсув режиму сну.

Патогенез, або механізм розвитку, психічних відхилень залежить від взаємодії у пренатальний і постнатальний періоди спадково детермінованих властивостей організму та несприят-

ливих фізичних, хімічних і психосоціальних впливів на особистість людини, мозок та екстрацеребральну соматичну сферу людини. Така взаємодія спричинює морфологічні, системні, біохімічні, електрофізіологічні, імунні зміни, що відбуваються у супроводі патофізіологічних порушень. Просторово-часові закономірності подібних змін зумовлюють характер проявів аномальних нервово-психічних ознак, їхню специфічність, динаміку.

Існують також і моноетіологічні, монопатогенетичні відхилення. Приміром, патогенез хвороби Дауна ґрунтується на конкретному хромосомному порушенні, а генетично зумовлені розлади обміну речовин спричиняють так звану фенілпіривиноградну олігофренію.

Отже, патогенез, і, відповідно, вид психічного недугу безпосередньо залежить від сформованих у процесі онтогенезу та філогенезу *своєрідних індивідуальних реакцій* на різні ситуації екзогенного та ендогенного характеру. Примітним є те, що нервово-психічна сфера кожної людини відповідає на різноманітні патогенні впливи своїм типовим обмеженням і стереотипним комплексом реакцій.

2. Перебіг психічних захворювань

Перебіг психічних хвороб, в тому числі одного й того самого захворювання, може бути різним, але разом з тим можливе виокремлення його певних типів або форм:

1) *прогредієнтна (процесуальна, хронічна)* форма: поступове поглиблення психопатології з формуванням дефекту особистості. Такій формі перебігають шизофренія, епілепсія, алкоголізм, хвороби Піка, Альцгеймера і т. ін.;

2) *фазова (циркулярна, інтермітивна)*: закономірне виникнення нападів або фаз хворобливого стану, у проміжку між якими людина відносно здорова. Наприклад, маніакально-депресивний, чи біполярний, психоз, інколи шизофренія і т. ін.;

3) *реактивна*: реактивний стан виникає через психічну травму; психогенно-травмівна ситуація відображається в клінічній

картині захворювання, у змісті його симптомів; реактивний стан припиняється зі зникненням його причини (Карл Ясперс, триада критеріїв реактивних станів);

4) *розвиток*: поступове наростання психопатологічної симптоматики (без формування дефекту особистості). За несприятливого поєднання обставин, що зумовлюють розвиток хвороби, може виникати соціальна дезадаптація — невротичні, психопатичні розлади;

5) *епізод*: розлад психіки спровокував певний патологічний чинник, що раптово почав діяти. Хворобливий стан не набуває систематизованого характеру, а є лише окремим епізодом у житті людини. Наприклад, печінкова або гіпоглікемічна кома (гострий патологічний стан, що виникає при різкому зниженні рівня в (нижче 2.2 ммоль/л) та призводить до втрати тощо).

Психічні хвороби можуть закінчуватися повним одужанням або із залишковими розладами у вигляді стійкого, різного ступеня психічного зниження. Залишкові зміни називають *резидуальними*, у таких випадках йдеться про одужання з дефектом. Часто психічна хвороба триває до смерті в результаті якого-небудь соматичного захворювання, проте летальний результат безпосередньо психічної хвороби буває рідко.

3. Загальні симптоми шизофренії.

Початок, перебіг хвороби. Форми шизофренії

Шизофренія (грец. *shcizo* — розщеплюю, *fren* — душа) — це прогресивне ендогенне психічне захворювання, для якого характерні стійкі зміни психіки: порушення зв'язності психічних процесів, зниження психічної активності і т. ін. Термін «шизофренія» запропонував швейцарський психіатр Е. Вейлер (1911), тому групу психозів, що об'єднуються цим поняттям, називають ще хворобою Блейлера. Її поширення, залежно від діагностичного підходу, оцінюють від 3 до 20 випадків на 1000 населення, в середньому 1–2%.

Зазвичай таку хворобу характеризують, спираючись на концепцію *груп симптомів*. Серед них традиційно виокремлюють

основні, *негативні* (або *дефіцитарні*), та додаткові, *позитивні* (або *продуктивні*). Також як окрему категорію деякі науковці підкреслюють групу когнітивних симптомів. Позитивними називають симптоми, виражені в наявності певних специфічних ознак, а негативними — такі симптоми, що демонструють відсутність, неможливість деяких нормальних для здорової людини явищ.

Негативними, або дефіцитарними, симптомами шизофренії є:

– відсутність адекватних емоцій та їх вираження, або наявність емоцій, думок і настрою, що не відповідають ситуації або подіям (наприклад, плач замість сміху над жартом);

– *аутизм* — суб'єктивне відчуття відчуження і самотності, що породжує у хворого опозиційну настанову щодо зовнішнього світу, призводить до втрати контакту з людьми, віддалення від сім'ї, друзів і соціальної діяльності, надмірне заглиблення у свій внутрішній світ;

– зниження енергійності;

– відсутність мотивації;

– *apatія* — втрата задоволення від життя або інтересу до неї;

– нехтування особистою гігієною та доглядом за зовнішністю;

– неспроможність виконувати власну функцію під час роботи, навчання або в інших видах діяльності;

– неспроможність зберігати адекватну постійність настрою, натомість його надмірна мінливість (наприклад, крайній ступінь смутку чи радості, надто швидка зміна настрою);

– *кататонія* — стан нерухомості, при якому людина тривалий час перебуває в одному й тому ж положенні;

– *амбівалентність* — розщеплення емоцій (наприклад, одночасне відчуття любові й ненависті).

До групи *позитивних, або продуктивних, симптомів шизофренії* відносяться:

– *марення, маячні ідеї* — це помилкова й непохитна впевненість у чомусь, незважаючи на наявність логічних і достовірних доказів зворотного. Наприклад, людина, що страждає

маренням, може вірити в те, що інші люди чують її думки, що вона є богом чи дияволом, або що інші люди вкладають в її голову свої думки;

– *галюцинації* — це помилкові чуттєві сприйняття неіснуючих речей, такі як бачення неіснуючих об'єктів, слухання голосів, відчуття стороннього присмаку в роті, відчуття дотику до шкіри при відсутності контакту з речами або людьми. Уявні голоси — найпоширеніша галюцинація у хворих на шизофренію. Голоси, які нібито чує хворий, можуть давати оцінку його дій, ображати, карати;

– *афективні симптоми* — пов'язані з емоційними розладами, зокрема депресія. Такі симптоми можуть стати причиною спроб суїциду в людей, хворих на шизофренію.

Часто порушення у хворих на шизофренію розумової діяльності й здатності до адекватної реакції зумовлюють ***когнітивні симптоми***:

– безладна мова, безглуздий набір слів і незакінчені речення, що ускладнюють спілкування з людьми, у мовленні можуть з'являтися нелогічні неологізми — самостійно вигадані слова;

– обривистість думок, перескакування з однієї думки на іншу;

– уповільнені рухи;

– нездатність до прийняття рішень;

– активне писання безглузких текстів;

– забудькуватість або схильність губити речі;

– нелогічне повторення рухів і жестів, таких як, наприклад, ходіння по колу;

– регулярні проблеми з розумінням зорових образів, звуків і відчуттів у повсякденному житті.

Початкові прояви шизофренії надзвичайно різноманітні за клінічними ознаками, що нерідко зумовлює значні діагностичні труднощі. Попри поліморфізм дебюту шизофренії, уже в початкових стадіях захворювання найчастіше вдається виявити деякі типові симптоми. Хоча спочатку вони і нерізко виражені, все ж таки дозволяють більш чи менш точно поставити діагноз процесу, що починається.

Найчастіше спостерігається кілька типів дебюту шизофренії.

I. Типи поступового розвитку хвороби

Тип поступового розвитку афективно-вольового збідніння особистості. За наявності преПСИХОТИЧНОЇ НЕПОВНОЦІННОСТІ в пубертатний період (13–14 років) у людини з обтяженою спадковістю, у якої з дитинства спостерігалася загальна недостатність психосоматичного розвитку, поступово починають знижуватися активність та інтерес до оточення.

Тип поступового розвитку афективно-вольового збідніння у преПСИХОТИЧНО ПОВНОЦІННОЇ ОСОБИСТОСТІ. Молода людина, у якої до хвороби не помічали жодних відхилень від норми і яка добре навчалася в школі у початкових класах, у пубертатному або юнацькому віці стає лінивою і не уважною. Починає відставати в навчанні, втрачає до нього інтерес, як і до всього іншого. Стає надто мрійливою. Часом бувають спалахи роздратування, іноді — на тлі емоційного збідніння, що починає розвиватися. Подібні психічні порушення в перехідний період повинні бути предметом детального аналізу лікаря.

Тип характерологічних змін з антисоціальними тенденціями, що розвиваються поступово. Такий початок захворювання найчастіше спостерігається у молодих людей. Насамперед виникають емоційні розлади і змінюється характер. Стають необґрунтовано ворожими стосунки з батьками й близькими. З'являються грубість і дратливість. Іноді хворі зникають з дому і перебувають по кілька днів невідомо де. За поведінкою цей стан нагадує психопатичний з антисоціальними тенденціями, що спостерігаються у дітей з хронічною формою епідемічного енцефаліту.

Тип характерологічних змін з манірно-дивацьким забарвленням, що розвивається поступово. Хворий втрачає інтерес до навчання і не цікавиться своїми звичними справами. Стає замкненим. З'являється цікавість до питань, що не належать до сфери попередніх захоплень. Мова стає вигадливою, «пишною». Нерідко буває негативізм, що виявляється у небажанні рахуватися із загальноновизнаними авторитетами. Поведінка стає неадекватною.

Тип психастеничного дебюту. У віці 20–25 років спостерігається особливий тип початку шизофренії — поява нав'язливих ідей і фобій. Пацієнти, яких мучать нав'язливі страхи невизначеного характеру, висловлюють побоювання збожеволіти. Нерішучість і сумніви їх при цьому є проявом амбівалентності. Характерні також затримка мислення, аутизм і ослаблення соціальних зв'язків.

Тип неврастенічного (астено-іпохондричного) дебюту. Характерна астения, яку супроводжують швидка втомлюваність і болісні відчуття в різних частинах тіла, суб'єктивне переконання людини, що захворіла на невиліковну недугу. Пацієнт замикається в собі, стає неактивним і неохайним. Всі дні проводить у неробстві, аналізуючи тілесні відчуття, не цікавлячись своїми близькими й оточуючим світом. На відміну від цього стану, хворі на неврастенію виявляють адекватність і велику активність у прагненні позбутися хворобливих відчуттів.

Тип істероїдного дебюту. Цей тип початку хвороби притаманний переважно молодим дівчатам, але може спостерігатися і в чоловіків. Перші вияви хворобливого процесу — нестійкість настрою, напади немотивованого смутку і сліз. При цьому бувають і різноманітні істеричні (конвергійні) напади. Поступово приєднується амбівалентність, поведінка стає непослідовною; очевидне зниження активності, властиве шизофренії.

Тип галюцинаторно-маячного дебюту. Захворювання може починатися з галюцинаторних і маячних проявів. При цьому, у хворого виникають психосенсорні розлади. Нерідко долучаються «оклики» чи сформовані «голоси», інші галюцинаторні, а також псевдогалюцинаторні переживання. Поступово формується маячення відношення, впливу і переслідування.

II. Типи гострого початку захворювання

Тип маніакально-подібного дебюту. Початок шизофренії переважно виражається в раптовому маніакально-подібному збудженні. Хворий стає надто рухливим, балакучим. Його мислення нагадує «стрибання ідей». Однак збудження часто змінюється інертністю. Настрій при цьому нестійкий, з переважанням дратливості.

Тип депресивного дебюту. Хвороба починається гостро, з депресії. Пацієнт стає малорухомим, часто виявляє мутизм, відмовляється від їжі, іноді імпульсивно прагне самогубства. Поведінка неприродна, непослідовна, спостерігаються парамімії.

Тип гострого деліріозного дебюту. Шизофренія може починатися як гостре захворювання, що нагадує екзогенний токсико-інфекційний психоз. При підвищенні температури тіла виникає картина гострого збудження із сплутаністю свідомості, деліріозними проявами, іноді — станом, що нагадує менінгіт. Однією з ознак, котрі свідчать про дебют шизофренії, є наявність кататонічних, а часом і гебефренічних симптомів. Такий початок шизофренічного процесу треба диференціювати з шизофреноподібним синдромом екзогенної етіології.

Тип епілептиформного дебюту. У низці випадків шизофренія починається з появи нападів, що мають характер епілептиформних чи запаморочних. За наявності загальної млявості та інертності у хворого періодично виникають пароксизми.

Слід зауважити, що в початкових стадіях шизофренії названі вище прояви дебюту захворювання можуть поєднуватися один із одним. Описані розлади можуть зникнути і виникнути знову, поступово або відразу оформитися в чітку клініку шизофренічного психозу.

Перебіг шизофренії може відбуватися за безперервно прогресивним, нападоподібно прогресивним (шубоподібним), а також рекурентним (нападоподібний).

При *безперервно прогресивному типі перебігу* шизофренії симптоми захворювання, хронічно прогресуючи й досягнувши своєї максимальної виразності, утримуються на цьому рівні або їх вираженість трохи зменшується (але в цілому зберігаються). У міру згладжування продуктивної симптоматики (марення, галюцинацій) наростають власне шизофренічні симптоми (емоційна тупість, порушення мислення). Розвивається поступово, протягом багатьох років і, зрештою, призводить до специфічної деменції. Іноді спостерігається злоякісний варіант безперервно прогресивного типу. Найчастіше це буває в підлітковому та юнацькому віці.

Для *нападоподібно прогресивного перебігу* шизофренії характерна наявність нападів захворювання, що завершуються ремісією (поліпшується стан хворих, слабшає симптоматика), а іноді навіть призупинка подальшого розвитку процесу. Однак через деякий час все одно розвивається шизофренічний дефект. Прогресує з кожним нападом.

Рекурентний (нападоподібний) тип передбачає хронічний перебіг хвороби з поштовхоподібними спалахами, переважно у вигляді атипових, маніакальних або депресивних фаз, після кожної з яких настає період ремісії. Дефект особистості виражений мінімально. За такого перебігу шизоафективного психозу прогресування захворювання виявляється, головним чином, у поступовому скороченні періодів ремісії і збільшенні тривалості спалахів.

Перебіг хвороби може погіршуватися за будь-якої форми шизофренії. Але існують випадки, коли він не змінюється протягом десятиліть. Це так звані стаціонарні форми шизофренії. Поліпшення, тобто ремісії, можуть настати в будь-якій стадії розвитку шизофренії.

Залежно від редукції психопатологічної симптоматики, наявності дефекту психіки та динаміки виявів рівня життєдіяльності хворих розрізняють такі **види ремісій**:

– *повна (ремісія А)* — цілковите зникнення продуктивної психотичної клініки за збереження у частини хворих незначно вираженої апатико-дисоціативної симптоматики, що суттєво не знижує якості життя (здатність до самообслуговування, орієнтації, контролю за поведінкою, до спілкування, пересування, працездатність);

– *неповна (ремісія В)* — значне зниження прояву продуктивної психопатологічної симптоматики за збереження помірно виражених негативних психотичних розладів і погіршення критеріїв рівня життєдіяльності (обмежена працездатність тощо);

– *неповна (ремісія С)*: помітні редукція, інкапсуляція продуктивних психопатологічних виявів, добре виражений дефект особистості, значно знижений рівень життєдіяльності (в тому числі повна втрата працездатності);

– *часткова (ремісія Д)* — зменшення гостроти перебігу хвороби, певна дезактуалізація психотичних та інших симптомів. Хворі потребують продовження основного курсу лікування (внутрішньолікарняне поліпшення).

Відповідно до міжнародної класифікації хвороб (МКХ-10) виокремлюють такі **форми шизофренії**:

– *параноїдна*: характерною є наявність маячних ідей переслідування, величі, уявного спілкування, стосунків, істинних слухових галюцинацій та псевдогалюцинацій, а також імовірність зорових, нюхових і тактильних галюцинацій;

– *гебефренічна* (або гебефренна): розвивається в підлітковому віці, проходить у супроводі порушень поведінки, непередбачуваність, звички гримасувати, манірності, розірваності мислення та мовлення;

– *кататонічна*: характерними є негативізм, мутизм (мовчання), застигання в одній позі, кататонічний ступор або збудження, копіювання чужих висловлень, міміки, рухів;

– *недиференційовані форми*: спостерігаються симптоми шизофренії, але при цьому без вираженого переживання яких-небудь із них;

– *постшизофренічна депресія*: унаслідок розвитку шизофренії виникає депресивний стан, крім того наявні деякі шизофренічні симптоми;

– *проста форма*: хворі на шизофренію замкнуті, байдужі стосовно себе й оточуючих, схильні до неадекватної поведінки та бродяжництва, їхнє мислення паралогічне (нав'язливо упереджене) та амбівалентне (незв'язне, розщеплене);

– *залишкова* (або *резидуальна*): протягом шизофренічного процесу спостерігаються хронічні негативні симптоми (приміром, емоційне сплюснення).

4. Характеристика маніакально-депресивного психозу

Маніакально-депресивний психоз (МДП) — це психічне захворювання, для якого характерні чергування проявів маніакальних і депресивних фаз із періодами здорового стану, під

час яких людина зазвичай відчувається добре й фізично, й психічно. Для хвороби нехарактерно наростання змін особистості навіть в умовах тривалого перебігу та частій зміни фаз.

Вік людей, що страждають на такий недуг, часто коливається в діапазоні 30–50 років.

Одностаїної думки щодо причин і механізмів розвитку маніакально-депресивного психозу не існує.

Однак визначено **фактори ризику виникнення** такого захворювання:

– *генетична схильність*: отримано дані про те, що передавання деяких форм МДП пов'язане з Х-хромосомою;

– *властивості характеру особистості*: найбільш схильні до хвороби люди з циклічними змінами настрою (так званий циклоїдний тип психіки), меланхоліки, психастеніки (вразливі, недовірливі, невпевнені в собі особистості);

– люди, що страждають на *хвороби ендокринної системи*;

– такі, що переживають *перестройку організму* в пубертатному віці, після клімаксу;

– такі, що страждають на *післяродову депресію*;

– люди, що мали *травми або захворювання головного мозку*.

Маніакально-депресивний психоз має декілька **варіантів перебігу**:

1) *уніполярний*: у хворого наявні або лише депресії, або лише маніакальні фази, які чергуються з періодами психічного здоров'я (так званою інтермісією);

2) *біполярний правильний*: таке захворювання має чітку послідовність зміни фаз (наприклад, манія, інтермісія, депресія, інтермісія, манія і т. д.);

3) *біполярний неправильний*: характерною є така закономірність: після депресії та здорового періоду може повторно розвинути депресія, а лише потім манія;

4) *циркулярний тип*: така форма захворювання не передбачає здорових проміжків і розглядається як найважча.

Одна фаза хвороби може тривати від 3 місяців до 2 років. При цьому маніакальні фази зазвичай коротші, у той час як здоровий період переважно триває найдовше — в середньому

3–5 років, хоча може протриматися й протягом усього подальшого життя.

Традиційними *симптомами депресивної фази маніакально-депресивного психозу* вважають:

- пригнічений настрій;
- загальмованість мислення й мовлення;
- **рухову повільність.**

Для такої фази характерно поступове посилення симптоматики до певного піку й таке саме поступове згасання всіх знак хвороби. Навколишня реальність сприймається в негативному, похмурому забарвленні. Хворі байдужі до радісних подій та успіхів близьких, зневірені в сенсі свого теперішнього й майбутнього. Уникають контактів з оточуючими, тримаючись осторонь. Їхнє обличчя переважно має вираз страждання, голос монотонний, при спілкуванні відповідь на запитання потребує довгого часу. Протягом дня хворі нічим не зайняті, цілі години можуть проводити в ліжку, не змінюючи пози.

Часто такі люди засуджують себе, вважають, що нікому не потрібні й не приносять жодної користі. Вважаючи себе обтяжувальним фактором для близьких, можуть озвучувати думки про смерть. Також для хворих наявні суттєві коливання настрою протягом дня: вранці вони можуть почуватися значно гірше, ніж ввечері. Під час депресивної фази МДП вони втрачають апетит, помітно худнуть, страждають не безсоння. Проте найнебезпечнішим ускладненням у такий період є спроби суїциду.

Як *симптоми маніакальної фази маніакально-депресивного психозу* підкреслюють:

- підвищений настрій;
- психічне збудження;
- надмірну рухову активність.

На початку фази хворі виглядають веселими, радісними, товариськими, усе сприймають у позитивному аспекті, легко знайомляться, кокетливі, прагнуть привернути до себе увагу як за допомогою яскравого зовнішнього образу, так і розповідей про власні досягнення та перебільшені успіхи. Хаотичне «перескакування» хворих з однієї теми на іншу зумовлює те, що

встежити за ходом їхніх думок деколи доволі важко. Люди, що переживають такий період недугу, зазвичай активно прагнуть діяльності, позбавленої сенсу, приміром, постійної перестановки меблів в оселі чи інших речей, безцільного переписування непотрібного тексту і т. ін. Таку активність вони можуть проявляти і вдень, і вночі, не відчуваючи потреби в сні та відпочинку.

Для маніакального стану характерна відсутність здорової критичності суджень, що загрожує спричинити суспільно небезпечні вчинки. Так, хворі можуть чинити шахрайство, крадіжки, в тому числі непотрібних речей чи безцільно витратити вкрадені гроші, підписувати незаконні документи або проявляти крайню безвідповідальність за певні дії, спричиняючи подекуди серйозні злочини чи інші незворотні тяжкі наслідки.

Також примітною є ймовірність нападів гніву та агресії. Переживаючи гострий період маніакальної фази, людина систематично спить лише 3–4 години на добу. Із плином часу хворий поступово повертається до гармонійного самопочування та нормального психічного стану. Характерною є сезонність рецидивів, частіше в весняні та осінні періоди. Лікування тяжких форм захворювання здійснюють у стаціонарі, легкі його прояви — амбулаторно.

5. Епілепсія. Великий та малий судомні припадки. Психічні розлади при епілепсії. Зміни особистості

Епілепсія (від грец. *epilepsia* — нападати, хапати, оволодівати) — хронічне, нервово-психічне захворювання, яке виявляється різноманітними нападами і своєрідними змінами характеру. Це пов'язане з тим, що нейрони мозку дають частіші, порівняно з нормою, і безладні електричні імпульси. Частішання цих імпульсів і їх деструктуризація може виникати й в абсолютно здоровій людині, але це не викликає епілептичного нападу.

Причина в тому, що здорова центральна нервова система має низку ресурсів для блокування надмірного підвищення імпульсів нейронів, нормалізуючи їх. В епілептиків цей захисний режим не спрацьовує та збій неминуче призводить до нападу.

У більшості випадків епілепсія є вродженою. Її причиною служать генетичні відхилення або кровозмішення. Також епілепсія може бути результатом порушення хімічного балансу в організмі, наприклад, через деякі медикаменти, гіпоксію, тривалу алкогольну чи наркотичну залежність, травми черепно-мозкової коробки, новоутворення в мозку. Хворобу в немовлят може спровокувати інфекція в утробі матері або нестача кисню в період вагітності. Проте виокремлюють і криптогенну епілепсія — хворобу без чітко встановленої причини.

Найчастішими і характерними виявами епілепсії є різноманітні *пароксизмальні розлади* — це раптові (виникають неочікувано для хворого, у будь-якій ситуації і в будь-який час), короткочасні (кілька секунд або хвилин — хворі говорять про тривалість пароксизму, як про «мить»), скороминучі (пароксизм припиняється так само раптово, як і починається) порушення.

До *пароксизмальні розладів* відносять такі:

– *великий судомний напад*: хворий непритомніє на час до 5 хвилин, він раптово падає, частіше обличчям вниз, але потім перевертається на спину. При цьому можуть спостерігатися незвичайний стогін або звуки, схожі на хропіння, закидання голови назад, виражене посиніння шкіри обличчя (звідси інша назва епілепсії — «чорна хвороба»), заочухування очей, прикушування язика, виділення білої чи червоної піни з рота, витягування тіла, мимовільне виділення сечі, судомні скорочення рук та ніг. Після такого нападу людина може заснути, але може й продовжити свою діяльність, не пам'ятаючи, що відбувалося з ним під час нападу;

– *малий судомний напад*: частіше зустрічається в дітей, проявляється раптовою втратою свідомості. При цьому хворий залякає на одному місці, але не падає; його погляд спрямований в одну точку, обличчя бліде. В окремих м'язах обличчя і рук виникають короткочасні судомні посмикування, інколи спостерігаються нецілеспрямовані рухи. Таке триває кілька секунд, після чого свідомість швидко відновлюється і хворий продовжує перервану діяльність, проходить у супроводі втраченої пам'яті на період нападу;

— *абсанс* — раптово виникаюче, короткочасне (на 2–15 секунд), періодично стереотипно повторюване відключення свідомості: хворий залякає у тій позі, в якій його застав пароксизм, відповідно, виникає зупинка в розмові, перерва в роботі, можуть випасти з рук речі. Від малого судомного нападу відрізняється відсутністю судомних посмикувань м'язів обличчя й рук;

— *психомоторний напад*: характерним є раптове виникнення певних звичних автоматизованих рухів, що поєднуються з порушенням свідомості та відбуваються паралельно із втратою пам'яті на події нападу. Серед них найбільш часті амбулаторні автоматизми — транс (у зберігається елементарне орієнтування у нескладних ситуаціях, але всі рухи, дії відбуваються автоматично, без їх усвідомлення протягом годин чи днів) та сомнамбулізм (або лунатизм);

— *психічні еквіваленти* — це розлади, що можуть виникати як у зв'язку з нападами, так і без них: у хворого порушується свідомість, може безцільно бігти, намагатися скинути або струхнути щось із себе, стверджувати, ніби на нього нападають; при цьому хворий злий, агресивний, може бути небезпечним для навколишніх. Тривалість таких станів — від кількох хвилин до 1–2 годин з повною втратою пам'яті на події, які в цей час відбувалися;

— *епілептичний статус*: спостерігаються часті судомні напади, між якими хворий не приходять до свідомості (можливі 300 й більше нападів на добу). Такий стан є загрозою для життя хворого, і якщо не вжити відповідних заходів для виходу з нього, може настати смерть внаслідок набряку головного мозку, порушення дихання та діяльності серця.

Унаслідок тривалого перебігу епілепсії у людей, що страждають на такий недуг, поступово формується так званий епілептичний характер. Мислення стає повільним, і при цьому деталізованим, хворий може довго говорити про щось одне, конкретизувати дрібні події, але йому важко перейти з однієї теми розмови на іншу, розмежувати головне і другорядне. У такої особистості найчастіше різко виражені дратівливість, злісність, запальність, гнівливість, злопам'ятність. Хворий егоцентричний (турбуються тільки про себе) та причепливий, водночас вони мо-

жуть бути занадто ввічливим, улесливими, особливо до людей, яких вважає нібито вищими й розумнішими від себе. Може бути помітна схильність до вживання зменшувально-пестливих слів, а також надмірний педантизм.

При подальшому прогресуванні епілепсії настають особливі зміни пам'яті та інтелекту. Хворий багато років може пам'ятати дати й частоту нападів, а також інші факти, що стосуються хвороби, але у той же час втрачається пам'ять на суспільні події, професійні та шкільні знання. Настає так зване епілептичне недоумство, що виражається у втраті всіх інтересів, окрім турботи про власне здоров'я.

6. Олігофренія

Олігофренія (від грец. *oligophreniae*: *oligos* — малий, *phrēn* — розум) — набутий у ранньому дитинстві або вроджене слабоумство, що виражається в значному недорозвиток психіки, що зачіпає в першу чергу інтелект людини. Олігофренія — це не прогресивний процес, а наслідок перенесеної хвороби. Ступінь розумової недостатності зазвичай оцінюється кількісно за допомогою інтелектуального коефіцієнту за стандартними психологічними тестами. Олігофренію часто супроводжують вади фізичного розвитку.

Причинами олігофренії називають:

— *спадкові фактори*, в тому числі патологія генеративних клітин батьків (до такої групи олігофренії відносяться хвороба Дауна, істинна мікроцефалія, ензимопатичні форми);

— *внутрішньоутробне ураження зародка й плода* (гормональні порушення, краснуха та інші вірусні інфекції, вроджений сифіліс, токсоплазмоз);

— *шкідливі фактори перинатального періоду й перших 3 років життя* (асфіксія плоду й новонародженого, родова травма, імунологічна несумісність крові матері та плоду — конфлікт за резус-фактором, травми голови в ранньому дитинстві, вроджена гідроцефалія, дитячі інфекції).

Виокремлюють такі **ступені тяжкості олігофренії**:

— *ідіотія* — найглибший ступінь олігофренії, для якої характерна майже повна відсутність мовлення та мислення. Ідіотам

недоступна усвідомлена діяльність. Емоційне життя обмежується примітивними реакціями задоволення й незадоволення. В одних переважають злобно-гнівні спалахи, в інших — в'ялість і байдужість до всього навколишнього. Хворі вимовляють лише окремі звуки та слова, часто не розуміють мовлення оточуючих, не відрізняють родичів від сторонніх. Не володіють елементарними навичками самообслуговування, не можуть самостійно їсти, подекуди навіть не спроможні самостійно пережовувати їжу, потребують постійного догляду;

— *імбецильність* — середній за тяжкістю ступінь олігофренії. Імбецили розуміють мовлення оточуючих, самі можуть вимовляти короткі фрази. Деякі хворі здатні здійснювати елементарні рахункові операції, засвоювати найпростіші навички самообслуговування та певної трудової діяльності. Їхні емоції більш диференційовані, вони прив'язані до родичів, адекватно реагують на похвалу або осуд. Мислення імбецилів примітивне, вони позбавлені ініціативності, інертні, легко підвладні навіюванням, губляться при змінах обстановки, потребують постійного догляду.

— *дебільність* — найлегший ступінь слабоумства. Дебіли зазвичай закінчують спеціалізовану школу, спроможні вести самостійне життя. У них переважає конкретно-описовий тип мислення, у той час як здатність до абстрагування майже відсутня. Для деяких хворих за умов затримки загального психічного розвитку та малої продуктивності мислення характерна часткова здібність до чогось (наприклад, відмінна зорова чи механічна пам'ять, здатність здійснювати в розумі складні арифметичні операції і т. ін.). Серед них розрізняють еретичних (збудливих), в'ялих апатичних, мстивих, злобно-впертих і торпідних (загальмованих).

При всьому розмаїтті клінічних форм олігофренії існують спільні для всіх хворих симптоми психічного недорозвитку.

По-перше, слабоумство охоплює не лише недорозвиток пізнавального процесу, але й особистість загалом, відповідно, страждає інтелект, сприйняття, увага, мислення, пам'ять, мовлення, моторика, воля, емоції.

По-друге, провідна роль у структурі психічного дефекту належить недостатності абстрактного мислення, неспроможності до узагальнювання. Мислення конкретне, деталізоване, образне, ситуативне. Мовлення відрізняється бідним лексичним запасом, елементарною побудовою фраз, неграмотністю. Увага та пам'ять загалом послаблені, проте буває добре розвинена механічна пам'ять із вибірковою запам'ятовуванням, приміром, цифр, номерів телефонів, імен. Для хворих характерним є зниження ініціативності, прагнень. Незрілість особистості проявляється в легкій підвладності навіюванням без логічного осмислення ситуації, фактів, неспроможності прийняти адекватне рішення у звичайних ситуаціях, недостатній критичності до свого стану.

Також із затримкою відбувається фізичний розвиток. Ступінь затримки та тяжкість негарздів розвитку залежать від ступеню слабоумства.

Питання для самоперевірки:

1. Сформулюйте основні критерії розрізнення одного розладу від іншого.
2. Які основні типи протікання психічних розладів?
3. Які найбільш розповсюджені причини психічних розладів?
4. Які загальні зміни психічної діяльності при шизофренії?
5. Які особливості розладів сприймання при шизофренії?
6. Які особливості розладів мислення та мовлення при шизофренії?
7. Як можуть проявлятися розлади емоцій при шизофренії?
8. Як при шизофренії проявляються мотиваційно-вольові зміни?
9. Які фактори виникнення епілепсії?
10. Що таке аура?
11. Через які психічні прояви можуть виявлятися епілептичні еквіваленти?
12. Якими ознаками характеризуються розлади мислення при епілепсії?

13. Якими особистісними змінами може супроводжуватись епілепсія?
14. Які основні фактори ризику у виникненні маніакально-депресивного психозу?
15. Які основні фази перебігу МДП?
16. Тріада Ясперса для визначення маніакальної фази та її коротка характеристика.
17. Тріада Ясперса для визначення депресивної фази та її коротка характеристика.
18. Фактори ризику виникнення олігофренії.
19. Характеристика олігофренії різних ступенів важкості.

ТЕМА № 3. Психосоматичні розлади та психогенії

Категорія слухачів: здобувачі освіти ОС «бакалавр» 3 року навчання за спеціальністю «Психологія» ІСТ Університету «Україна».

Навчальна мета: сформувати уміння визначати психологічні причини соматичних розладів, психосоматичні та соматопсихічні взаємовпливи, розрізнити симптоми психосоматичних розладів та розладів іншого генезу.

Виховна мета: сприяти формуванню наукового світогляду, моральних, естетичних та професійних якостей особистості в контексті теми, формування зацікавленого ставлення до поглиблення та розширення знань з психології.

Розвивальна мета: розвивати інтелектуальні здібності, мовлення, пам'ять, увагу, уяву, мислення, спостережливість, активність, творчість, самостійність здобувачів освіти та прищеплювати їм раціональні способи пізнавальної діяльності в контексті даної теми.

Міжпредметні та міждисциплінарні зв'язки:

Забезпечуючі дисципліни: загальна психологія, психологія особистості, диференційна психологія, соціальна та юридична психологія.

Забезпечувані дисципліни: психологія, психофізіологія, клінічна психологія, психотерапія і корекція, психопатологія, психіатрія.

Зміст заняття

1. Фізіологічні основи виникнення психосоматичних розладів.
2. Теорії неврозів.
3. Причини виникнення неврозів.
4. Види та клінічні прояви неврозів.
5. Гострі реактивні стани та затяжні реактивні стани.
6. Етіологія та патогенез психопатій.

Література зі списку рекомендованої до дисципліни:

1. Вітенко І. С. Загальна та медична психологія : підручник для студентів медичних вузів. К. : Здоров'я, 1994. 294 с.
2. Гальчук О. Я. Клінічна психологія: [навч. посіб. для студ. вищ. навч. закладів]. К. : Атіка, 2012. 216 с.
3. Зейгарник Б. В. Патопсихологія. М. : Апрель Пресс, Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000. 518 с.
4. Карвасарский Б. Д. Клиническая психология : учебник для вузов / Б. Д. Карвасарский. 5-е изд., перераб. и доп. СПб. : Питер, 2014. 896 с.
5. Клиническая психология / под ред. : М. Перре, У. Баумана. 2-е междунар. изд. СПб. : Питер, 2003. 1312 с.
6. Клиническая психология : учебник для вузов. 4-е изд. / Под ред. Б. Д. Карвасарского. СПб. : Питер, 2011. 864 с.
7. Критерії діагностики та принципи лікування розладів психіки і поведінки у дітей та підлітків : клінічний посібник / Під ред. П. В. Волошина та ін. Харків, 2001. С. 64–102.
8. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика : Справочник практического психолога. М. : Изд-во Эксмо, 2005. 992 с.
9. Мартинюк І. А. Патопсихологія : навчальний посібник. К. : Центр учбової літератури, 2008. 208 с.
10. Максименко С. Д. Медична психологія. Вінниця: Нова Книга, 2008. 520 с.
11. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология : учебное пособие. М. : МЕДпресс-информ, 2008. 432 с.
12. Никоненко Ю. П. Клінічна психологія : навчальний посібник. К. : КНТ, 2016. 369 с.

1. Фізіологічні основи виникнення психосоматичних розладів

Психосоматичні розлади (від грец. *psyche* — душа, *soma* — тіло) — це порушення функцій внутрішніх органів і систем, виникнення й розвиток яких передусім пов'язані з нервово-психічними факторами, переживанням гострої чи хронічної психо-

логічної травми, специфічними особливостями емоційного реагування особистості.

Соматичне та психічне, хоча і є якісно відмінними явищами, але реально репрезентують лише різні сторони єдиної людини. Відривати ці сторони одну від однієї, досліджуючи проблеми хвороби, є принципово неправильним. Представники як психології, психіатрії, так і соматичної медицини поділяють думку про те, що при деяких розладах існує поєднання як психоемоційних, так і соматичних порушень. Соматичні порушення, виникнення яких пов'язане з психоемоційними порушеннями, уперше назвав «психосоматичними» 1818 року німецький лікар Йоганн Хайнрот.

Пізніше, 1922 року, Максиміліан Якобі вводить термін «соматопсихічне», щоб підкреслити домінування тілесного чинника у виникненні деяких нервово-психічних захворювань.

Зміни в психосоматичній регуляції закладають підґрунтя виникнення психосоматичних захворювань, або психосоматизмів. Узагальнено механізм формування психосоматизмів можна уявити так: психічний стресовий фактор викликає афективне напруження, що активізує нейроендокринну й вегетативну нервову систему з подальшими змінами в судинній системі та внутрішніх органах.

Первинно такі зміни мають функціональний характер, проте за умови тривалого й частого повторення вони можуть стати органічними, незворотними.

Психосоматизми та психосоматичні розлади, що лежать у їхній основі, умовно розподіляють на такі ***групи***:

1) органічні психосоматичні захворювання (психосоматизми): у їхньому розвитку провідну роль відіграють психогенні компоненти. В основі лежить первинно тілесна реакція на конфліктне переживання, пов'язана з морфологічно встановленими патологічними змінами в органах. Відповідна спадкова схильність може впливати на вибір органу.

Перші прояви психосоматизмів виникають у будь-якому віці, але частіше вони починають фіксуватися вже в ранній юності в осіб з виразними і постійними особистісними харак-

теристиками. Хвороба набуває хронічного чи рецидивного характеру, і вирішальним поштовхом до виникнення чергових загострень є психічний стрес, тобто, етіопатогенез власне психосоматичних розладів значною мірою, особливо на ранніх етапах захворювання, пов'язаний із психологічно значимими для особистості подразниками з навколишнього середовища.

Однак, функціональні порушення внутрішніх органів на пізніших етапах хвороби приводять до їхньої деструкції, тобто, органічних змін і захворювання набуває рис типово соматичного, фізичного страждання. Зазвичай до такої групи відносять сім класичних психосоматичних захворювань: есенціальна гіпертонія, бронхіальна астма, виразкова хвороба дванадцятипалої кишки і шлунку, неспецифічний виразковий коліт, нейродерміт, ревматоїдний артрит і гіпертиреоїдний синдром (за Францом Александером, 1968);

2) *психосоматичні функціональні розлади*: вегетативні неврози. Такі «соматизовані» форми неврозів іноді називають системними, «неврозами органів» або вегетоневрозами. На відміну від психогенної конверсії, окремі симптоми тут не мають специфічного символічного значення, а є неспецифічним наслідком тілесного (фізіологічного) супроводу емоцій чи психічних станів. Зокрема, деякі варіанти ендогенних і невротичних депресій часто імітують соматичне захворювання, «маскуються» під нього.

Такі депресії прийнято називати «маскованими» чи соматизованими депресіями. До групи функціональних психосоматичних синдромів часто також відносять і деякі психофізіологічні захворювання — мігрень і низку інших подібних хвороб;

3) *психосоматичні розлади, пов'язані з властивостями емоційно-особистісного реагування та поведінки*: схильність до травм та інших саморуйнівних видів поведінки, (алкоголізм, наркоманія, куріння, переїдання з ожирінням і інші). Такі розлади виникають у зв'язку з особливостями особистості та її переживаннями, що призводить до поведінки, результатом якої є порушення здоров'я.

Приміром, схильність до травм характерна для особистостей, схильних до неувважності, недбалості, квапливості, метушні.

Підвищене споживання їжі чи алкоголю деколи можна тлумачити як уявний індикатор престижу, соціальної позиції чи як компенсацію невдоволення;

4) *конверсійні симптоми*: символічне вираження невротичного, або психологічного, конфлікту. Їхніми прикладами є істеричні паралічі, психогенна сліпота або глухота, блювота, больові відчуття. Усі вони — первинні психічні феномени. Тіло тут служить наче сценою символічного вираження суперечливих почуттів хворого, які придушені й витіснені в несвідоме.

Дослідження психологічних механізмів і факторів виникнення й перебігу хвороб, пошук зв'язків між характером психічного стресового фактору та ураженням певних органів і систем складають підґрунтя психосоматичного напрямку у зціленні людей.

Уявлення про тісний взаємозв'язок фізичного самопочування людини з його психічним, передусім емоційним, станом є одним із найважливіших компонентів сучасної медицини та медичної психології.

2. Теорії неврозів

Невроз (від грец. *neurosis: neuron* — волокно, нерв) — це загальне поняття, що об'єднує групу захворювань функціональних розладів нервової системи на тлі психічного перенапруження. Поняття «невроз» було впроваджене у медицину 1776 року шотландський лікар Вільям Куллен. Такі розлади психічної діяльності виникають як реакція на психотравматичний фактор і проявляються головним чином вираженою зміною характеру емоційного реагування, вегетативними і нерідко ендокринними порушеннями. Сьогодні неврози повсюдно визнаються одними з найпоширеніших захворювань.

Засновник психоаналізу Зигмунд Фройд одним із перших намагався пояснити механізм виникнення неврозів. На його думку, така проблема — родом із дитинства, як і більшість інших психологічних проблем людини. Причиною неврозів є особливого роду конфлікт між «Ід» («Воно»), «Его» («Я»)

і «Супер-Его» («Над-Я»). Нереалізовані бажання дитини переходять у несвідоме («Ід») під тиском надсвідомого («Супер-Его»). Дослідник вважав, що незадоволений потяг дівчинки до батька, а хлопчика — до матері через багато років проявляється шляхом нервових захворювань. Відтак, причини неврозів Фройд шукав у тих сферах, де виявляється несвідоме. Він вивчав сновидіння, дії хворих у стані гіпнозу, вільні асоціації, технічні помилки, обмовки. Після виявлення причини неврозу пацієнтові залишалось усвідомити її. Таким чином, психоаналітик виявляв таємні, приховані бажання людини, що, своєю чергою, повинна була вивести такі бажання з області несвідомого до області своєї свідомості.

Карен Хорні, продовжуючи традиції психоаналізу, витоки неврозів бачила в ранньому дитинстві, розглядаючи такий недуг як захисну реакцію дитини на несприятливу дійсність соціальних факторів (наприклад, приниження, байдужість чи агресія з боку батьків). З метою захисту від негативного соціуму або для соціальної адаптації в навколишній реальності в дитини формують три *способи несвідомої реакції*:

1) *рух до людей*: намагання задовольнити потребу в любові, прийнятті, схваленні та захисті шляхом спроб відповідати бажанням людей, догоджати, готовності жертвувати власними інтересами, що формує в дитини мазохістську установку;

2) *рух проти людей*: прагнення йти проти бажань людей, при цьому формується жага необмеженої влади, переваги над ближнім, потреба бути успішним, сильним, визнаним, найкращим серед усіх за будь-яку ціну. В такому разі формується садистська установка;

3) *рух від людей*: прагнення уникати бажань інших людей, суспільних настанов, аби не бути їм підпорядкованим. Такий захист формує потребу у відчуженні, відокремленні від навколишньої спільноти, жагу самостійності, незалежності, свободи, досягнення якої здається можливим за рахунок встановлення дистанції у стосунках з оточуючими. Проявляється у відлюдництві, виборі видів діяльності, пов'язаних із усамітненням. Розвивається людиноненависництво.

Такі почуття не допускаються у свідомість і відходять у не-свідоме. Будь-який невротик за різних обставин завжди має змішаний тип особистості, що містить усі три невротичні тенденції. Проте одна з тенденцій, що в дитинстві знаходила найбільшого схвалення, є домінантною, тому умовно розрізняють «підлеглих», «агресивних» та «відокремлених» невротиків.

Тенденція, що домінує, визначає мотивацію будь-якого вчинку. Від можливості її реалізації залежить ймовірність реалізації двох інших. Саме така внутрішньоособистісна конструкція невротика є запорукою відчуття цільності власної особи.

Ще один видатний неофрейдист Еріх Фромм стверджував, що невроз виникає в тих людей, будучи дорослими, залишаються психологічно прив'язаними до особи одного з батьків. Материнська любов до дитини є безумовною, тобто, мати любить дитя просто за його існування, натомість нічого не потребуючи. Батько ж любить дитину умовною любов'ю, тобто, на певних умовах. Його любов потрібно заслужити. Він вибагливий, вимагає від дитини, щоб вона добре виконувала свої обов'язки а стала, подорослішавши, схожа на нього. Таким чином, науковець вважав, що без виконання певних умов любов батька є неможливою.

Психічно здорова людина, за Фроммом, врівноважити своє сприйняття впливу батька та матері. По мірі дорослішання звільнюється від звичної для дитячого віку залежності від батьків, гармонійно поєднуючи в собі риси кожного з них при формуванні власної особистості. Дослідник вважав, що людина із «свідомістю батька» — дисциплінована, незалежна, однак при цьому нелюдяна та зла.

Для особи, прив'язаної до матері, характерними є істерії, депресії, алкоголізм; до батька — маніакальний невроз, що ґрунтується на манії величчя та виявляється у хвастошах, завищеній самооцінці.

Психогеничний підхід Володимира Мясичева висвітлює думку про те, що невроз має психогенну природу. Для психогенії характерним є зв'язок психотравми з особистістю людини, що страждає від такого недугу, й не здатна самотійно

адекватно розв'язати психотравмівну ситуацію. Виникнення неврозу так чи інакше пов'язане з патогенною ситуацією та переживаннями особистості, з основними найсильнішими та найглибшими її прагненнями, представляючи собою афективну реакцію на некомфортні обставини. Спостерігається певна відповідність між змінами психотравмівної ситуації та динамікою стану хворого.

3. Причини виникнення неврозів

Причиною неврозів є психічна травматизація особистості. Психотравмівна ситуація справляє патогенний вплив за наявності певних умов, насамперед — особливостей особистості. Провідними серед цих особливостей є гіперактуалізація несприятливих впливів та/або подій та надання їм надмірної біологічної або соціальної значущості.

Розкриваючи питання причин неврозів, виокремлюють три основні групи умов, що сприяють або перешкоджають розвитку неврозів: біологічні, соціальні та психогенні.

Біологічні умови розвитку неврозу:

- спадкова схильність: окремі невротичні стани (наприклад, панічний синдром) частіше зустрічаються у представників однієї генеалогічної лінії;
- стать (невроз рідше виникає у чоловіків);
- вік (невроз частіше розвивається в пубертатному і клімактеричному періодах);
- конституціональні особливості людини (до неврозів більш схильні астеники);
- перенесені і поточні захворювання, що знижують резистентність організму.

Соціальні умови розвитку неврозу:

- особливості професійної діяльності (наприклад, інформаційні перевантаження, одноманітність трудових операцій);
- несприятливе сімейне становище;
- незадовільні побутові умови;
- особливості сексуального виховання та ін;

– незручне робоче місце або транспорт. Наприклад, трапляються випадки розвитку неврозів за неправильного вибору автокрісла для дітей.

Психогенні умови розвитку неврозу:

– особистісні властивості (індивідуальний спосіб мислення, сприйняття, поведінки і реагування на впливи у даної людини);

– психічні травми в дитинстві;

– психотравмівні ситуації (наприклад, важка хвороба або втрата близьких, службові чи навчальні труднощі і деякі інші). На формування неврозу безпосередньо впливає не лише реакція особистості на патогенний вплив, але й більш чи менш тривалий процес аналізу (у клініці це позначають терміном «ідеаторна переробка») ситуації, її наслідків, який здійснює людина, а також боязнь неможливості пристосуватися до обставин, що склалися.

4. Види та клінічні прояви неврозів

Традиційно виокремлюють ***три основні форми неврозів:***

- неврастенію;
- істеричний невроз;
- невроз нав'язливих станів.

Для ***неврастенії*** характерними є дратівливість, слабкість нервової системи, часті головні болі. Спостерігається ослаблення уваги і психічна стомлюваність. Стосовно змін особистості немає характерних тенденцій, спостерігається патогенність і зниження вольових якостей. Погіршується зосередженості уваги, що призводить до розладу працездатності, такий же ефект спостерігається й при підвищеній стомлюваності. При неврастенії нерідко виявляються порушення сну та сексуальної сфери.

Істерія, що розвивається в результаті психічної травми, виявляється в рухових розладах (паралічі і т. ін.), порушеннях мовлення, сенсорних розладах (приміром, істерична сліпота, втрата нюху і слуху, гіперстезія та гіпостезія), вегетативних розладах (кишкова непрохідність, здуття живота, істерична блювота,

анорексія), психічних порушеннях (психогенна амнезія, підвищена сугестивність). Особистість, що страждає на істерією, має неадекватно завишений рівень домагань, їй властиві егоцентризм, пихатість, претензійність і конфліктність.

Невроз нав'язливих станів — це найважча форма неврозу. Формується в результаті психотравмивної ситуації. При неврозі нав'язливих станів людина проявляє боязкість і невпевненість у собі. Проявляються нав'язливі сумніви, ідеї, дії, страхи. Характерною є патологічна інертність нервових процесів у людей із яскраво вираженою орієнтацією на другу сигнальну систему.

Клінічні прояви неврозів діляться на дві групи — **психічні** та **соматичні**.

До **психічних** симптомів відноситься емоційне напруження, що проявляється у вигляді нав'язливих думок і дій, а також непередготовленість до стресових ситуацій, через що є великий ризик зациклення на чомусь або з'являється замкнутість. Швидка стомлюваність, хронічна втома, поява різкої чутливості до перепадів температури, яскравого світла, голосного звуку і т. ін., поява комплексів і почуття неповноцінності, сильна дратівливість — так само відносяться до психічних симптомів неврозу.

Соматичними симптомами є поява тремтіння в руках, різкі головні болі, болі в серці, в області живота, м'язовий та суглобовий біль без видимих на те причин. Також часті запаморочення, потемніння в очах, поява пітливості, поява проблем з травною системою, порушення статевої здатності порушення сну, сильні душевні переживання.

5. Гострі реактивні стани та затяжні реактивні стани

Реактивні стани, або **реактивні психози** (лат. *psychosis*, від грец. *psyche* — душа), — це тимчасові зворотні психічні розлади, що виникають як реакція у відповідь на вплив психогенної травми. На відміну від неврозів, вони проходять у супроводі продуктивної психотичної симптоматики.

Виокремлюють такі **види реактивних станів**:

1) *гострі (афективно-шокові)*: гіпокінетичний варіант (гострий реактивний ступор), гіперкінетичний варіант, гострий сутінковий стан, гостра реактивна сплутаність, гострий реактивний параної;

2) *підгострі (істеричні)*: істеричний сутінковий стан, ажитований варіант, депресивний варіант, псевдодеменція, регресія (синдром «здичавіння»), пуерилізм, ганзерівський синдром, істеричний ступор, маячноподібні стани;

3) *затяжні (суб'єктивно значимі)*: реактивна, параноїдна, астенична, істероїдна депресії, параноїальний, реактивний, іпохондричний параноїди, параноїд зовнішніх обставин (воєнного часу, «тюремний»).

Інколи за принципом виникнення та перебігу підкреслюють два основні типи — *гострі та затяжні реактивні стани*.

Виникнення *гострих* шоккових **реактивних психозів** пов'язане із впливом гострої, раптової та дуже сильної психогенної травми, що становить загрозу для життя, найчастіше при масових катастрофах (пожежах, землетрусах, паводках, транспортних катастрофах та ін.), тяжкому потрясінні, пов'язаному з несподіваною звісткою, арештом тощо. Гострі шоккові реакції трапляються рідко і клінічно проявляється у двох формах — гіпокінетичній і гіперкінетичній.

Гіпокінетична форма, або **психогенна психомоторна загальмованість**, — це раптово виниклий стан повного знерухомилення: людина нерухомо застигає, не може зробити жодного руху, «стовбеніє від жаху», не може промовити ані слова (мутизм). Такий гострий реактивний ступор німецький психіатр Ернст Кречмер описав як реакцію «уявної смерті» (1924). Подібний стан триває від кількох хвилин до кількох годин у супроводі вегетативних порушень та глибоких потьмарень свідомості, за типом сноподібного оглушення з подальшою повною амнезією.

Гіперкінетична форма, або **психогенне психомоторне збудження**, — це раптово виникле хаотичне, безглузде рухове збудження, що виражається у недиференційованих і нецілеспрямованих рухах, вигуках, невмотивованій втечі (нерідко

в напрямку небезпеки). Характерними для таких ситуацій вегетативними порушеннями є виразна тахікардія, різке збліднення або почервоніння, пронос, профузна пітливість. Стан збудження може тривати у супроводі потьмарення свідомості з подальшою амнезією.

До гіперкінетичної форми шоківих реакцій відносять також **гострі психози страху**. В їхній клінічній картині провідним симптомом є панічний, нестримний страх, що відображається в міміці, руховому збудженні й спрямовує всю поведінку таких хворих. Подекуди на зміну психомоторному збудженню приходить психомоторна загальмованість, людина ніби застигає у позі, що виражає жах та відчай. Гострі шоківі реакції тривають від кількох годин до кількох днів і так само, як і інші стани психомоторного збудження, передбачають подальшу амнезію.

Затяжні реактивні психози тривають півроку, рік і більше. Залежно від клінічних особливостей і закономірностей динаміки перебігу захворювання затяжні реактивні психози поділяють на три групи.

Для *першої групи* характерним є одноманітний, непрогрідієнтний перебіг. Протягом усього перебігу захворювання зберігається певний чітко визначений психопатологічний синдром, найчастіше — це істерична депресія, псевдодеменція, псевдодементно-пуерильний синдром або маячноподібні фантазії. Основний синдром залишається зафіксованим у стадії зворотного розвитку. При цьому довше зберігаються ті симптоми, з яких почався реактивний стан. Такий тип перебігу затяжних реактивних психозів прогностично найсприятливіший.

Особливістю *другої групи* затяжних реактивних психозів є перебіг, який трансформується, характеризується зміною психогенних синдромів із тенденцією до поглиблення реактивного стану, що виражається в постійному зростанні психомоторної загальмованості. Вихід із психозу проходить через зворотній розвиток психомоторної загальмованості, причому окремі компоненти такого синдрому залишаються надовго зафіксованими у вигляді ізольованих фізичних моносимптомів (паралічів, парезів, мутизму і т. ін.).

Найнесприятливішим є *третій*, так званий *в'ялопрогресивний тип перебігу* затяжних реактивних психозів, в умовах якого відбуваються глибокі порушення життєдіяльності організму. Характерними є стани психомоторної загальмованості, виниклі на ранніх стадіях фізичного виснаження, що прогресує. Перебіг таких затяжних реактивних психозів не виявляє безпосередньої залежності від чинника, що викликав захворювання. Зворотній розвиток психотичного стану у всіх його проявах має ніби частковий характер, відновлення окремих психічних функцій виявляється неповним.

6. Етіологія та патогенез психопатій

Причини розвинення психопатії різноманітні. Дисгармонія особистості може виникнути в результаті спадкових факторів, внутрішньоутробного впливу шкідливих чинників, родових травм, патології раннього постнатального періоду. Незрілість психіки проявляється в надмірній підвладності навіюванням, схильності до перебільшувань, фантазування в істеричних індивідів, в емоційній лабільності ц збудливих, у слабкій волі у неврівноважених, в незрілому мисленні в параноїчних особистостей. Велике значення у формуванні психопатії має несприятливий вплив середовища, наприклад, неправильне виховання та інші соціальні чинники ймовірних психічних травм. Вважають, що в одних випадках провідним фактором психопатії стає конституційний (результат — так звані «ядерні» психопатії), в інших — вплив навколишнього середовища (спричиняє патохарактерологічний розвиток). Проте дискусіям підлягає те, чи варто класифікувати патологію характеру, набуту під впливом психотравмивних факторів, як психопатію.

Вчення відомого фізіолога Івана Павлова про типи вищої нервової діяльності розкриває патогенез психопатії таким чином: різноманітні форми психопатії пов'язані з конкретними порушеннями у співвідношенні нервових процесів, сигнальних систем, кори й підкірки головного мозку. Підґрунтя збудливої психопатії складає патологічний варіант нестримного

(слабкого) типу вищої нервової діяльності — астенічної психопатії. Натомість істеричним формам властива відносна перевага першої сигнальної системи над другою, а також підкірки над корою. Психостенію супроводжує слабкість підкірки, першої сигнальної системи й відносна перевага другої. Патолофізіологічне підґрунтя паранояльної психопатії полягає у схильності до утворення так званих застійних осередків, або патодинамічних структур, у другій сигнальній системі.

Отже, за особливостями *етіології* та *патогенезу* виокремлюють *три групи психопатій*:

1) *конституційні (або «ядерні»)*: сформовані під впливом генетичних факторів. Зазвичай у когось із батьків чи близьких родичів можна виявити подібні риси. Припускається, що психопатичні властивості передаються від матері до сина, від батька до доньки, проте конкретні механізми спадкування не встановлено. Характерною є рання, в дитячому віці, поява патохарактерологічних властивостей, часто незалежно від несприятливих ситуаційних впливів, а також помітна глибина й стабільність психопатичних рис. Конситуційними є майже всі випадки шизоїдної та паранояльної психопатії;

2) *органічні*: є результатом патологічного формування особистості через ранню церебральноорганічну недостатність, пов'язану з внутрішньоутробними, перинатальними й постнатальними нейроінфекціями, нейроінтоксикаціями та черепромозковими травмами. Органічне походження частіше від інших видів психопатій мають збудливий, істеричний, нестійкий варіанти патології характеру;

3) *нажиті (або «межові»)*: виникають через тривалий несприятливий мікросоціальний вплив у дитинстві та юності. Відіграють роль конфлікти в родині, негативна атмосфера в колективі однолітків. Потужним чинником є неправильне виховання. Приміром, емоційне відкидання, знехтування може стати джерелом астенічних рис характеру, виховання за типом «кумир родини» — істеричних. Гіперопіка може сприяти формуванню психастенічних властивостей, а гіпоопіка — збудливих.

Порівняно з конституційними, нажиті психопатії відрізняються повільнішим розвитком, меншою глибиною та стійкістю проявів. Проте нерідко прирахування конкретного випадку психопатії лише до однієї з груп не є коректним. Часто психопатії розвиваються під впливом сукупності різних біологічних, соціальних та ситуативних чинників.

Питання для самоперевірки:

1. Що таке психогенія. Які клінічні варіанти психогеній?
2. Що таке психотравма. Які бувають психотравми?
3. Що таке «копінг» і «психологічний захист»?
4. За яких умов травмується психіка?
5. Які критерії діагностики реактивних психозів?
6. Які бувають реактивні психози?
7. Який прогноз при реактивних психозах?
8. У кого може виникнути посттравматичний стресовий розлад?
9. Які критерії діагностики неврозу?
10. Як співвідносяться невротичні розлади і невроз?
11. Які сомато-вегетативні прояви при неврозах?
12. Який невроз може «зобразити» соматичну хворобу?
13. Лікар як джерело психогенії.

ТЕМА № 4. Порушення свідомості

Категорія слухачів: здобувачі освіти ОС «бакалавр» 3 року навчання за спеціальністю «Психологія» ІСТ Університету «Україна».

Навчальна мета: сформувати вміння визначати різні види порушень свідомості за критеріями диференційної діагностики, розпізнавати ступені порушення свідомості та визначати можливі способи роботи з пацієнтами з різними видами порушень.

Виховна мета: сприяти формуванню наукового світогляду, моральних, естетичних та професійних якостей особистості в контексті теми, формування зацікавленого ставлення до поглиблення та розширення знань з психології.

Розвивальна мета: розвивати інтелектуальні здібності, мовлення, пам'ять, увагу, уяву, мислення, спостережливість, активність, творчість, самостійність здобувачів освіти та прищеплювати їм раціональні способи пізнавальної діяльності в контексті даної теми.

Міжпредметні та міждисциплінарні зв'язки:

Забезпечуючі дисципліни: загальна психологія, психологія особистості, диференційна психологія, соціальна та юридична психологія.

Забезпечувані дисципліни: психологія, психофізіологія, клінічна психологія, психотерапія і корекція, психопатологія, психіатрія.

Зміст заняття:

1. Загальна характеристика свідомості.
2. Синдроми порушення свідомості.
3. Синдроми вимкнення свідомості.
4. Синдроми потьмарення.
5. Розлади самосвідомості.

Література зі списку рекомендованої до дисципліни:

1. Вітенко І. С. Загальна та медична психологія : Підручник для студентів медичних вузів. К. : Здоров'я, 1994. 294 с.

2. Гальчук О. Я. Клінічна психологія: [навч. посіб. для студ. вищ. навч. закладів]. К. : Атіка, 2012. 216 с.
3. Зейгарник Б. В. Патопсихология. М. : Апрель Пресс, Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000. 518 с.
4. Карвасарский Б.Д. Клиническая психология : учебник для вузов. 5-е изд., перераб. и доп. СПб. : Питер, 2014. 896 с.
5. Клиническая психология / под ред.: М. Перре, У. Баумана. 2-е междунар. изд. СПб. : Питер, 2003. 1312 с.
6. Клиническая психология : учебник для вузов. 4-е изд. / Под ред. Б. Д. Карвасарского. СПб. : Питер, 2011. 864 с.
7. Критерії діагностики та принципи лікування розладів психіки і поведінки у дітей та підлітків. Клінічний посібник / Під ред. П. В. Волошина та ін. Харків, 2001. С. 64–102.
8. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика : Справочник практического психолога. М. : Изд-во Эксмо, 2005. 992 с.
9. Мартинюк І. А. Патопсихологія : навчальний посібник. К. : Центр учбової літератури, 2008. 208 с.
10. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология : учебное пособие. 6-е изд. М. : МЕДпресс-информ, 2008. 432 с.
11. Никоненко Ю. П. Клінічна психологія : навчальний посібник. К. : КНТ, 2016. 369 с.

1. Загальна характеристика свідомості

Свідомість — це інтегрована сфера психічної діяльності, що є вищою формою відображення дійсності, способом формування ставлення до об'єктивних закономірностей.

Вважають, що свідомість володіє такими дома базовими характеристиками — уявою та рефлексією.

Свідомість людини оцінюється на основі усвідомлення самої себе (власної особистості), тобто, ідентифікації та усвідомлення простору і часу, у якому в конкретний момент вона існує (характеристика патології свідомості виходить саме з такої ознаки).

Усвідомлення власної особистості (самосвідомість) є істотною ознакою психічної норми людини. Багато психічних

захворювань можуть порушувати процес самоусвідомлення і призводити до того, що людина усвідомлює себе множинною.

У структурі свідомості можна виділити такі її форми (психічні процеси): сприйняття, пам'ять, мислення, інтелект, почуття, воля та увага.

Перші чотири фази — пізнавальні; через них людина пізнає зовнішній та внутрішній світ. З допомогою почуттів та емоцій вона оцінює отриману інформацію, а своїми вольовими діями цілеспрямовано впливає на дійсність. І на кожному з цих етапів людина повинна зосередитись, «включити» свою увагу. Порушення однієї або декількох форм свідомості свідчить про наявність у такої людини психічного захворювання.

Психологічна сутність свідомості складається з можливості особистості виділити себе з навколишнього середовища, визначити своє відношення до неї, організувати цілеспрямовану діяльність. Усі види людської діяльності, у тому числі і задоволення потреб, здійснюються під контролем свідомості.

Складові свідомості.

1. Усвідомлення власного «Я» (самосвідомість) — здатність до правильного усвідомлення частин свого тіла та їхнього співвідношення, власного тіла й особистості як цілого (із усіма її переживаннями), виділення себе з навколишнього середовища (психічна функція відображення самого себе, аутопсихічне орієнтування). Таким чином, до структури самосвідомості можна віднести також рівні усвідомлення самого себе:

а) самопочуття, що відображує ступінь задоволення потреб, внутрішнього соматичного та психічного благополуччя, благополуччя навколишньої ситуації;

б) усвідомлення єдності психічного «Я» (приналежності до «Я» усіх психічних процесів — сприйняття, спогадів, мислення, емоційних реакцій, волі, вчинків та ін.);

в) усвідомлення єдності соматичного «Я» (схема тіла та ін.);

г) усвідомлення єдності «Я» та навколишньої природної і соціальної дійсності (обумовленості мотивації поведінки, соціальних вимог, моральних заборон та ін.).

За наявності захворювань відбувається зміна самопочуття і самосприйняття; залежно від якостей особистості та наявної хвороби у пацієнта формується так звана внутрішня картина хвороби (за А. Р. Лурія), що може впливати на клінічну картину та перебіг захворювання.

2. Усвідомлення предметного навколишнього світу — здатність до правильного адекватного відображення та усвідомлення навколишнього предметного світу і його зв'язків, відносини до суб'єкта пізнання, а також правильного орієнтування в місці і часі (психічна функція відображення навколишньої дійсності — алопсихічне орієнтування).

Властивості свідомості.

1. **Ясність** — чітке та послідовне сприйняття навколишнього і правильне орієнтування в ньому (свідомість навколишнього світу, часу, місця тощо), наявність самосвідомості зі зберіганням пам'яті про минуле і сьогодення, довільної уваги і мислення, адекватні емоції і поведінка, зберігання здатності усвідомлювати свої дії і керувати ними. Обсяг — певна кількість зв'язків (чи переживань), що виникають під впливом різних подразників і знаходяться у свідомості в даний час, тобто широта охоплення свідомістю навколишньої ситуації і власних переживань.

2. **Зміст** — зміст асоціацій, що виникають під впливом різних подразників і певний час знаходяться у свідомості (зміст думок, переживань і т. п.).

3. **Безперервність** — єдність переживань минулого, сьогодення і майбутнього.

Стан свідомості впливає як на повноту самопочуття людини, цілісність і якість усвідомлення самої себе і оточуючого світу, так і на можливість повноцінного контакту з нею.

Критерії ясності свідомості:

1. Повне орієнтування у собі та в оточуючому (у місці, часі, оточуючих людях);
2. Адекватне сприйняття оточуючого;
3. Безперервність потоку свідомості і запам'ятовування поточних та минулих подій;
4. Критика до своїх висловлювань та поведінки.

Німецький психіатр *Карл Ясперс* протиставляв усвідомлення власного «Я» предметній свідомості і виділив чотири формальних ознаки самосвідомості, порушення яких веде до психічної патології:

- 1) почуття діяльності — усвідомлення себе як активної істоти;
- 2) усвідомлення власної цільності у кожний момент часу;
- 3) усвідомлення власної ідентичності;
- 4) усвідомлення того, що «Я» відрізняється від решти світу, від усього, що не є «Я».

2. Синдроми порушення свідомості

Виділяють фізіологічні зміни свідомості у разі стомлення та афективно-звужену свідомість.

Стомлення — стан, що виникає внаслідок фізичних або психічних перевантажень і супроводжується підвищенням порогу відчуття. Зовні така людина виглядає загальмованою, реакції на зовнішні подразники сповільнені, мова бідна, відповіді після паузи односкладові. Відзначається зниження процесу запам'ятовування, важко привернути увагу, темп мислення сповільнений, міміка невиразна, апатія.

Афективно-звужена свідомість — це емоційний стан, що не виходить за межі норми та представляє собою короткочасну, стрімку, бурхливу емоційну реакцію, що супроводжується різкими змінами психічної діяльності, у тому числі й свідомості, вираженими вегетативними і руховими проявами. Це сильне і короткочасне переживання у вигляді гніву, люті, жаху, розпачу без втрати самоконтролю. Фізіологічний афект є для особистості надзвичайною реакцією на виняткові обставини. Яскраво виражені зовнішні ознаки емоційного порушення (зміна зовнішнього вигляду, міміки, пантоміміки, голосу).

У судово-психіатричній практиці людина, яка під час здійснення протиправного вчинку перебувала в стані фізіологічного афекту, вважається осудною та несе відповідальність за все заподіяне.

У повсякденному житті стан афективно-звуженої свідомості спостерігається досить часто. Особливо це може проявитися в ситуації паніки, наприклад, коли під час пожежі люди викидаються з вікна висотного палаючого будинку, намагаючись врятуватися, але при цьому прирікають себе на неминучу загибель. Або коли родичам повідомляють про важку хворобу або загибель близької їм людини, особливо дитини.

Класифікація розладів свідомості:

I. *Непсихотичні* (непродуктивні) форми (виключення свідомості):

- 1) обнубіляція;
- 2) оглушеність;
- 3) сомнолентність;
- 4) сопор;
- 5) кома;
- 6) непритомність;
- 7) гіперсомнія.

II *Психотичні* (продуктивні) форми, що супроводжуються маренням, галюцинаціями, порушенням поведінки:

- 1) астеничний синдром;
- 2) сутінкове потьмарення свідомості:
 - а) із зовні адекватною поведінкою — проста форма (амбулаторний автоматизм, транс, сомнамбулізм);
 - б) психотична форма;
 - в) патологічний афект;
 - г) патологічне сп'яніння;
 - д) стан пробудження;
 - е) реакція «короткого замикання»;
 - є) істеричні сутінкові стани (пуерилізм, псевдодеменція);
- 3) синдром розгубленості;
- 4) деліріозний синдром;
- 5) онейроїдний синдром;
- 6) апатико-абулічний синдром;
- 7) аментивний синдром.

3. Синдроми вимкнення свідомості

Форми виключення свідомості.

Виключення свідомості — тотальне порушення відображення, що супроводжується одномоментним чи послідовним зменшенням, а іноді й повним зникненням обсягу та глибини всієї психічної діяльності. Спочатку звужується та поступово зменшується пізнавальна здатність, порушується логіка, потім приєднуються та поглиблюються порушення чуттєво-образного відображення навколишньої дійсності. Далі згасає умовно-рефлекторна діяльність організму. В останню чергу порушується безумовно-рефлекторне функціонування організму, що забезпечує основні життєві функції, у міру їхнього згасання настає смерть.

Оглушення — найбільш легка і проста за психопатологічною структурою форма. Характеризується двома основними ознаками: підвищенням порога збудливості на всі подразники і збідненням психічної діяльності. Хворі не реагують на звертання до них тихим голосом, на звичайні подразники виникає слабка орієнтована реакція (може відкрити очі, повернути голову в бік голосу) і лише на сильний подразник можна домогтися адекватної, але сповільненої відповідної мовної, мімічної та рухової реакції. Мова бідна, відповіді односкладові. Рухова активність знижена, рухи повільні, неспритні. Відзначається збіднення мімічних реакцій. Виражено порушення запам'ятовування і репродукції, хворі немовби дрімають. Період оглушеності звичайно повністю або майже повністю амнезується.

Є три ступені оглушення:

Сомнолентність — *слабкий ступінь оглушення* — хворий сонливий, загальмований, орієнтація неповна, тим не менш, хи́мності в поведінці не спостерігається, при звертанні до нього хворий відповідає загальмовано, іноді, щоб отримати словесну реакцію, необхідно говорити голосніше або неодноразово повторювати питання.

До легкого ступеню оглушеності відноситься і *обнубіляція*, коли порушення свідомості періодично переривається його короткочасними проясненнями; середній ступінь характеризу-

ється дезорієнтацією всіх видів і неадекватною поведінкою; на задані питання хворий відповідає з труднощами, не одразу, при цьому дає односкладні і не завжди правильні відповіді, або відповідає жестами (нахилом голови), виконує лише найбільш прості вимоги (підняти руку, висунути язик і т. ін.); глибокий ступінь — орієнтація відсутня, оточуючі подразники доходять до хворого нібито як «через товстий шар ваги», на питання не відповідає і не виконує інструкцій, рухи загальмовані, невпевнені, незавершені, поведінка неправильна.

Після виходу з оглушення спостерігається неповна амнезія, більш чи менш виражена в залежності від ступеня оглушення.

Сопор — перехідний стан від оглушення до коми: хворий лежить, на оточуюче не реагує, як спонтанне, так і у відповідь мовлення відсутнє. Реакція зіниць на світло, корнеальні, кон'юнктивальні і сухожилльні рефлексі послаблені, патологічних рефлексів немає. При больових подразниках — короткочасна реакція (вираз болю, відсмикування руки). Після виходу із сопору на цей період настає повна амнезія.

Кома — повне виключення свідомості: усі види реакцій, а також фізіологічні рефлексі відсутні (іноді — і ковтальні і кореальний), функціонують лише життєво важливі центри — дихальний та серцево-судинний. Викликаються патологічні рефлексі (Бабінського, Оппенгейма).

До виключення свідомості відносять також і *непритомність*, яка може виникати раптово або після періоду передвісників у вигляді нудоти, головокружіння, шуму у вухах, потемніння або блискавок в очах. Свідомість виключається і людина поступово падає. Непритомність може виникнути у здорової людини при психічній травмі, недостатності кисню у приміщенні та ін. Частіше за все непритомність є результатом минущої анемії мозку. Виділяють групу рефлекторних і симптоматичних станів непритомності. За клінічною картиною стани непритомності поділяють на прості та судомні.

Стани виключення свідомості спостерігаються частіше при ЧМТ, неврологічній патології (внаслідок порушення мозкового кровообігу, нейроінфекції, пухлини головного мозку та ін.)

і при соматичних захворюваннях як результат важкого загального стану внаслідок інтоксикації, крововтрати, гіпер- або гіпоглікемії тощо.

4. *Синдроми потьмарення свідомості*

Потьмарення свідомості — розлади, за яких відбувається тотальна дезінтеграція всієї психічної діяльності, що полягає в якісній зміні змісту свідомості. Розлади поліморфні за своєю структурою і крім різних варіантів дезорієнтації включають психопатологічні симптоми, провідними з яких є галюцинації, маревні ідеї, помилкові впізнавання, емоційне і рухове збудження, розлади пам'яті. У разі потьмарень у свідомості відображується не об'єктивна реальність, а світ хворобливих переживань.

Критеріями потьмареної свідомості вважають:

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

Сутінкове потьмарення свідомості — раптова втрата ясності свідомості з повною відчуженістю від навколишнього, що триває від декількох хвилин до декількох діб. За клінічними проявами сутінкове потьмарення свідомості підрозділяється на просту і психотичну форми, між якими немає чіткої границь.

Проста форма виникає раптово, хворий відключається від реальності. Вступити в мовний контакт із ним неможливо, мова або відсутня зовсім або може складатися з окремих слів чи коротких фраз, що часто повторюються. Рухи сповільнені та збіднені аж до розвитку короткочасного ступору, що змінюється епізодами імпульсивного збудження. Іноді може зберігатися зовні цілеспрямована діяльність. Хворі можуть пересуватися на далекі відстані, при цьому можуть користатися транспортом, переходити вулицю в призначеному для цього місці і т.д. У такому випадку говорять про амбулаторний автоматизм.

Амбулаторний автоматизм, що виникає під час сну, називають сомнамбулізмом чи лунатизмом.

Проста форма сутінкового потьмарення свідомості може тривати хвилини — години і супроводжується повною амнезією.

Психотична форма сутінкового потьмарення свідомості супроводжується галюцинаціями, маячінням і зміненням настрою. У болісних переживаннях переважають зорові галюцинації лякаючого змісту: автомобіль, потяг чи літак, який мчить на хворого, будинки, які обрушуються, вода що підступає, погоня та ін. Слухові галюцинації часто оглушливі — вибухи, тупіт, грім; нюхові — теж неприємного змісту — запах горілого, сечі.

Маячні ідеї, як правило, переслідування, фізичного знищення, спостерігаються релігійно-містичні маревні висловлювання. Ці переживання супроводжуються бурхливими емоційними розладами у вигляді страху, несамовитої злості чи люті.

Рухове збудження найчастіше у формі безглузких руйнівних дій, спрямованих на оточуючих. Слова і дії хворих відображують існуючі в даний момент болісні переживання. У разі відновлення свідомості весь період болісних переживань цілком амнезується. Сутінкове потьмарення свідомості спостерігається найчастіше у разі епілепсії і травматичних уражень головного мозку.

Порушення свідомості з дезорієнтацією, повним відривом від дійсності і хворобливо збоченим сприйняттям навколишнього. Глибока дезорієнтація в навколишньому поєднується зі збереженням складних взаємозалежних автоматизованих дій. Поведінка у разі виняткового стану свідомості зумовлена образним маренням, галюцинаціями, напруженим афектом страху, туги і люті, що і визначає суспільно небезпечні дії. Подальша амнезія поширюється не тільки на реальні події, але нерідко стосується і суб'єктивних переживань.

Деліріозний синдром — це етіологічно неспецифічний органічний церебральний синдром, який характеризується галюцинаторним затьмаренням свідомості з переважаючими справжніми зоровими галюцинаціями та ілюзіями, образним маренням, страхами, психомоторним збудженням, вегетовіс-

церальним симптомокомплексом. У пацієнтів порушено алопсихічне орієнтування і збережене аутопсихічне. Їх поведінка визначається змістом галюцинаторних образів.

Делірій є скороминущим станом, що за тяжкістю коливається від легких до дуже важких форм. Тривалість делірію — від декількох годин до декількох тижнів.

Деліріозне затьмарення свідомості розвивається поступово.

На першій (ініціальній) стадії делірію психопатологічні симптоми стають помітними звичайно до вечора. Хворі починають легко відволікатися, стають розбурханими, говірливими, їх темп мови пришвидшується, вислови стають непослідовними, досягаючи періодично ступеня легкої незв'язливості. Прискорюються мімічні реакції, рухи стають дуже виразними. Виражена гіперестезія до звукових, світлових, тактильних і інших подразників. У пацієнтів виникають напливи образних, а іноді і сценподібних спогадів, що відносяться до минулого. Характерна емоційна лабільність: піднесений настрій з відтінком захоплення, яке легко змінюється на турботу, дратівливість, примхливість, пригніченість. Початкові ознаки дезорієнтації виникають паралельно з порушенням сну. Сон стає поверхневим, переривчастим, особливо в першу половину ночі, супроводжується кошмарними сновидіннями, тривогою і страхами. Під час частих пробуджень хворі не відразу усвідомлюють відмінність кошмарних сновидінь від реальності. Вранці вони прокидаються в стані слабкості і розбитості.

На другій стадії (ілюзорних розладів, передделіріозній) посилюються описані вище симптоми: наростають емоційно-гіперстенічні розлади, мовне і психомоторне збудження, нестійкість уваги, розлади сну. З'являються зорові ілюзії, нерідко парейдолічні. Фантастичні образи виникають під впливом реальних уявлень. Хворий захоплений їх спогляданням, але в разі відвернення його уваги — ці образи бліднуть або зникають. У вечірньо-нічний час поглиблюється дезорієнтація в просторі і часі. Перед засинанням, при закритих очах виникають поодинокі або множинні калейдоскопічні гіпнагогічні галюцинації, що змінюють один одного.

Інтенсивність сновидінь посилюється. Під час частих пробуджень хворий здебільшого не диференціює, що було сном, а що реальністю. Вранці хворий занурюється в глибокий сон.

На другій стадії більш вираженим стає мерехтіння симптоматики: у вечірньо-нічні години вона посилюється, в денні — свідомість стає більш ясною, час від часу виникають «люцидні вікна» (світлі проміжки), протягом яких хворий усвідомлює, що з ним відбувається. Для третьої стадії (справжні галюцинації, справжній делірій) характерна алопсихічна дезорієнтація при збереженні автопсихічної. Спостерігається порушення відчуття часу, який то подовжується, то коротшає. Вночі спостерігається повне безсоння, неглибокий переривчастий сон настає під ранок.

Парейдолії змінюються на яскраві зорові галюцинації, звичайно сценоподібні. Вони можуть бути поодинокими і множинними, безбарвними і кольоровими, статичними і рухомими, зменшеними, звичайними або збільшеними.

Крім зорових галюцинацій, на третій стадії делірію можуть виникати також слухові, тактильні, нюхові галюцинації, уривчасте образне марення. Залежно від етіологічного чинника галюцинації мають свої специфічні характеристики. Наприклад, для алкогольного і кокаїнового делірію характерні зооптичні галюцинації, для делірію внаслідок отруєння опіатами — мікроптичні галюцинації.

Хворий завжди є зацікавленим глядачем. Їх зміст відображається в його поведінці. Його міміка, мова, емоції і дії відповідають психопатологічним переживанням.

Делірій супроводжується вегетативними і неврологічними порушеннями.

Тривалість класичного делірію коливається від 3 до 7 діб. Якщо клінічна картина делірію обмежується I і II стадіями та триває близько доби, це свідчить про абортивний делірій, якщо ж делірій триває тижні і місяці (у соматично ослаблених і в осіб похилого віку) — про пролонгований і хронічний делірій.

Регрес делірію може бути критичним (після глибокого сну) або літичним. Спогади про деліріозний період у хворих збережені, але вони неповні і часто незв'язні.

Виділяють такі деліріозні стани:

1. *Алкогольний делірій (біла гарячка)*. Зорові галюцинації носять зоологічний та мікрооптичний характер. Найчастіше це різні звірі, гризуни, комахи, домашні тварини. Інший варіант — галюцинації носять професійний характер. Моторне збудження також відповідає змісту галюцинацій: водій крутить кермо, доярка доїть корів, рибалка тягне сітку, футболіст б'є по м'ячу. При цьому мовна продукція теж стосується професії хворого. Обов'язковою симптоматикою є вегетативний симптомокомплекс — пітливість, тахікардія, сильний тремор. Тому алкогольний делірій носить назву *delirium tremens*. Характерними в соматичному плані ї схильність до колапсів, колаптоїдноподібних станів (падіння АТ).

2. *Інфекційний делірій*. Виникає на тлі ускладненого перебігу інфекційних хвороб. Може супроводжуватись виконанням професійних дій. При інфекційному делірії ніколи не буває вегетативної симптоматики.

3. *Епілептичний делірій* (варіант гострого епілептичного психозу) характеризується галюцинаціями у формі релігійних сюжетів або світових катастроф (великі пожежі, повені, землетруси, виверження вулканів тощо).

4. *Травматичний делірій* — може виникнути як в гострому, так і у віддаленому періодах черепно-мозкової травми. Характерними ї галюцинаторні сюжети, що відображають картину травми (військової або побутової).

5. Окремо виділяють *тихий або муситуючий делірій* (*musitatio* — тихе буркотіння) та *професійний делірій*. Муситуючий делірій завжди виникає за умови важкого соматичного стану. При цьому хворі щось тихо безперервно бурмочуть, мова беззв'язна. При професійному делірії (делірій зайнятості) характеризується переважанням однотипного рухового збудження у формі звичних, повсякденних професійних дій.

Онейроїдний синдром — потьмарення свідомості з впливом фантастичних уявлень, що виникають мимоволі та містять видозмінені фрагменти баченого, почутого, пережитого, прочитаного, котрі вигадливо переплітаються з перекручено сприй-

нятими деталями навколишнього; виникаючі картини мрії — відрізняються сценоподібністю, схожі на сновидіння. Онейроїдні синдром розвивається поступово і починається з афективних розладів. Депресивні стани супроводжуються млявістю, драгівливістю, невмотивованою тривогою, безсиллям. Маніакальні стани несуть на собі відбиток захоплення розчулення, відчуття проникнення і прозріння. Наведені розлади поєднуються: і порушеннями сну, апетиту, головним болем, неприємними відчуттями області серця.

Надалі хворий вважає навколишнє незрозумілим, змінним, наповненим лиховісним змістом. З'являється несвідомий страх чи передчуття лиха, що загрожує, іноді божевілля, смерті. Хворому здається, що його переслідують, що він важко хворий, з'являється розгубленість, маревне орієнтування в навколишньому, неадекватні вчинки. При цьому виникає відчуття, що довкола хворого щось відбувається, якась дія — як у кіно чи спектаклі, і хворий є то учасником, то глядачем; відбувається перевтілення одних осіб в інших. Періодично виникає мовно-рухова збудливість чи загальмованість. Ця симптоматика схильна до наростання, реальні події, що відбуваються навколо хворого, набувають фантастичного змісту.

Існує ендогенна форма онейроїду (в разі шизофренії) і екзогенно-органічна — у разі судинних, соматогенних психозів, білої гарячки, у віддалений період після черепно — мозкової травми, при сенільних психозах. За наявності гострих інтоксикацій, як, наприклад, зловживання препаратами побутової хімії (інгаляція парами клею «Момент»), розвиток онейроїду відбувається швидко, іноді протягом декількох хвилин.

Синдром розгубленості — «афект здивування» — характеризується розладом самосвідомості, пізнання і пристосування до навколишнього. Хворі безпомічні, вираз обличчя здивований, погляд блукаючий, рухи і відповіді на запитання невпевнені, питальні і непослідовні, перериваються мовчанням. Іноді хворі просять пояснити, що відбувається з ними і навколо. Розгубленість свідчить про відносно неглибокий розлад психічної діяльності, за якого зберігається усвідомлення своєї зміни.

Вона виникає в разі раптової, не поясненої і незвичайної зміни того, що відбувається навколо чи в самому хворому, і може бути вираженням початкового етапу розвитку маревних, депресивних та інших синдромів. Часто до структури синдрому включаються симптоми деперсоналізації та дереалізації.

Апатико-абулічний синдром — поєднання байдужості до самого себе і до того, що відбувається (апатія), зниження сили емоцій і відсутності або послаблення спонукань до діяльності (абулії). Хворі зазвичай лежать або сидять, нічим не зайняті, неохайні, безініціативні. Спостерігається при виснажуючих соматичних захворюваннях, після черепномозкових травм, при інтоксикаціях, шизофренії.

Аментивний синдром — форма потьмарення свідомості із перевагою незв'язності мови, моторики та розгубленістю. Мова хворих складається з окремих слів, складів, нечленороздільних звуків, вимовлених тихо чи голосно, співучо.

Настрій хворих мінливий — то він пригнічено-тривожний, то байдужий, то трохи підвищений із рисами захоплення. Рухове збудження в разі аменції відбувається звичайно в межах ліжка. Воно обмежується окремими рухами, які не складають закінченого рухового акту: хворі обертаються, згинаються, здригаються, відкидають у сторони кінцівки, розкидаються у ліжку.

Іноді рухове збудження може змінюватися на ступор. Словесне спілкування з хворими неможливе. Мислення нескладне. Вираз обличчя здивований. Хворі розгублені і безпорадні.

У нічний час аменція може змінюватися на делірій, у денний час за умов ускладненої аменції виникає оглушеність.

Тривалість аменції становить кілька тижнів. Період аментивного потьмарення свідомості цілком амнезується.

Вихід з аментивного стану відбувається через важку і тривалу астенію. Можливе формування психоорганічного синдрому з інтелектуально-мнестичним зниженням. Аменція спостерігається за наявності важких соматичних, інфекційних і неінфекційних захворювань, рідше в разі інтоксикацій, у гострий період епідемічного енцефаліту.

Патологічні стани пробудження. Стан неповного пробудження після глибокого сну з нерівномірним переходом окремих систем головного мозку від сну до неспання. При «пробудженні» більш простих рухових функцій вищі психічні функції, насамперед свідомість, залишаються в стані сонного гальмування. Такий нерівномірний, уповільнений перехід від сну до неспання супроводжується потьмаренням свідомості, глибокою дезорієнтацією. Триваючі сновидіння бувають яскравими, образними, застрашливими. Невірно сприйняті реальні події влітаються в застрашливе сновидіння, сполучаються з ілюзорними і навіть короткочасними галюцинаторно-маячними переживаннями.

Моторні функції, що звільнилися від сонного гальмування, роблять суб'єкта здатним до агресивно-захисних дій. Вони виявляються в формі окремих автоматичних вчинків або цілісних рухових актів, що відбивають патологічні переживання. У разі станів пробудження нерідко відбуваються вбивства і наносяться тяжкі тілесні ушкодження.

Після періоду збудження звичайно настає остаточне пробудження з повним відновленням свідомості і подальшою адекватною реакцією розгубленості і подиву з приводу того, що відбулося. Після остаточного пробудження спогадів про хворобливий стан звичайно не залишається. Іноді вони частково зберігаються, стосуючись в основному сноподібних образів. Стани пробудження тривають іноді лише кілька миттєвостей, але в деяких випадках тривають більше часу.

Стани пробудження виникають звичайно в осіб з нерізко вираженими органічними змінами ЦНС, частіше травматичного походження, а також у глибоко і міцно сплячих людей. Поряд із цим велике значення в генезі патологічних станів пробудження має комплекс тимчасових шкідливостей, що впливали перед засинанням. Серед них на першому місці стоїть споживання алкоголю. Відзначено патогенну роль попереднього емоційного напруження, перевтоми, змушеного безсоння і соматопсихічної астенизації.

5. Розлади самосвідомості

Самосвідомість — усвідомлення власної особистості, виділення себе з оточуючого; усвідомлення власного тіла, думок, почуттів, дій, інтересів, статусу в системі суспільних та виробничих стосунків.

Розлади самосвідомості прийнято розподіляти на:

– *псевдодеменція*: може виникнути за тяжких деструктивних змін у центральній нервовій системі й за реактивних станів, характерними є розлади судження, що настають раптово, а також інтелектуально-мнестичні розлади. Хворі забувають назви предметів, дезорієнтовані, важко сприймають зовнішні подразники. Утворення нових зв'язків ускладнене, часом можна помітити ілюзорні обмани сприймання, нестійкі галюцинації з руховим неспокоєм. Хворі апатичні, емоційні прояви бідні, недиференційовані. Поведінка нерідко нагадує дитячу;

– *деперсоналізація*: характерне відчуття відчуження власних думок, афектів, дій, свого «Я», які сприймаються ніби збоку, ззовні. Частим проявом деперсоналізації є порушення «схеми тіла» — порушення відображення в нашій свідомості основних якостей і способів функціонування власного тіла, його окремих частин та органів. Такі порушення можуть виникнути при епілепсії, шизофренії, після черепно-мозкових травм.

До 3–4 річного віку синдрому потьмарення свідомості (делірій, онейроїд, аменція) або зовсім не виникають, або проявляються у вигляді рудиментарних проявів. У цьому віці найчастіше зустрічається оглушення, особливо в легкій стадії (обнубіляція та сомноленція).

Делірій виникає у дітей приблизно з 4–5 років, однак окремі ознаки цього синдрому (окремі галюцинації на тлі зміненої свідомості) можливі і в більш ранньому віці. У дітей старшого віку клінічні прояви делірію ідентичні дорослим. Муситуючий делірій у дітей зустрічається надзвичайно рідко, лише при дуже важких соматичних захворюваннях з різким виснаженням та астенізацією.

Типовий аментивний синдром розвивається лише у підлітків, а у дітей молодшого віку він проявляється переважно короткочасними епізодами неглибокого потьмарення свідомості.

Типовий розгорнутий онейроїдний синдром зустрічається, починаючи з підліткового віку.

У дітей молодшого шкільного віку діапазон рухових автоматизмів розширюється, нерідко зустрічається сноходіння (сомнамбулізм), сноговоріння. В більш старшому віці до проявів сутінкових станів додаються деякі варіанти нічних страхів. При цьому дитина раптово прокидається, кричить, плаче, відчуває виражений страх, не відповідає на запитання, не реагує на заспокоюючі слова, нерідко з'являються зорові галюцинації. Після виходу — повна амнезія.

Розгорнуті сутінкові стани з психотичними розладами (маячні ідеї, галюцинації з афективним напруженням, страхом, гнівом, психомоторним збудженням, схильністю до агресії) зустрічаються переважно у старших підлітків.

Питання для самоперевірки:

1. На основі яких характеристик оцінюється свідомість людини?
2. Порушення яких ознак самосвідомості веде до психічної патології?
3. Що є критеріями порушеної свідомості за К. Ясперсом?
4. Назвіть стани порушеної свідомості.
5. Охарактеризуйте приглушений стан свідомості.
6. Охарактеризуйте делірій.
7. Охарактеризуйте онейроїдний стан свідомості.
8. Охарактеризуйте сутінковий стан свідомості.
9. Назвіть розлади самосвідомості.
10. Охарактеризуйте псевдодеменцію.
11. Охарактеризуйте деперсоналізацію.

ТЕМА № 5. Розлади відчуттів та сприймання

Категорія слухачів: здобувачі освіти ОС «бакалавр» 3 року навчання за спеціальністю «Психологія» ІСТ Університету «Україна».

Навчальна мета: сформувати вміння визначати порушення сенсорно-перцептивної сфери, розрізняти патологічні і непатологічні прояви відчуттів та сприймання.

Виховна мета: сприяти формуванню наукового світогляду, моральних, естетичних та професійних якостей особистості в контексті теми, формування зацікавленого ставлення до поглиблення та розширення знань з психології.

Розвивальна мета: розвивати інтелектуальні здібності, мовлення, пам'ять, увагу, уяву, мислення, спостережливість, активність, творчість, самостійність здобувачів освіти та прищеплювати їм раціональні способи пізнавальної діяльності в контексті даної теми.

Міжпредметні та міждисциплінарні зв'язки:

Забезпечуючі дисципліни: загальна психологія, психологія особистості, диференційна психологія, соціальна та юридична психологія.

Забезпечувані дисципліни: психологія, психофізіологія, клінічна психологія, психотерапія і корекція, психопатологія, психіатрія.

Зміст заняття

1. Загальна характеристика розладів відчуттів та сприймання в патопсихології.
2. Ілюзії.
3. Галюцинації. Види галюцинацій.
4. Психосенсорні розлади.
5. Порушення впізнавання предметів. Псевдогнозії при деменції.

Література зі списку рекомендованої до дисципліни:

1. Вітенко І. С. Загальна та медична психологія : підручник для студентів медичних вузів. К. : Здоров'я, 1994. 294 с.
2. Гальчук О. Я. Клінічна психологія: [навч. посіб. для студ. вищ. навч. закладів]. К. : Атіка, 2012. 216 с.
3. Зейгарник Б. В. Патопсихология. М. : Апрель Пресс, Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000. 518 с.
4. Карвасарский Б. Д. Клиническая психология : учебник для вузов. 5-е изд., перераб. и доп. СПб. : Питер, 2014. 896 с.
5. Клиническая психология / под ред.: М. Перре, У. Баумана. 2-е междунар. изд. СПб. : Питер, 2003. 312 с.
6. Клиническая психология : учебник для вузов. 4-е изд. / Под ред. Б. Д. Карвасарского. СПб. : Питер, 2011. 864 с.
7. Мартинюк І. А. Патопсихологія : навчальний посібник. К. : Центр учбової літератури, 2008. 208 с.
8. Никоненко Ю. П. Клінічна психологія : навчальний посібник. К. : КНТ, 2016. 369 с.

1. Загальна характеристика розладів відчуттів та сприймання в патопсихології

Відчуття — первинний психічний акт, психічний процес відображення у свідомості людини окремих властивостей, якостей предметів або явищ при безпосередній їх дії на органи чуття. Відображення зовнішнього світу не обмежується відчуттями, а проявляються в складнішому процесі — процесі сприймання.

Сприймання — це психічний процес, при якому відчуття, отримані від подразників зовнішнього і внутрішнього середовища, переводяться в усвідомлювану інформацію.

Класифікація розладів відчуттів і сприймання:

I Гіпестезії і анестезії.

II Гіперестезії, парестезії.

III Сенестопатії.

IV Психосенсорні розлади.

1. Зорові психосенсорні розлади:

а) мікропсії

б) макропсії

в) дисморфопсії

2. Інтеро- і пропріорецептивні розлади:

– порушення схеми тіла

V Ілюзії

1. За аналізаторами: зорові, слухові нюхові, смакові, тактильні, загального почуття (вісцелярні і пропріорецептивні).

2. За механізмом виникнення:

1. Фізичні

2. Фізіологічні

3. Психічні

VI Галюцинації

1. За аналізаторами: зорові, слухові нюхові, смакові, тактильні, загального почуття (вісцелярні і пропріорецептивні).

2. За складністю: прості (фотопсії, акоазми), складні (що мають зміст).

3. За повнотою розвитку: повні (справжні, істинні) і неповні (неправдиві, псевдогалюцинації, галюциноїди).

4. Стосовно особистості хворого: нейтральні, коментуючі, імперативні.

5. Особливі види галюцинацій: гіпнагогічні, гіпнапомпичні, екстракампінні, рефлекторні, функціональні.

Гіпоестезія — зниження суб'єктивної яскравості і інтенсивності відчуттів і сприймання, що виявляються у втраті ними чуттєвої жвавості, яскравості, конкретності, аж до виникнення почуття їх відчуженості (входить в структуру синдрому деперсоналізації і дереалізації). Наприклад, хворий на шизофренію міг дивитися на сонце розплющеними очима без окулярів.

Анестезія — виключення відчуттів і сприйняття за рахунок порушень по ходу проєкційної системи або поразки кіркового ядра аналізатора (оптична, слухова, тактильна і інша анестезія). Спостерігаються при істерії.

Гіперестезія — загострення, посилення відчуттів раніше нейтральних подразників, супроводжується гіперпатичним емоційним забарвленням.

Подразник сприймається надмірно яскравим або гучним. Звичайне світло сліпить, звук голосу приголомшує, дотик відчувається, як хворобливий.

Синестезія — загострення сприйняття подразників з іррадіацією відчуттів і сприйнятів на інший аналізатор, внаслідок чого вони набувають невластивого їм забарвлення, характер подвійного відчуття. Наприклад, звуковий подразник викликає зорові відчуття, колір (кольорова музика); нюховий — зорові, кольорові (троянди пахнуть синім); звуковий подразник викликає больові відчуття.

Сенестопатія — різноманітні, край неприємні, обтяжливі і незвичайні відчуття, що виходять з окремих внутрішніх органів і різних областей тіла, і що не мають причин для їх виникнення, які можна визначити сучасними методами. Це невизначені відчуття у вигляді печіння, набрякання, розпирання, переливання, перекручення, болі в різних частинах тіла або в органах, в яких немає патологічного процесу (запалення, дегенерації та ін.). Сенестопатії можуть бути локалізованими або мігруючими, одиничними або множинними.

При шизофренії характерні сенестопатії химерні, «витіюваті» за характером.

Порушення процесів **сприймання** можуть носити кількісний характер, коли відбувається хворобливе посилення чи послаблення подразників, які надходять ззовні.

В умовах органічних уражень головного мозку, рідше інтоксикацій та соматичних захворювань, можуть виникати розлади сприймання типу дереалізації. Це складний патологічний стан, що ґрунтується на сприйнятті, поєднаному з певним порушенням свідомості. При цьому хворі пізнають реальну обстановку, однак вона здається їм інакшою. Звичайні подразники навколишнього середовища втрачають гостроту свого впливу на органи чуття. Такий хворобливий стан подекуди поєднується з **патологією самосприймання** — **деперсоналізацією**.

Порушення сприймання, за якого навколишня дійсність здається нереальною, називається дереалізацією. При цьому часто зовнішній світ сприймається, наче віддалений, позбавлений

різноманіття барв, емоцій. Також можуть відбуватися порушення пам'яті. Незнайомі явища сприймаються так, ніби раніше вже зустрічалися. Виникає переживання сприйнятого, як неясного, позбавленого характеру реальності. Дерезалізація може виникати у зв'язку з ураженням мозку або деякими психічними захворюваннями.

2. Ілюзії

Ілюзія — це викривлене сприйняття реально існуючих об'єктів. Ілюзії можуть бути фізіологічними, пов'язаними з недосконалістю органів чуттів людини чи фізичними властивостями предметів. Прикладом фізичної ілюзії може слугувати елементарний оптичний феномен: ложка здається зламаною у стакані води через відмінність переломних властивостей води й повітря. Фізіологічні ілюзії виникають, наприклад, у процесі розглядання малюнків «подвійного значення».

Зорові ілюзії проявляються у вигляді викривлення зорового образу, приміром, за формою, кольором, величиною, консистенцією, віддаленістю. Наприклад, тінь від предмету може нагадати силует людини. Безсюжетні візерунки або хмари в небі — складатися в певні образи, нагадуючи подобу конкретних предметів, тварин (подібні складні, або парейдолічні, ілюзії можуть виникати у хворих із невротичними розладами чи у здорових людей при втомі).

Слухові ілюзії виявляються в порушенні сприймання реальних шумів, звуків, що можуть сприйматись як мовлення чи інші звуки. Так, крик на вулиці може сприйматись як оклик на ім'я, різкий шум за дверима — як дзвінок у двері. Можливе також хибне враження від місцезнаходження, віддаленості джерела звуку.

Смакові ілюзії проявляються видозміною звичного для об'єкта смаку (поява «присмаку»), нюхові ілюзії — запаху. Наприклад, одразу після вживання надто солоної їжі ковток контрастно прісної води може створити ілюзію солодкуватого смаку рідини. Сукупність певних запахів може нагадати знайомі парфуми.

Часто трапляються *дотикові ілюзії*, що формуються на підставі реальних відчуттів (тактильних, больових, температурних). Так, доторкання до одного об'єкта може бути сплутане з іншим.

Появі подібних ілюзій сприяють певні фізіологічні або психологічні (афективні) особливості. Характер відчуттів від фізичного болю при травмах чи інших недугах нерідко описують словами «ріже», «коле», «горить».

В умовах емоційної напруги, страху можуть спостерігатися психічні ілюзії, що виникають як у зв'язку як із реальними причинами, так і хворобливими змінами відчуттів, вони називаються афективними.

Більшість людей має досвід спостерігання ілюзій. Такі явища можуть бути і у психічно здорових, і у хворих людей, але, якщо здорова людина, пригляdivшись, вслухавшись, дійде висновку, що це не є реальністю, і заспокоюється, то хвора (найчастіше характерно для початкових прояви хвороби) не замислюється про реальне походження ілюзії та оцінює її як підтвердження загрози, що насувається, підтвердження його осторог і страхів.

3. Галюцинації. Види галюцинацій

Галюцинації — це сприймання, що виникає без наявності реального об'єкта і супроводжується переконаністю в тому, що сприйнятий об'єкт дійсно існує; це найбільш яскраві порушення процесу сприймання, що суттєво змінюють поведінку людини й можуть бути хворобливими спонуканнями до дій.

За своєю формою галюцинації часто нагадують ілюзії. Проте якщо ілюзорне викривлення дійсності виникає внаслідок дії зовнішніх подразників на наші органи чуття, то галюцинації з'являються без будь-яких зовнішніх подразників, тобто об'єкта сприймання немає. Зміст галюцинацій найрізноманітніший. Хворий може бачити предмети, процеси, події, яких об'єктивно не існує, чути розмови, відчувати запахи, смак їжі і ставитися до галюцинацій як до чогось, що існує насправді.

Він може коритися «почутому» наказові, розмовляти з голосами, гнати від себе звірів тощо.

За реальністю проєкції галюцинаторного образу галюцинації бувають:

— *істинні* — людина вказує місце розташування образу, як правило, ззовні і на реальній для сприймання відстані (наприклад, образ людини, який вона бачить, бачить на вулиці, а не на місяці; звук чує за стіною, а не з відстані тисячі кілометрів чи з голови);

— *псевдогалюцинації* — помилкові образи без проєкції зовні.

Істинні галюцинації з'являються в полі дії того чи іншого органу відчуттів. Їх бачать, чують ззовні, з боку, як реальні образи і відчуття. Пацієнт із зоровими галюцинаціями уважно чи перелякано вглядається, озирається, інколи здійснює такі рухи, немов щось струшує з одягу. При слухових галюцинаціях він прислуховується, комусь відповідає, говорить вголос чи шепоче щось сам із собою, перелякано озирається, здригається. При цьому нерідко на питання лікаря відповідає недоречно, немов не чуючи питання, що задається. Зрідка хворий затикає вуха. При нюхових галюцинаціях можуть затискати ніс, на обличчі — гидлива гримаса. Такі зовнішні ознаки галюцинарної поведінки спостерігаються при гострих виражених психічних розладах. Істинні галюцинації розрізняють за органами відчуттів: зорові, слухові, нюхові, смакові, дотикові.

Зорові галюцинації нерідко носять загрозливий характер: хворі бачать страшні образи фантастичних чудовиськ, чортів, звірів, що хочуть їх розірвати, чи дрібних тварин — мишей, щурів, тарганів, які з усіх боків повзуть до них. Такі зорові омани сприйняття характерні для гострих психозів, зокрема, алкогольних, інколи бувають у хворих з інфекційними психозами.

Слухові галюцинації проявляються в окремих звуках, окриках, що лякають хворих. Часто зустрічаються вербальні (словесні) галюцинації, за яких хворі чують уривчасті слова чи цілі фрази, розмови. Причому зазвичай вони звернені до хворого, «голоси» запитують його про щось, погрожують йому, сварять його. Нерідко, особливо при алкогольних психозах,

слухові омани мають характер коментування: «голоси» обговорюють всі дії хворого. У деяких випадках «голоси» віддають накази, командують, змушують робити якісь дії всупереч його бажанню (імперативні галюцинації). Хворі не завжди можуть боротись з такими наказами і здійснюють під їхнім впливом вчинки, в тому числі й небезпечні.

Нюхові галюцинації полягають в тому, що хворий відчуває огидні, мерзенні запахи. Він відчуває, як від нього чи від їжі, яку він їсть, надходить трупний запах, запах гнилі, керосину і т. ін. Близькими до них є та часто зустрічаються одночасно з ними смакові галюцинації, за яких хворий поряд із неприємним запахом відчуває, ніби їжа має смак гнилого м'яса, гіркоти, мила і т. ін.

Дотикові галюцинації проявляються в химерних тактильних відчуттях: повзанні комах, змій, черв'яків під шкірою, відчуття волосся в роті. Більшість галюцинацій поєднуються між собою. Приміром, страшні зовні чорти можуть видавати звуки, розмовляти з хворим, погрожувати йому. Такого роду поєднувані галюцинації називаються комплексними. Участь хворого у розгортанні галюцинаторних образів буває різною. В одних випадках він — пасивний слухач чи глядач, в інших — учасник галюцинаторних подій. Видіння можуть бути немов спроектованими на стіни, як у кіно. Можуть розіграватися різні сцени, які хворий спостерігає. В інших випадках галюцинаторні образи оточують його, він знаходиться серед них, бере участь у тому, що відбувається.

Псевдогалюцинації також можуть бути поділені залежно від органів чуттів, але найчастішими є слухові, рідшими — зорові псевдогалюцинації. Ключова відмінність від істинних галюцинацій полягає в тому, що хворі усвідомлюють їх як щось суб'єктивне, незвичайне, те, що відрізняється від реальних образів. Ця нереальність сприйняття пов'язана з неіснуючими органами чуттів («бачу внутрішнім оком», «чую внутрішнім вухом»). Проектуються псевдогалюцинаторні образи у суб'єктивному просторі: всередині голови, в тілі хворого. Примітним є те, що наявне є відчуття неприродності, штучності таких образів.

Хворий, що відчуває псевдогалюцинації, зазвичай у поведінці не проявляє стану, пов'язаного з ними. Скарги таких людей надзвичайно складні. Вони повідомляють, що у них раптово з'являються «чужі» лунаючи думки, немов би хтось говорить у них в голові, чи «внутрішні голоси», які обговорюють їхні дії, сперечаються з ними. Цим «внутрішнім голосам» вони подумки відповідають, сваряться чи погоджуються з ними. При зорових псевдогалюцинаціях перед «внутрішнім поглядом» проходять різні образи, вони можуть бути кольоровими, але найчастіше невизначених кольорів, тьмяні, найрізноманітнішого вигляду, від страхотливих до приємних видінь. Вони можуть виглядати як цілі картини чи бути фрагментарними, уривчастими, швидкоплинними. Інколи хворий бачить якісь таємничі символи, сигнали і т. ін. Причому хворий усвідомлює, що ці образи сприймає лише він один. Зрідка виникає переконання, ніби сам він не керує власним мовленням, його язиком рухає стороння сила, яка змушує його говорити не те, що він думає.

Хворі зазвичай знаходять фантастичні чи ірраціональні пояснення цим явищам: «голоси» лунають із космосу, від представників позаземних цивілізацій; це — результат телепатичного впливу, гіпнозу, впливу таємничих апаратів, лазерних променів. У минулому це пояснювалось підступами диявола та інших потойбічних сил. Псевдогалюцинації завжди є ознакою психічного розладу і, хоча хворий ставиться до них, наче до нав'язливого явища, критичного оцінки їм не дає, усвідомлення хворобливості такого феномену відсутнє.

4. Психосенсорні розлади

Психосенсорні розлади (або розлади сенсорного синтезу) — це розлади, за яких відбувається викривлення сприйняття реально існуючих предметів навколишнього світу, простору та свого тіла.

Психосенсорні розлади класифікують таким чином залежно від викривленого аспекту сприйняття:

— форми: метафорфопсія — сприймання об'єктів у викривленій формі (деформованими, зламаними, нахиленими);

– розмірів: макроскопія — навколишні об’єкти здаються збільшеними; мікроскопія — навколишні об’єкти здаються зменшеними;

– простору: наприклад, відчуття, ніби предмети, що знаходиться поряд, розташовані на відстані десятків метрів або розвернуті на 180 градусів (праве — ліворуч, ліве — праворуч);

– кольору: наприклад, всі навколишні об’єкти здаються червоними або зеленими;

– часу: приміром, хворі в маніакальному стані сприймають час так, ніби він плине швидше, ніж в реальності, в депресивному — повільніше;

– свого тіла: «розлади схеми тіла», або аутометаморфопсія — викривлення сприймання розмірів, маси, форми власного тіла. Наприклад, хворі можуть стверджувати, що настільки збільшилися, що не вміщуються у своєму ліжку, або наче голова стала настільки важка, що її неможливо відірвати від подушки.

Примітним є те, що під впливом психосенсорних розладів реально існуючий (на відміну від галюцинацій) об’єкт, що сприймається, ідентифікується правильно (на відміну від ілюзій), але в зміненій, викривленій формі.

Психосенсорні розлади зазвичай спостерігаються за наявності різних органічних захворювань головного мозку, епілепсії (наприклад, у вигляді психосенсорних нападів), інтоксикаціях (у тому числі наркотичних), при мігрені. Під час нападу мігренозних болів викривлено сприймається не лише навколишній світ, але й тіло хворого; відповідно з локалізацією болю збільшеною зазвичай сприймається половина голови та око. Окрім психосенсорних розладів, хворі під час мігренозного нападу можуть відчувати елементарні галюцинації та підвищену вразливість до різних видів подразнень (гіперестезію).

5. *Порушення впізнавання предметів. Псевдоагнозії при деменції*

Агнозії — це розлади впізнавання. Вони виявляються в неспроможності ідентифікувати знайомі образи (зорові, слухові, просторові), та є результатом відносно локальних органічних уражень тім'яно-потиличних зон. Згідно з Олександром Лурією, з ураженнями правої півкулі пов'язані розлади впізнавання зорових образів (наприклад, невпізнання людей), ураження лівої півкулі може бути чинником розладів упізнавання знайомих слухових образів, мовлення, музики при збереженні впізнання слів.

Агнозії полягають у тому, що іноді ідентифікується то одна ознака предмету, то інша, а сам предмет не описується, оскільки не може бути здійснений синтез упізнаних його окремих ознак. Хворі можуть описувати точно предмети за конфігурацією, правильно визначати форму, навіть намалювати предмет, а впізнати на малюнку, пред'явленому ним, не можуть.

Підґрунтя агностичних розладів складають порушення смислової сторони сприйняття, це дало підстави вважати, що найчіткіше такі розлади повинні виступати у людей, що страждають на органічну деменцією, адже такий недуг передусім означає інтелектуально-мнестичне зниження.

Експериментальне дослідження Гіти Біренбаум підтвердило таке припущення. Дійсно хворі на деменцію не впізнавали силуетних і пунктирних малюнків. Особливо яскраво порушення сприймання у таких хворих виявляються при експозиції сюжетних зображень. Крім того, що такі люди не впізнають сюжету, в них відзначається ще ціла низка дуже характерних феноменів. Вони часто описують окремі предмети, не розуміючи загального змісту зображення, окремі частини малюнків зливаються з фоном. У деяких хворих агнозія поширюється також і на структуру, на форму зображення (що не зустрічається у хворих без інтелектуального зниження). Наприклад, людина може не впізнавати трикутник, називаючи його клином. Інколи хворий сприймає форму предметів, але відразу швидко настає розпад його структури, відповідно, правильне уявлення про об'єкт не

зберігається. Таким чином, при *псевдогнозії* чітко виступає порушення не лише смислових, але й структурних компонентів уваги. На думку Біренбаум, таке пов'язано з порушеннями оптичної уваги. Хворі, випадково вихоплюючи із зображення й описуючи окремі предмети, не можуть вловити загального зображення картини. Тобто, можуть бути адекватно змальовані окремі деталі побаченого, а іншим елементам приписані хибні властивості. При сприйнятті розфарбованих сюжетних картинок хворі легко піддаються враженню яскравого забарвлення окремих її фрагментів, і не можуть через це усвідомити її сюжет.

Відтак, у тих, хто страждає на деменцію, сприйняття є позбавленим від організаційної ролі мислення, стає дифузним, легко виникає його структурний розпад, несуттєві елементи малюнку стають центром уваги й ведуть до неправильного впізнання. Через це у хворих виявляються порушеними також константність і довільність сприйняття. Так, хворі не впізнають уже знайоме зображення, якщо його демонструвати в перевернутому вигляді. Отже, дослідження порушень сприймання у хворих на деменцію підтверджують провідну роль чинника свідомості й узагальнення в будь-якому акті перцептивної діяльності.

Питання для самоперевірки:

1. Охарактеризуйте розлади відчуттів та поясніть прояв кожного з них.
2. Охарактеризуйте основні розлади сприймання.
3. Чим відрізняються ілюзії від галюцинацій?
4. Опишіть види ілюзій.
5. Охарактеризуйте види галюцинацій.
6. Опишіть суть ейдетизму, сенестопатій, агнозій, сомато-агнозій.
7. Назвіть та опишіть види дереалізаційних розладів сприймання.
8. У чому полягає відмінність деперсоналізації від сомато-агнозії?
9. До якого виду розладів сприймання належить синдром Аліси в країні чудес?
10. Опишіть види порушень сприймання часу.

РОЗДІЛ II. РОЗЛАДИ ПСИХІЧНИХ ПІЗНАВАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ ТА ЕМОЦІЙНО-ВОЛЬОВОЇ СФЕРИ

ТЕМА № 6. Розлади уваги

Категорія слухачів: здобувачі освіти ОС «бакалавр» 3 року навчання за спеціальністю «Психологія» ІСТ Університету «Україна».

Навчальна мета: сформувати вміння визначати порушення уваги та диференціювати їх від непатологічних особливостей прояву уваги, визначати за критеріями основні прояви синдрому дефіциту уваги у дітей.

Виховна мета: сприяти формуванню наукового світогляду, моральних, естетичних та професійних якостей особистості в контексті теми, формування зацікавленого ставлення до поглиблення та розширення знань з психології.

Розвивальна мета: розвивати інтелектуальні здібності, мовлення, пам'ять, увагу, уяву, мислення, спостережливість, активність, творчість, самостійність здобувачів освіти та прищеплювати їм раціональні способи пізнавальної діяльності в контексті даної теми.

Міжпредметні та міждисциплінарні зв'язки:

Забезпечуючі дисципліни: загальна психологія, психологія особистості, диференційна психологія, соціальна та юридична психологія.

Забезпечувані дисципліни: психологія, психофізіологія, клінічна психологія, психотерапія і корекція, психопатологія, психіатрія.

Зміст заняття

1. Загальна характеристика розладів уваги в патопсихології.
2. Синдром дефіциту уваги у дітей.
3. Особливості дослідження розладів уваги.

Література зі списку рекомендованої до дисципліни:

1. Вітенко І. С. Загальна та медична психологія : підручник для студентів медичних вузів. К. : Здоров'я, 1994. 294 с.
2. Гальчук О. Я. Клінічна психологія: [навч. посіб. для студ. вищ. навч. закладів]. К. : Атіка, 2012. 216 с.
3. Зейгарник Б. В. Патопсихология. М. : Апрель Пресс, Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000. 518 с.
4. Карвасарский Б. Д. Клиническая психология : учебник для вузов. 5-е изд., перераб. и доп. СПб. : Питер, 2014. 896 с.
5. Клиническая психология / под ред. : М. Перре, У. Баумана. 2-е междунар. изд. СПб. : Питер, 2003. 1312 с.
6. Мартинюк І. А. Патопсихологія : навчальний посібник. К. : Центр учбової літератури, 2008. 208 с.
7. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология : учебное пособие. 6-е изд. М. : МЕДпресс-информ, 2008. 432 с.
8. Никоненко Ю. П. Клінічна психологія : навчальний посібник. К. : КНТ, 2016. 369 с.

1. Загальна характеристика розладів уваги в патопсихології

Увага — це пізнавальний процес, що обумовлює спрямованість і зосередженість психічної діяльності на певному об'єкті чи виді діяльності.

Увагу характеризують також як процес свідомого чи не-свідомого відбору інформації, що надходить через органи чуттів при одночасному ігноруванні іншої.

Увага є важливою умовою для продуктивної психічної діяльності. При порушеній увазі погіршуються сприймання, мислення, пам'ять, інтелектуальний процес. Увага страждає і при багатьох соматичних хворобах. Патологія уваги — обов'язковий компонент астеничного стану.

З урахуванням участі вольової діяльності виділяють *мимо-вільну* і *довільну* увагу, які відрізняються ступенем контролювання людиною процесів уваги.

Мимовільна увага складається стихійно, тобто спрямованість і зосередженість на об'єкті чи виді діяльності диктується об'єктом уваги і поточним станом суб'єкта, тоді як у механізмах довільної уваги істотну роль грають загальні навички й уміння до зосередженості, що формуються в процесі навчання, а також мотивація.

На процес уваги істотний вплив мають три фактори:

- 1) тип вищої нервової діяльності (темперамент);
- 2) навички й уміння в даній сфері;
- 3) зацікавленість людини в тій чи іншій діяльності (мотивація, афективна включеність), що вимагає зосередженості.

Увага характеризується такими основними властивостями: стійкість, зосередженість, переключення, розподіл і обсяг.

Стійкість уваги — це здатність протягом тривалого часу зосереджувати увагу на якомусь об'єкті, предметі діяльності, не відволікаючи і не послабляючи увагу. Переважно, стійкість уваги залежить від стану вищої нервової діяльності, тому дана властивість може входити до структури деяких характерологічних особливостей (зокрема, епілептоїдної і паранойяльної акцентуації характеру). Стійкість уваги також порушується при астенічних розладах різного генезу, в тому числі і при соматичних захворюваннях.

Зосередженість уваги називають здатність зосереджувати увагу на одних об'єктах при ігноруванні інших. Зосередженість уваги в меншому ступені, ніж стійкість, зв'язана з психофізіологічними процесами. Причиною більшого чи меншого ступеня концентрації (зосередженості) уваги можуть полягати в мотивації. Діяльність людини, що є значимою для неї, цікавить її, здатна призвести до більшої зосередженості, ніж нудна і нецікава.

Переключення уваги характеризує здатність переключати зосередженість з одного об'єкта на інший без істотної втрати здатності до концентрації. Для переключення важливою є швидкість, з якою людина здатна переводити увагу з одного об'єкту на інший. Про властивість переключення можна судити як по оцінці довільної, так і мимовільної уваги. Здатність до переключення уваги знижується при епілептоїдних та паранойяльних проявах.

Здатність розосередити увагу між значною кількістю числі предметів чи видів діяльності, паралельно з однаковою зосередженістю на них, називається **розподілом уваги**. Наприклад, досвідчений водій може вести автомобіль, слідкуючи за дорожньою ситуацією і одночасно розмовляючи, палячи і т.п. Ця властивість важлива для роботи, у якій потрібен одночасний контроль за значним числом процесів: у медицині це робота лікарів майже всіх спеціальностей — хірургів, анестезіологів, терапевтів, психіатрів, педіатрів і т.д. На розподіл уваги негативно впливає стомлення (фізичне і психічне).

Під **обсягом уваги** розуміють кількість інформації, що одночасно здатна зберігатися в сфері уваги людини. Підраховано, що середньому обсяг уваги людини складає 5–7 одиниць інформації (наприклад, людина може запам'ятати 5–7 чисел, слів, картинок, речень і т.п.).

Увага характеризує узгодженість різних ділянок функціональної структури дії і визначає успішність виконання цієї дії (наприклад, швидкість і точність розв'язання завдання).

У психіатрії окремі симптоми порушення уваги, як правило, не виокремлюють, проте в процесі клінічного обстеження нездатність зосередитися, неухважність людини завжди відзначається в рамках визначення психопатологічних синдромів. Спеціальні дослідження порушень уваги як важливої характеристики психічної діяльності проводяться у галузі психології. Показники уваги однієї людини можуть суттєво коливатися залежно від втоми і загального стану організму, від умов середовища, а також від ставлення людини до певної діяльності. Порушення уваги зазвичай спостерігаються при психогенно і соматогенно зумовлених астеничних станах і вельми своєрідно проявляються при ураженнях різних структур головного мозку.

Залежно від модальності прояву виокремлюють два основних **типи порушень уваги**:

1) *модально неспецифічні порушення уваги* поширюються на будь-які форми й рівні уваги. Хворий не може зосередитися на стимулах будь модальності (зорових, слухових, тактильних та ін.). Подібного роду порушення є характерними для хворих

з органічними ураженнями головного мозку, особливо його неспецифічних серединних структур різних рівнів;

2) *модально специфічні порушення уваги* проявляються тільки в одній сфері, наприклад, лише в зоровій, слуховій, тактильній або у сфері рухів. Це особливий тип порушень уваги, що в клінічних проявах локальних уражень головного мозку описується як явище ігнорування тих чи інших стимулів.

До патологічних проявів уваги традиційно відносять її недостатню концентрацію, нестійкість, уповільнене переключення, порушення її розподілу й, відповідно, розсіяність.

Види патології уваги зазвичай класифікують таким чином:

1) *слабкість активної уваги* (спрямованої зосередженості на обраному об'єкті) — характерний симптом сильних органічних уражень головного мозку, астеничних станів. Наприклад, виконуючи завдання, після перших 2–3 правильних відповідей хворий починає помилятися, а після короткого відпочинку може знову давати правильні відповіді;

2) *відволікання уваги* — це характерний симптом маніакальних станів. При цьому порушується процес зосередження, що лежить в основі активної уваги. Переважає пасивна, або мимовільна, увага, об'єктом якої зазвичай бувають другорядні предмети та явища;

3) *підвищена зосередженість уваги* — симптом, що спостерігається при депресіях, коли увага хворих зосереджена на невеликій, незвично обмеженій кількості уявлень, як правило, неприємного змісту, при соматичних захворюваннях, при іпохондричних неврозах, епілепсії. Таке явище пов'язане з малою рухливістю, інертністю нервових процесів при цих недугах.

2. Синдром дефіциту уваги у дітей

Окрему групу порушень окреслюють у дитячій практиці — **синдром дефіциту уваги**.

Синдром дефіциту уваги і гіперактивність (СДУГ) — це поєднання дифіцитарності уваги, імпульсивності та гіперактивності, він має такі критерії визначення:

А. Стіяка неуважність і / або імпульсивність / гіперактивність, що перешкоджає функціонуванню або розвитку, як охарактеризовано в пунктах (1) і / або (2):

1. Шість (чи більше) з таких симптомів тривають щонайменше 6 місяців у ступені, що не узгоджується з рівнем розвитку, і негативно впливають на соціальну та академічну / професійну діяльність (симптоми не є проявом опозиційної поведінки, демонстративної непокори, ворожості або нерозуміння завдань та інструкцій. Для старших підлітків і дорослих (17 років і старших) потрібно, щонайменше, 5 ознак):

а) часто приділяє недостатньо пильну увагу до деталей або робить помилки через неуважність на заняттях у школі, на роботі, під час інших видів діяльності (наприклад, не помічає або пропускає деталі, робота є неакуратною);

б) часто має труднощі з утриманням уваги на завданнях або під час гри (наприклад, має труднощі з концентрацією уваги під час лекцій, розмов або тривалого читання);

в) часто здається, що не слухає при безпосередньому зверненні (наприклад, складається враження, що блукає думками в іншому місці, навіть за відсутності будь-яких очевидних відволікань);

г) часто не виконує вказівок і не в змозі завершити шкільне завдання, повсякденні домашні справи або обов'язки на робочому місці (наприклад, починає завдання, але швидко втрачає зосередженість і легко відволікається);

д) часто має проблеми із організацією завдань та заходів (наприклад, труднощі з опануванням послідовних завдань та із зберіганням речей в порядку; неохайна, неорганізована робота, недостатнє управління часом, неможливість завершити роботу в термін);

е) часто уникає, не любить або неохоче займається завданнями, які вимагають постійних розумових зусиль (наприклад, шкільні або домашні завдання, для підлітків старшого віку і дорослих — підготовка звітів, заповнення форм, перегляд великої кількості паперів);

ж) часто губить речі, необхідні для виконання завдань чи роботи (наприклад, шкільне приладдя, олівці, книжки, інструменти, гаманці, ключі, окуляри, документи, мобільні телефони);

h) легко відволікається на сторонні подразники (старші підлітки і дорослі — на не пов'язані між собою думки); і часто забудькуватий / а у повсякденній діяльності (наприклад, у виконанні домашніх справ, доручень; старші підлітки і дорослі — в оплаті рахунків, відповідях на телефонні дзвінки, дотриманні домовленостей про зустрічі).

2. Гіперактивність та імпульсивність. Шість (чи більше) з таких симптомів тривають щонайменше 6 місяців у ступені, що не узгоджується з рівнем розвитку, і негативно впливають безпосередньо на соціальну і академічну / професійну діяльність (симптоми не є проявом опозиційної поведінки, демонстративної непокори, ворожості або нерозуміння завдань та інструкцій. Для старших підлітків і дорослих (17 років і старших) потрібно, щонайменше, 5 ознак):

a) часто непосидючий / а, стукає руками чи ногами або крутиться на місці;

b) часто покидає своє місце, коли необхідно залишатись (наприклад, встає зі свого місця в класі, офісі або в інших ситуаціях, котрі вимагають сидіти на місці);

c) часто рухається від місця до місця, встає в ситуаціях, коли це недоречно (у підлітків та дорослих може бути обмежене відчуття невгамовності);

d) часто не може спокійно гратись або брати участь у дозвіллі;

e) часто «в русі», поводить ся, як «заведений / а» (наприклад, почувається некомфортно, коли треба сидіти впродовж тривалого часу, наприклад, у ресторанах, на зустрічах; збоку виглядає, як неспокійний / а або такий / а, якому / їй важко себе стримувати);

f) часто говорить надміру;

g) часто «випалює» відповідь ще до того, як питання було завершено (наприклад, завершує речення іншої людини, не може дочекатися своєї черги у розмові);

h) часто має труднощі із дотриманням своєї черги (наприклад, коли стоїть у черзі);

i) часто перебиває або втручається у діяльність інших (наприклад, втручається у розмови, ігри чи іншу діяльність; може

брати чужі речі, не питаючи і не чекаючи дозволу; дорослі та підлітки можуть безцеремонно втручатися у справи інших).

В. Деякі симптоми неуважності або імпульсивності / гіперактивності спостерігалися у віці до 12 років.

С. Декілька симптомів неуважності або імпульсивності / гіперактивності присутні у двох або більше випадках (наприклад, вдома, в школі, на роботі, з друзями чи родичами, в іншій діяльності).

Д. Існує чітке свідчення того, що симптоми заважають або знижують якість соціального, академічного і професійного функціонування.

Е. Симптоми не є проявом шизофренії чи іншого психічного розладу і не пояснюються іншими клінічними розладами (наприклад, розладами настрою, тривожними розладами, розладами особистості, інтоксикацією різними речовинами або синдромом відміни).

Також розрізняють ступені важкості прояву СДУГ:

Легкий: декілька симптомів, результатом яких є незначні порушення в соціальній і професійній діяльності.

Помірний: симптоми чи функціональні порушення знаходяться в діапазоні між «легким» і «важким» ступенями.

Важкий: кількість симптомів є істотно більшою від необхідної для встановлення діагнозу, або симптоми призводять до помітного порушення у соціальній та професійній сферах.

Особливості дослідження розладів уваги

При дослідженні уваги необхідно враховувати її особливості в різних формах діяльності, її зміни залежно від втоми й загального стану організму, у зв'язку з умовами середовища, ставленням людини до діяльності, з його емоційними переживаннями і т. ін.

У дитячій практиці велике значення може мати вивчення того, як розвивається увага дитини під час навчально-виховної діяльності. Деколи важливо з'ясувати, чи знижується увага школяра під час останніх уроків, до кінця року, чи покращується вона після канікул. Корисно знати, під час вивчення

яких предметів учень менш уважний. Такі дані можуть допомогти правильно визначити характер необхідних профілактичних або, подекуди, лікувальних заходів.

Підвищена втомлюваність особливо виражається у зниженні уваги. Тому в низки дорослих, що скаржаться на таку проблему, доцільно виявити шляхом опитування, яких помилок вони припускаються під час своєї діяльності й коли переважно це відбувається. При цьому варто звернути увагу на помилки в письмі та рахуванні.

Подекуди втомлені й перевтомлені люди, читаючи, раптом помічають, що певний час вони читали «механічно», не вникаючи в зміст прочитаного. Варто виявити, наскільки зростає відволікання й, відповідно, необхідність підвищення напруження уваги, а також виникнення або зростання розсіяності.

Особливості уваги також можливо досліджувати за допомогою експериментально-психологічних методів. Зокрема, популярним є коректурний метод (таблиці Бурдона — Анфімова). Досліджуваному пред'являють бланк із надрукованими в рядок у довільному порядку літери та пропонують, продивляючись уважно рядок за рядком, викреслити якусь одну літери (інколи дві чи три). Зазвичай дослідження триває 5–8 хвилин. Доцільно відзначати на бланку закінчення кожної хвилини. Здорова й не перевтомлена людина не припускається під час такого досліду помилок або робить їх небагато. За наявності помилок варто звернути увагу, чи збільшується їх кількість в останні хвилини роботи. Таке збільшення свідчить про підвищену втомлюваність або виснаженість. Таке характерно, приміром, для людей, що страждають на органічні захворювання головного мозку чи неврози. Варто враховувати, чи не сповільнений процес коректури, чи не зростає сповільнення в процесі дослідження.

Для експериментально-психологічного вивчення уваги також використовуються і таблиці, призначені для рахування. Наприклад, представлено низку чисел від 1 до 25, і в кожному рядку наявні пропуски. Від випробовуваного потребується помітити їх та виправити. Можна досліджувати виснаженість уваги, пропонуючи випробовуваному віднімати від 100 по 7 чи

по 13, спостерігач при цьому повинен фіксувати час виконання завдання та кількість допущених помилок. Вибір на користь одного з числа розроблених методів вивчення уваги зумовлюють конкретні задачі, що стоять перед дослідником.

Питання для самоперевірки:

1. Охарактеризуйте основні властивості уваги.
2. Які є види уваги?
3. Охарактеризуйте порушення об'єму, спрямованості уваги.
4. Що таке надмірна тугорухливість, виснажуваність уваги, як це проявляється?
5. Що таке СДУГ?
6. Якими критеріями визначається СДУГ?
7. Опишіть основні методи дослідження порушень уваги, працездатності.

ТЕМА № 7. Розлади пам'яті

Категорія слухачів: здобувачі освіти ОС «бакалавр» 3 року навчання за спеціальністю «Психологія» ІСТ Університету «Україна».

Навчальна мета: сформувати вміння розрізняти кількісні та якісні варіанти порушення пам'яті, визначати їх причини та особливості прояву, діагностувати їх у клінічній бесіді та за допомогою психодіагностичного інструментарію.

Виховна мета: сприяти формуванню наукового світогляду, моральних, естетичних та професійних якостей особистості в контексті теми, формування зацікавленого ставлення до поглиблення та розширення знань з психології.

Розвивальна мета: розвивати інтелектуальні здібності, мовлення, пам'ять, увагу, уяву, мислення, спостережливість, активність, творчість, самостійність здобувачів освіти та прищеплювати їм раціональні способи пізнавальної діяльності в контексті даної теми.

Міжпредметні та міждисциплінарні зв'язки:

Забезпечуючі дисципліни: загальна психологія, вікова психологія, психологія особистості, диференційна психологія, соціальна та юридична психологія.

Забезпечувані дисципліни: психологія, психофізіологія, клінічна психологія, психотерапія і корекція, психопатологія, психіатрія.

Зміст заняття

1. Загальна характеристика кількісних порушень пам'яті: амнезії, гіпомнезії, гіпермнезії.
2. Якісні порушення пам'яті — парамнезії.
3. Патогенетичні механізми розладів пам'яті.
4. Порушення безпосередньої пам'яті. Корсаковський синдром.
5. Прогресуюча амнезія.
6. Порушення динаміки мнестичної діяльності.

Література зі списку рекомендованої до дисципліни:

1. Вітенко І. С. Загальна та медична психологія : підручник для студентів медичних вузів. К. : Здоров'я, 1994. 294 с.
2. Гальчук О. Я. Клінічна психологія: [навч. посіб. для студ. вищ. навч. закладів]. К. : Атіка, 2012. 216 с.
3. Зейгарник Б. В. Патопсихология. М.: Апрель Пресс, Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000. 518 с.
4. Карвасарский Б. Д. Клиническая психология : учебник для вузов. 5-е изд., перераб. и доп. СПб. : Питер, 2014. 896 с.
5. Клиническая психология / под ред.: М. Перре, У. Баумана. 2-е междунар. изд. СПб. : Питер, 2003. 1312 с.
6. Клиническая психология: Учебник для вузов. 4-е изд. / Под ред. Б. Д. Карвасарского. СПб. : Питер, 2011. 864 с.
7. Мартинюк І. А. Патопсихологія : навчальний посібник. К. : Центр учбової літератури, 2008. 208 с.
8. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология : учебное пособие. 6-е изд. М. : МЕДпресс-информ, 2008. 432 с.
9. Никоненко Ю. П. Клінічна психологія : навчальний посібник. К. : КНТ, 2016. 369 с.

1. Загальна характеристика кількісних порушень пам'яті: амнезії, гіпомнезії, гіпермнезії

Амнезія (грец. *amnesia* забудькуватість, втрата пам'яті) — це втрата пам'яті, часткова або повна, тимчасова або постійна; нездатність відтворювати інформацію, отриману в минулому.

У цілому її причини діляться на психологічні та органічні. Якщо причина психологічна, амнезію називають психогенною; вона є симптомом дисоціативної реакції, за якої уявлення хворого про самого себе та минулий досвід відокремлюються від основного потоку свідомості.

Амнезію може викликати будь-який досить сильний емоційний шок. Органічними причинами є як пошкодження головного мозку (наприклад, струс головного мозку), так і його морфологічні зміни (приміром, пов'язані з атеросклерозом

артерій). Амнезію можуть супроводжувати певні види епілепсії, афазії, шизофренії.

Діагноз ставиться на підставі клінічних симптомів, результатів нейропсихологічного й радіологічного досліджень. Лікування спрямовано на першопричину захворювання.

Оперування пам'яттю включає реєстрацію (прийом нової інформації), кодування (формування зв'язків, відмітки часу та інші процеси, необхідні для пошуку інформації) та вилучення інформації. Порушення будь-якого з цих етапів може спричинити амнезію.

Амнезія може бути класифікована як *ретроградна* (зникнення з пам'яті подій до травми), *антероградна* (зникнення з пам'яті подій, що мали місце після травми), глобальна (втрата здатності запам'ятовувати нову інформацію та зникнення з пам'яті нещодавніх подій).

Амнезія може бути транзитною (наприклад, після травми мозку), постійною (після тяжких захворювань, таких як енцефаліт, тотальна ішемія мозку чи зупинка серця) або прогресуючою (у зв'язку з дегенеративною деменцією, приміром, при хворобі Альцгеймера).

Розлади *декларативної пам'яті* (на події та факти) виявляються в тому, що пацієнт забуває знайомі обличчя, втрачає доступ до минулому індивідуальному досвіду. Порушення *процедурної (імпліцитної) пам'яті* полягає в неспроможності користуватися надбаними раніше навичками.

Гіпомнезія — це зниження пам'яті. Зазвичай є характерним для всіх людей похилого віку. Розвиток гіпомнезії підпорядковується закону Рібо — Джексона (зворотний хід пам'яті): накопичена за все життя інформація поступово втрачається в порядку, зворотно пропорційному її надбанню, тобто, від теперішнього до минулого. У першу чергу при цьому страждає механічна пам'ять на імена, номери телефонів, точні дати, важливі життєві події. Особливо характерною гіпомнезія є для судинних, травматичних і атрофічних процесів головного мозку.

Гіпермнезія — це короткочасне посилення, загострення пам'яті. Хворий, на власний подив, згадує давно забуті доволі

крупні епізоди свого дитинства та юності у дрібних деталях, відтворює напам'ять цілі сторінки колись прочитаних, але давно забутих творів. Стан гіпермнезії фіксується при маніакальному синдромі, деяких маревневих станах, наркоманіях, а також в умовах виняткових станів, наприклад, перед смертю, коли все життя людини може миттєво промайнути перед її очима. Після усунення хворобливого стану гіпермнезія минає.

2. *Якісні порушення пам'яті — парамнезії*

Парамнезії — це порушення пам'яті у вигляді викривлення, омани пам'яті, хибних спогадів.

Виокремлюють такі *форми парамнезії*:

1) *псевдоремінісценції* — хибні спогади. Спогади про реальні події відносяться в уві хворого і інший часовий відрізок. Перенесення подій здійснюється зазвичай із минулого в теперішнє, в якому заміщує провали пам'яті, що виникли в результаті фіксаційної чи прогресивної амнезії. Різновидом псевдоремінісценцій є екмнезії — зсув ситуацій у минулому, давні події переносяться в теперішнє. Входять до структури корсаковського синдрому, прогресивної амнезії, парамнестичної деменції;

2) *криптомнезії* — викривлення пам'яті, за яких відбувається відчуження або привласнення спогадів. Входять до структури деяких варіантів психоорганічного синдрому при ураженні тім'яно-скроневої відділів головного мозку, а також параноїчного синдрому. Існують такі форми криптомнезій:

– асоційовані (хворобливо привласнені) спогади — почуте, прочитане, побачене уві сні, в кіно, згадується, наче реальний досвід, що мав місце бути;

– хибні асоційовані (відчужені) спогади — протилежний розлад. Реальні події з власного життя хворого у спогадах пролітають, ніби такі, що відбувалися з кимось іншим;

3) *ехомнезії* — омани пам'яті, за яких певна подія, факт, переживання у спогадах здаються подвоєними, потроєними. Входять у структуру психоорганічного синдрому з переважним ураженням тім'яно-скроневої області;

4) *конфабуляції* («вигадки пам'яті», «галюцинації пам'яті», «маячна уяви») — яскраві, образні хибні спогади з патологічною впевненістю в їхній істинності. Хворий пригадає події та факти, які нібито відбувалися в його житті, тоді як у дійсності вони відсутні. Існує три варіанти конфабуляцій:

– заміщення конфабуляції — хибні спогади, що заповнюють провал пам'яті. Входять до структури корсаковського синдрому, прогресивної амнезії, парамнестичної деменції;

– фантастичні конфабуляції — хибні спогади про фантастичні події, що нібито відбувалися в минулому. Входять до структури конфабуляторно-маячних та гострих парафренних синдромів;

– паралітичні конфабуляції — хибні спогади безглузкого змісту. Входять до структури паралітичного слабоумства.

5) *галюцинаторні спогади* (Кальбаум) — факт, впізнаний у галюцинаторному переживанні, фіксується в пам'яті як реальна подія, проєктується в минуле, де в дійсності не відбувався;

б) *псевдогалюцинаторні псевдо спогади* (Кандинський) — створений в уяві факт одразу ж стає змістом найчастіше слухової або зорової галюцинації та з цієї миті наявний у свідомості хворого як спогад про реальні події, що нібито відбувалися в його житті. Входять до структури галюцинаторного варіанту синдрому Кандинського, парафренних синдромів.

3. Патогенетичні механізми розладів пам'яті

Патогенетичні механізми розладів пам'яті неоднозначні. Велике значення має зниження тонузу кори великого мозку, внаслідок чого сліди вражень стають нестійкими, легко гальмуються.

Важка, незворотна втрата пам'яті зазвичай супроводжує дегенеративні деменції, тяжку травму мозку, гіпоксію або ішемію мозку, порушення харчування при алкоголізмі та різноманітні лікарські інтоксикації.

Ретроградна та антероградна амнезія на періоди безпосередньо до та після струсу головного мозку або більш тяжкої черепно-мозкової травми також відбувається у зв'язку з ураженням

медіальних відділів скроневої частки. В результаті сильнішого пошкодження мозку можуть залучатися й інші структури, що беруть участь у зберіганні та відтворенні інформації, як це спостерігається при багатьох захворюваннях, що призводять до деменції. Своєю чергою, надмірні психотравми або стреси можуть зумовити розлади пам'яті психологічного походження.

Кляйст вважав, що механізми розладів пам'яті виникають через ураження вищих центрів пам'яті в корі головного мозку. При цьому зауважувалось, що зорова пам'ять страждає при локалізації осередку ураження в потиличній частці.

Проте така теорія по мірі вдосконалення клінічної психіатрії та накопичення фізіологічних даних дедалі більше втрачала своє значення. Виникали описи розладів пам'яті, не пов'язані з ураженням головного мозку. Прикладом можуть слугувати психогенні розлади пам'яті, хибні спогади (конфабуляції) при шизофренії і т. ін.

У своїй фізіологічній теорії пам'яті Сеченов стверджував, що підґрунтя пам'яті складають рефлекторні механізми. Було зазначено, що при низці захворювань, приміром, старчих атрофічних процесах, у корі головного мозку відбувається зниження реактивності нервових клітин, виникає ускладнення та навіть повне призупинення як відтворення старих, так і встановлення нових тимчасових зв'язків.

Так само можна пояснити порушення пам'яті в тих осіб, що страждають на функціональні розлади нервової системи. Патофізіологічно, ймовірно, в основі гіпомнезії лежить гальмування раніше утворених умовних рефлексів та ускладнення вироблення нових.

4. Порушення безпосередньої пам'яті, або Корсаковський амнестичний синдром

Порушення безпосередньої пам'яті, або Корсаковський амнестичний синдром, — це порушення пам'яті, пов'язаної з поточними подіями. Він є одним із найбільш досліджених розладів безпосередньої пам'яті. Порушується можливість зберігати нову

отриману інформацію, але при цьому не страждає пам'ять на події далекого минулого. Синдром порушення пам'яті на поточні події описав психіатром Сергій Корсаков. Такий вид порушень пам'яті часто поєднується з конфабуляціями (заповненням провалів у пам'яті неіснуючими подіями) щодо поточних подій і їх дезорієнтацією в місці і в часі. Хворі з такими порушеннями пам'яті не пам'ятають подій недавнього минулого, але фотографічно відтворюють ті події, які відбулися з ними багато років тому.

Часто корсаковський синдром може проявлятися в неточності відтворення почутого і побаченого або неточному орієнтуванні. При цьому іноді виникає помилкове відтворення, без грубих конфабуляцій: хворі помічають прогалини у своїй пам'яті і намагаються їх усунути, вигадуючи неіснуючий варіант подій. Порушення пам'яті на нещодавні події поєднуються з недостатнім орієнтуванням у навколишньому середовищі, реальні події можуть то чітко виступати у свідомості хворого, то химерно переплітатися з подіями, що не відбувалися в дійсності. Таким чином, неможливість відтворення інформації теперішнього моменту не дозволяє організувати майбутнє, порушується взаємозв'язок окремих періодів життя.

Особливу форму набувають розлади пам'яті при корсаковському синдромі у тому випадку, якщо вони розвиваються на тлі вираженої аспонтанності, тобто грубих порушень мотиваційної сфери у хворих з ураженнями лобово-базальних відділів мозку. Такі порушення пам'яті виявляються на тлі апатичного або ейфорійного стану.

Для апатичного стану характерною є неспроможність робити власний довільний вибір і, відповідно, діяльність, позбавлена цілеспрямованості. Такі люди раптово переключаються з одного виду діяльності на інший. Ейфорійний стан виявляється в безтурботній поведінці, некритичності, надмірній та недоречній розкутості.

5. Прогресуюча амнезія

Прогресуюча амнезія — це таке порушення пам'яті, коли розлад впливає не лише на поточні події, але і на минулі. Хворі не пам'ятають минулого, плутають його з сьогоднішнім, зміщують хронологію подій. Характерною стає дезорієнтація в часі та просторі. При амнестичній дезорієнтації минулі фахові навички можуть бути відтворені в теперішньому часі.

Дані порушення пам'яті найчастіше відзначаються при психічних захворюваннях пізнього віку. Їхнє підґрунтя складає прогресивна, якісно своєрідна деструкція кори головного мозку. Поступово розвиваються розлади пам'яті: спершу знижується здатність до запам'ятовування поточних подій, далі стираються події останніх років та частково давно минулого часу. Хворий живе не в реальній ситуації, яку він вже не сприймає, а в уривках обставин, уявлень, дій, правил, що були актуальними в далекому минулому. Старече слабоумство розвивається поступово.

Існує думка, що неясне сприйняття світу при старечому слабоумстві виникає у зв'язку з розгальмуванням вироблення диференційовок і загальним ослабленням аналізаторних функцій кори. Нервові процеси стають інертними та не встигають за зміною подій, що відбуваються в реальному світі. Хворі здатні фіксувати лише окремі частини таких подій.

6. Порушення динаміки мнестичної діяльності

Подекуди розлади пам'яті проявляються не в порушенні окремих її процесів, а в порушенні динаміки всієї мнестичної діяльності. У таких випадках пам'ять хворих носить переривчастий характер, що проявляється в коливаннях продуктивності як процесу запам'ятовування, так і процесу відтворення. Хворі протягом певного часу то добре запам'ятовують і відтворюють матеріал, то, через деякий час, не можуть цього зробити успішно. Порушення динамічної сторони пам'яті характерні для хворих із судинною патологією, а також тих, хто переніс травми головного мозку. Такі коливання мнестичної діяльності чітко проявляються при виконанні експериментальних завдань,

наприклад, таких, як проба на запам'ятовування 10 слів (методика Олександра Лурії). Коливання продуктивності пам'яті виявляються при запам'ятовуванні й відтворенні також складнішого матеріалу (текстів, оповідань). Хворі в один період часу можуть докладно, в деталях відтворювати текст якогось оповідання, а через деякий час виявляються не в змозі передати легший від попереднього сюжет.

Порушення динамічної сторони пам'яті рідко зустрічаються ізольовано. У таких хворих експериментально виявляється лабільність всіх форм їхньої діяльності, їх пізнавальної та афективно-емоційної сфери. При виконанні будь-яких завдань (інтелектуальних, сенсомоторних і т. ін.), що вимагають тривалого й спрямованого утримання мети, послідовності операцій, часто виявляється нестійкість продуктивності. Часто адекватне виконання завдання переривається раптово виниклим коливанням ефективності. Отже, порушення динаміки мнестичної діяльності проявляється в поєднанні з переривчастістю всіх психічних процесів хворих та є індикатором нестійкості розумової працездатності хворих у цілому, її виснаження.

На те, що порушення динаміки мнестичної діяльності є окремим випадком розладів розумової працездатності, вказує можливість її поліпшення при застосуванні засобів опосередкування. Наприклад, у повсякденному житті люди, що страждають на таких недуг, використовують різні мнемотехнічні засоби («вузлики на пам'ять»). У психологічному експерименті можливість застосування опосередкування також підвищує продуктивність пам'яті (показники безпосередньої пам'яті у таких хворих переважно нижчі від показників опосередкованої пам'яті).

Проте в деяких випадках операція опосередкування (наприклад, метод піктограм) призводила не до покращення, а, як не парадоксально, до погіршення результатів відтворення. Блюма Зейгарник пояснювала такий факт тим, що у хворих виникала надмірна тенденція до опосередкування. В результаті вони відтворювали слова лише приблизно, процес відтворення ставав недиференційованим. У цій ситуації зусилля, докладені для

операції опосередкування, призводили до ще більшого виснаження й без того послабленого стану активності кори мозку хворих.

Порушення динаміки мнестичної діяльності можуть бути пов'язані також із афективно-емоційною нестійкістю та афективною захопленістю. Афективна дезорганізація хворих, часто зустрічається при органічних захворюваннях мозку різного походження, може проявлятися в забудькуватості, неточності засвоєння, переробки та відтворення матеріалу. Афективна захопленість хворих, надмірна орієнтація на обов'язковий успіх діяльності також може призводити до забування намірів, недиференційованого сприйняття й утримання матеріалу.

Питання для самоперевірки:

1. Охарактеризуйте пам'ять як психічний процес.
2. Охарактеризуйте види пам'яті, їхню класифікація.
3. Що таке обсяг пам'яті?
4. Які механізми запам'ятовування?
5. Охарактеризуйте кількісні і якісні порушення пам'яті.
6. Охарактеризуйте психологічний аспект порушень пам'яті: безпосередньої пам'яті, динаміки мнестичної діяльності, опосередкованої пам'яті.
7. Які особливості порушення мотиваційного компоненту пам'яті?
8. Які особливості порушення пам'яті при психічних захворюваннях органічного генезу?

ТЕМА № 8. Розлади мислення та мовлення

Категорія слухачів: здобувачі освіти ОС «бакалавр» 4 року навчання за спеціальністю «Психологія» ІСТ Університету «Україна».

Навчальна мета: сформувати знання про особливості розвитку мислення в онтогенезі, вміти визначати різні види мислення, феноменологію видів порушень мислення та мовлення, основні критерії їх диференціації.

Виховна мета: сприяти формуванню наукового світогляду, моральних, естетичних та професійних якостей особистості в контексті теми, формування зацікавленого ставлення до поглиблення та розширення знань з психології.

Розвивальна мета: розвивати інтелектуальні здібності, мовлення, пам'ять, увагу, уяву, мислення, спостережливість, активність, творчість, самостійність здобувачів освіти та прищеплювати їм раціональні способи пізнавальної діяльності в контексті даної теми.

Міжпредметні та міждисциплінарні зв'язки:

Забезпечуючі дисципліни: загальна психологія, психологія особистості, диференційна психологія, соціальна та юридична психологія.

Забезпечувані дисципліни: психологія, психофізіологія, клінічна психологія, психотерапія і корекція, психопатологія, психіатрія.

Зміст заняття

1. Розлади мислення за Б.В. Зейгарнік.
2. Формальні (непродуктивні) та продуктивні порушення мислення.
3. Параноїдний, параноїальний та парафренний синдроми.
4. Порушення мовлення.

Література зі списку рекомендованої до дисципліни:

1. Вітенко І. С. Загальна та медична психологія : підручник для студентів медичних вузів. К. : Здоров'я, 1994. 294 с.

2. Гальчук О. Я. Клінічна психологія: [навч. посіб. для студ. вищ. навч. закладів]. К. : Атіка, 2012. 216 с.
3. Зейгарник Б. В. Патопсихология. М. : Апрель Пресс, Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000. 518 с.
4. Карвасарский Б. Д. Клиническая психология : учебник для вузов. 5-е изд., перераб. и доп. СПб. : Питер, 2014. 896 с.
5. Клиническая психология / под ред. : М. Перре, У. Баумана. 2-е междунар. изд. СПб. : Питер, 2003. 1312 с.
6. Клиническая психология : учебник для вузов. 4-е изд. / Под ред. Б. Д. Карвасарского. СПб. : Питер, 2011. 864 с.
7. Мартинюк І. А. Патопсихологія : навчальний посібник. К. : Центр учбової літератури, 2008. 208 с.
8. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология : учебное пособие. 6-е изд. М. : МЕДпресс-информ, 2008. 432 с.
9. Никоненко Ю. П. Клінічна психологія : навчальний посібник. К. : КНТ, 2016. 369 с.

1. Розлади мислення за Б. В. Зейгарнік

Б.В. Зейгарник поділяє всі порушення мислення на:

П) порушення операційної сторони мислення:

а) *зниження рівня узагальнення* виражається в тому, що в судженнях хворих домінують безпосередні уявлення про предмети і явища, встановлюються суцільно конкретні зв'язки між предметами. Наприклад, хворі можуть поєднувати в групі різні поняття: книгу і диван (тому, що читати книгу дивані);

б) *викривлення процесу узагальнення* — це порушення операційної сторони мислення, що є протилежним від зниження рівня узагальнення. Дане порушення спостерігається найчастіше у хворих на шизофренію. Викривлення процесу проявляється у «відході», відриві від конкретних зв'язків в надзвичайно викривленій формі. Хворі відображають в своїх узагальненнях лише випадкову сторону явища, предметний зміст якого вони не враховують і викручують. Хворі можуть поєднувати ніж, стіл і лопату за принципом твердості в одну групу;

II) порушення особистісного компоненту мислення:

а) *різноплановість мислення* — протікання суджень в різних руслах. Хворий поєднує в групу картки з такими зображеннями: лопата, ліжко, ложка, автомобіль, літак, корабель. І пояснює «Залізні. Предмети, що свідчать про силу розуму людського»;

б) *зниження критичності мислення* — порушення мислення може виникати в тих випадках, коли випадає постійний контроль за діями і корекція допущених помилок. Градація ставлення хворого до помилок служить показником критичності мислительної діяльності.

Хворі на шизофренію, в основному, байдуже ставляться до своїх помилок;

в) *зниження саморегуляції*;

III) порушення динаміки мислительних процесів:

а) *лабільність мислення* — чергування адекватних і неадекватних рішень. Рівень узагальнення може залишатися на звичайному рівні, але адекватний характер суджень може бути нестійким. Досягаючи в окремих випадках високого узагальнення, хворі епізодично збиваються на неправильних і випадкових поєднаннях.

Лабільність мислення виявляється у хворих з маніакально-депресивним психозом у маніакальній фазі;

б) *інертність мислення* — ускладнення переключення з одного способу роботи на інший. Зміна умов зменшує можливість узагальнення матеріалу. Інертність зв'язків попереднього досвіду призводить до зниження операцій узагальнення і виключення (наприклад, при здійсненні предметної класифікації). Хворі на епілепсію, з наслідками важких травм, а також розумовою відсталістю демонструють значні труднощі при переключенні з одного завдання на інше. В них знижена здатність до розподілу уваги між різними видами діяльності. Вони не можуть одразу виконувати два завдання: наприклад, малювати і розказувати вірш;

IV) порушення процесу саморегуляції пізнавальної діяльності проявляється у втраті цілеспрямованості мислительного процесу.

2. Формальні (непродуктивні) та продуктивні порушення мислення

Розлади темпу, логічної стрункості та цілеспрямованості мислення називають формальними.

Серед **розладів мислення за темпом** виокремлюють такі:

– **прискорення мислення** — збільшення кількості асоціацій за одиницю часу. Люди з підвищеним темпом мислення й, відповідно, мови в певній ситуації можуть його контролювати. Натомість за психічних захворювань свідомо корекція прискореного мислення є неможливою. При цьому асоціації виникають легко, частіше за зовнішньою подібністю, співзвучністю, вони різні і численні. Мова, попри багатослів'я, відстає від стрімкого потоку різних ідей. Хворі, не закінчуючи однієї думки, переходять до іншої, часто не помічаючи неповноти мовного виразу думки. Найвищий ступінь прискорення темпу мислення у поєднанні з відверненням уваги представляють *стрибки ідей* (*fuga idearum*) — максимальне збільшення кількості асоціацій за одиницю часу, за якого вловити логіку думок хворого стає неможливим. Прискорення процесу мислення спостерігається при психічних порушеннях, що перебігають з підвищеним настроєм і сильним руховим збудженням. «Наплив думок», «вихор ідей», збільшення кількості асоціацій за одиницю часу, що не супроводжується зміною мовлення хворого, виникає нападopodobно й мимовільно називається ментизмом;

– **уповільнення темпу мислення** — зменшення кількості асоціацій за одиницю часу. Можна помітити, розмовляючи з хворим: він дає відповіді після довгих пауз зі зниженням гучності голосу до шепоту. Можна відзначити також бідність асоціацій, загальну загальмованість, сповільнення рухів, пригнічення афективних реакцій.

– *шперрунг* — «закупорка думок», «обрив думок», раптова зупинка, переривання асоціативного процесу.

Розладами мислення за логічною стрункістю, або будовою, є:

– **розірваність** — порушення логічного зв'язку в реченні при збереженні граматичного зв'язку; хворий промовляє фразу

граматично правильну, але змістовний зв'язок між окремими її частинами відсутній;

– *зісковзування* — втрата логічного ходу мислення, коли при розповіді про одні події хворий переключається на інші, не помічаючи, що першу думку він не довів до логічного кінця;

– *безладність* — порушення логічного та граматичного зв'язку в реченнях; таке проявляється невпорядкованим поєднанням окремих слів; безладність мислення частіше поєднується з розладами свідомості;

– *інкогеренція* — порушення зв'язку між складами у словах;

– *вербігерація* — стереотипне повторення окремих слів чи складів.

До порушень **цілеспрямованості** мислення відносять:

– *амбівалентність* — формування суджень, виходячи з різних принципів, співіснування думок і асоціацій, що є взаємовиключними;

– *резонерство* — міркування заради самого процесу міркування, безпредметність мислення, відсутність конкретних думок та їх пізнавального змісту. Наприклад, на запитання про здоров'я хворий відповідає;

– *розважність мислення* — викладення непотрібних деталей своєї розповіді, невміння лаконічно висловити головну думку, що часто губиться у великій кількості зайвих дрібниць. Розважність мислення часто називають інертністю, вона спостерігається при епілепсії.

Порушення **особистісного компоненту** мислення виявляється у:

– *різноплановості мислення* — порушення мислення, за якого судження хворих про яке-небудь явище протікають у різних площинах. Отримуючи завдання, хворі можуть правильно засвоювати інструкцію. Вони можуть узагальнити пропонований їм матеріал, судження про предмети можуть бути адекватними, вони порівнюють об'єкти на підставі істотних властивостей. Разом із тим хворі не виконують завдання в необхідному напрямку: їх думки протікають в різних руслах. Йдеться не про всебічне мислення, властиве здоровій людині, при яком

судії та судження залишаються співвіднесеними з метою, умовами завдання. Також не мається на увазі коливання рівня й змісту суджень, що виникають у результаті зміненої динаміки судження. При різноплановості мислення сама основа класифікації об'єктів не носить єдиного характеру. Хворий об'єднує предмети протягом одного й того ж завдання то на підставі їхніх властивостей, то на підставі особистих смаків, установок;

– *зниженні критичності* — неспроможність дотримувати контроль над власними діями та їх корекцією відповідно з об'єктивними умовами; неспроможність усвідомити й оцінити власну поведінку в цілому; некритичність до власної особистості в результаті порушення підконтрольності поведінки. У ході дослідженні такого порушення саме градація ставлень хворого до припущених помилок під час виконання завдання може слугувати показником критичності мисленнєвої діяльності. Одні випробовувані можуть самостійно виправляти свої помилки, другі роблять це під «тиском» дослідника, треті — відстоюють власні рішення. Примітним є те, що переважно не підлягали корекції помилки, пов'язані з різноплановістю суджень. Тобто, не виправлявся той вид порушень мислення, що пов'язаний із порушенням мотиваційної сфери хворих;

– *зниженні саморегуляції* — означає втрату цілеспрямованості мисленнєвого процесу. Такі форми порушення пізнавальних процесів не впливають на здійснення логічних операцій: хворим можуть бути доступні деякі завдання, що потребують розвинутого абстрактного мислення. Проте умовах необхідності організації своїх дій (приміром, у ситуації невизначеності, вибору, конфлікту) так хворі виявляються неспроможними до здійснення цілеспрямованої діяльності. Такі розлади пов'язані з порушенням мотиваційної сфери. Суттєвим фактором порушення саморегуляції у хворих на шизофренію з перевагою негативної симптоматики є так звана «установка на самообмежування». Вона виражається у направленості на обмеження контактів і галузей діяльності, наданні переваги легким, перевіреним шляхам дій, уникненні труднощів та інтелектуального напруження.

Для розладів мислення за **продуктивністю** характерною є зміна мислення, виникнення у ньому тієї чи іншої «продукції». Серед **продуктивних розладів мислення** виокремлюють такі:

– *нав'язливі ідеї* — думки, уявлення, спогади, що виникають попри волі людини і утримуються всупереч її бажанню. Хворий ставиться до них критично і бореться з ними. Найчастіше нав'язливі ідеї проявляються такими станами: нав'язливе мудрування, нав'язливе рахування, нав'язливі спогади, нав'язливий страх, нав'язливі сумніви, нав'язливі потяги і т. ін.;

– *надцінні ідеї (домінантні)* — ідеї, що виникають у зв'язку з реальною ситуацією, але надалі стають домінуючими у свідомості людини, виникають у супроводі значного емоційного напруження та відсутності критичного ставлення до них. Це помилкові міркування, що виникають на реальній основі, але переоцінені щодо їх значущості. Вони посідають у свідомості та діяльності людини незаслужено високе місце. Інтенсивність емоційного тону процесу мислення є основною причиною переоцінки значення цих ідей. Зміст надцінної ідеї передбачає впевненість хворого, приміром, у несправедливому ставленні до нього, утисканні його інтересів, подружній невірності, у наявності соматичних захворювань, у своїх особливих заслугах, високих здібностях, винахідливості та ін. Надцінні ідеї можна скоригувати за допомогою зовнішнього впливу, з часом вони самі згасають;

– *маячні ідеї* — це помилкові, неправдиві твердження, що не відповідають реальній дійсності, виникають на хворобливій основі і не піддаються корекції (переконанню). При цьому у хворого відсутнє критичне ставлення до них. За своїм змістом маячні ідеї бувають найрізноманітнішими. Виділяють маячення значення, відношення, переслідування, збитків, самоприниження, ревнощів, величі, впливу, багатства, високого походження, винахідництва та відкриття та ін.

В. Грізінгер, А. В. Снежневський та інші психіатри об'єднували маячні ідеї за змістом у три групи.

I. Маячні ідеї переслідування. Хворий вважає, що за ним стежать, переслідують його і його рідних, хочуть убити тощо. Маячня такого змісту виявляється по-різному.

Маячні ідеї стосунків. Хворий вважає, буцімто все, що відбувається навколо, стосується його безпосередньо і має якийсь особливий сенс: усі багатозначно дивляться на нього: різні вчинки, жести, висловлювання, радіо- та телевізійні передачі, а іноді ті або ті явища природи — то все не просто так. А має якусь причетність до хворого.

Маячні ідеї виту. Хворий стверджує, що причиною змін в його організмі є якийсь недоброзичливець, що на нього впливають за допомогою апаратів, променів, електричного струму (маячня фізичного впливу) або гіпнозу, телепатії, навіювання (маячня психічного впливу).

Маячні ідеї отруєння. Хворий переконаний, що хтось хоче його смерті, а тому в їжу підсипають отруту, дають токсичні ліки, в квартиру напускають газ тощо.

Маячні ідеї втрати, шкоди, пограбування. Недужий певен, що невідомі злочинці або знайомі люди мають його пограбувати або вже обікрали, розорили, відібрали квартиру, майно, позбавили заробітку, навіть «виявляє» в квартирі сліди злочину.

Маячні ідеї звинувачення. За словами хворого, люди, що його оточують, звинувачують його в брехні, поганих вчинках, аморальній поведінці тощо.

Маячні ідеї ревности. Хвора людина вважає, буцімто дружина (чоловік) зраджує, і разом з коханцем (коханкою) хочуть її (його) убити. Причому факти, що їх наводить недужий, аби довести зраду, нереальні, фантастичні, часом безглузді.

Маячні ідеї кверулянтські (сутяжницькі). Хворий стверджує, що його обмежують у правах, ображають, а тому в нього виникає непереможна схильність відстоювати свої права, інтереси шляхом численних скарг, позовів, заяв до суду, прокуратури, органів влади.

Маячні ідеї еротичного змісту різновид маячення стосунків, вилучу, що іноді поєднується з маячними ідеями переслідування: певна особа протилежної статі кохає хвору (хворою), почуває непереможну пристрасть до неї (нього), і тому різними способами намагається привернути до себе увагу, привабити, викликати симпатію.

Маячення нерсекуторне (ставлення, переслідування, впливу, отруєння, шкоди) супроводжується відчуттям страху, недовіри, підозри до оточення.

II. Маячні ідеї величі. Хворий переконаний у своїй винятковості («здібний, все може, багатий, має високе суспільне становище»). Такс маячення виникає на тлі підвищеного настрою та має різні прояви.

Маячні ідеї багатства. Хворі стверджують, що їхня заробітна плата обчислюється мільярдами, що вони мають тонни дорогоцінних металів і каменів, отримали велику спадщину тощо.

Маячні ідеї високого походження. Пацієнт вірить, що походить зі знатного роду, має кровні зв'язки з відомими політиками, вченими, митцями тощо.

Маячні ідеї винаходу та відкриття — розлад мислення, пов'язаний з тим, що хворий безпідставно, часто не маючи спеціальної освіти та досвіду, «винаходить» апарати, двигуни, ліки, «відкриває» закони, застосування яких, на його думку, сприятиме прогресу й ошчасливить людство.

Маячні ідеї реформаторства — хворобливі судження, що ґрунтуються на системі суб'єктивних, формальних логічних доведень, які виникли в процесі «розробки» та «впровадження» різних реформ: від незначних до глобальних. Хворі розробляють класифікації людських знань, складають плани «академії людського щастя» тощо.

III. Маячні ідеї самоприниження — хворобливий стан мислення, коли хворий вважає себе нездарою, нікчемою, неповноцінною людиною.

Маячення гріховності. Хворі приписують собі аморальні спонукання, прагнення, вчинки, вважають себе грішниками, які не мають права на життя, оскільки через них страждають рідні, близькі, весь світ.

Маячення самозвинувачення. Хворі звинувачують себе в життєвих помилках, аморальних думках і бажаннях, у «скоєнні» аморального вчинку або злочину, за який мають бути тяжко покарані.

Маячення іпохондричне — стійка впевненість хворого, що в нього невиліковна хвороба і він, можливо, скоро помре. Для доказу цього він наводить низку аргументів, які ґрунтуються на його відчуттях, поглядах оточення, клінічних аналізах, хоча останні нормальні або мають незначні зміни. Фізичні обстеження свідчать, що соматичної хвороби у хворого немає. Тим, хто намагається переконати його в цьому, зокрема й лікарям, недужий не вірить.

Маячення нігілістичне (Котара) — різновид іпохондричного маячіння. Хворий стверджує, що його внутрішні органи атрофовані і не функціонують, розкладаються («серце зупинилося», «кров застигла в жилах» тощо), отож «чекає» смерті. Інколи вважає себе живим трупом, що розкладається.

Маячення одержимості — це своєрідні іпохондричні маячні ідеї, зміст яких полягає в тому, що, на переконання хворого, в його тіло вселилися певні тварини, міфічні або магічні істоти.

За механізмом виникнення маячіння буває:

а) **первинне**, що зумовлене порушеннями мислення у вигляді маячного усвідомлення, уявлення, маячної інтуїції, маячної інтерпретації спогадів. Наприклад, маячення збитку при сенільних розладах;

б) **вторинне, чуттєве маячення**, що виникає на основі інших психічних розладів (галюцинацій, сенестопатій, зміненого емоційного фону), наприклад, іпохондричне маячення на тлі вісцеральних галюцинацій або маячення впливу чи переслідування під впливом відповідних за змістом голосів.

3. Параноїдний, паранояльний та парафренний синдроми

Паранояльний синдром характеризується систематизованим монотематичним тлумаченням, яке виникає в зв'язку з певними реальними подіями, але перебіг цих подій чи явищ трактується хворими паралогічно. При цьому хворий знаходиться у ясній свідомості. Галюцинації відсутні. Провідний афект — тривога, внутрішні хвилювання, напруга. Однак, може бути

і позитивний афект (гіпоманіакальний), що сприяє розвитку у хворих маячних ідей реформаторства, винахідництва. Паранойяльний синдром може бути гострим та хронічним, він важко піддається лікуванню.

Параноїдний синдром виникає при наявності афективних розладів (депресивного чи маніакального афекту), галюцинацій, психічних автоматизмів на тлі незміненої свідомості. За змістом це може бути маячення переслідування, отруєння, шкоди і т.п.

У практичній діяльності часто можна спостерігати появу параноїдного синдрому, що приходить на зміну паранойяльному. Цей перехід, як правило, супроводжується загостренням хвороби: з'являється розпач, рухове збудження з тривогою та страхом.

Парафреничний синдром можна діагностувати тоді, коли хворі висловлюють маячні ідеї фантастичного змісту, переслідування, величі. Також виявляються розлади сприймання у вигляді вербальних псевдогалюцинацій і психічних автоматизмів, відчуття зміни оточуючого світу. Настрій у хворих зазвичай патологічно підвищений.

У клінічній психіатрії часто зустрічається **синдром Кандинського-Клерамбо**. Цей синдром включає такі симптоми, як псевдогалюцинації, маячення переслідування або фізичного чи психічного впливу, психічні автоматизми.

4. Порушення мовлення

З патологією мислення тісно пов'язана **патологія мовлення**. Розлади мовлення можуть бути зумовлені:

1) психічними розладами (афект, маячення, порушення свідомості);

2) органічним ураженням головного мозку.

До першої групи розладів мовлення відносять:

– прискорену мову;

– *брадіфазію* (загальна назва всіх випадків сповільненої мови);

– *вербігерацію* — одноманітне повторювання одних і тих самих фраз, слів;

– *мутизм* — відсутність мовного спілкування з оточуючими при збереженні мовного апарату та центру мови у головному мозку;

– *неологізми* — нові слова, що створює сам хворий і є зрозумілими лише йому (байвул, серапль, моковака і т.п.);

– *мовна беззв'язність* — набір слів при відсутності граматичного зв'язку;

– *ехолалія* — автоматичне повторення окремих слів, які хворий почув від оточуючих;

– *шизофазія* — форма розірваної мови; набір різноманітних слів які хворий намагається об'єднати в граматичні фрази.

До розладів мовлення, зумовлених органічним ураженням головного мозку відносять афазії, афонії, анартрії.

Питання для самоперевірки:

1. Які групи розладів мислення виділяє Б.В. Зейгарнік?
2. Опишіть суть формальних розладів мислення.
3. Перерахуйте і дайте визначення порушенням темпу мислення.
4. Які особливості продуктивних розладів мислення Ви знаєте?
5. Наведіть приклади маячних ідей.
6. Порівняйте нав'язливі, надцінні ідеї та маячіння.
7. Охарактеризуйте розлади мовлення (афазії, дизартрії, мутизм).

ТЕМА № 9. Розлади емоційно-вольової сфери та рухової активності

Категорія слухачів: здобувачі освіти ОС «бакалавр» 3 року навчання за спеціальністю «Психологія» ІСТ Університету «Україна».

Навчальна мета: сформувати уявлення про особливості розвитку емоційно-вольової сфери в онтогенезі, вміти визначати різні види афектів, феноменологію видів порушень емоцій, волі та рухової діяльності, основні критерії їх диференціації.

Виховна мета: сприяти формуванню наукового світогляду, моральних, естетичних та професійних якостей особистості в контексті теми, формування зацікавленого ставлення до поглиблення та розширення знань з психології.

Розвивальна мета: розвивати інтелектуальні здібності, мовлення, пам'ять, увагу, уяву, мислення, спостережливість, активність, творчість, самостійність здобувачів освіти та прищеплювати їм раціональні способи пізнавальної діяльності в контексті даної теми.

Міжпредметні та міждисциплінарні зв'язки:

Забезпечуючі дисципліни: загальна психологія, психологія особистості, диференційна психологія, соціальна та юридична психологія.

Забезпечувані дисципліни: психологія, психофізіологія, клінічна психологія, психотерапія і корекція, психопатологія, психіатрія.

Зміст заняття

1. Загальна характеристика розладів емоційно-вольової сфери.

2. Афект: різновиди та їх характеристика.

3. Порушення ефекторно-вольової сфери.

Література зі списку рекомендованої до дисципліни:

1. Вітенко І. С. Загальна та медична психологія : підручник для студентів медичних вузів. К. : Здоров'я, 1994. 294 с.

2. Гальчук О. Я. Клінічна психологія: [навч. посіб. для студ. вищ. навч. закладів]. К. : Атіка, 2012. 216 с.

3. Зейгарник Б. В. Патопсихология. М. : Апрель Пресс, Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000. 518 с.
4. Карвасарский Б. Д. Клиническая психология : учебник для вузов. 5-е изд., перераб. и доп. СПб. : Питер, 2014. 896 с.
5. Клиническая психология / под ред.: М. Перре, У. Баумана. 2-е междунар. изд. СПб. : Питер, 2003. 312 с.
6. Клиническая психология : учебник для вузов. 4-е изд. / Под ред. Б. Д. Карвасарского. СПб. : Питер, 2011. 864 с.
7. Мартинюк І. А. Патопсихологія : навчальний посібник. К. : Центр учбової літератури, 2008. 208 с.
8. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология : учебное пособие. 6-е изд. М. : МЕДпресс-информ, 2008. 432 с.
9. Никоненко Ю. П. Клінічна психологія : навчальний посібник. К. : КНТ, 2016. 369 с.

1. Загальна характеристика розладів емоційно-вольової сфери

Емоції є особливим класом психічних станів, що відбивають у формі безпосереднього переживання загальне позитивне або негативне ставлення людини до навколишнього світу, людям і самому собі. Це переживання визначається відповідністю властивостей і якостей, наявних у об'єктів і явищ дійсності, специфічних потреб і потреб індивіда. Сам термін «емоції» походить від латинського дієслова *emovere* — рухати, порушувати, підбадьорювати, хвилювати.

Воля — це основний регулювальний механізм поведінки, що дозволяє свідомо планувати діяльність, долати перепони, задовольняти потреби, потяги, прагнення в такій формі, що сприяє кращій адаптації людини в поточних умовах.

Ефекторно-вольова сфера — складна психічна функція, що здійснює цілеспрямовану діяльність людини відповідно до певних мотивів, обумовлених внутрішніми потребами і вимогами довкілля.

Ефекторно-вольова сфера складається з двох основних компонентів:

а) ефекторного, або рухового (прості і складні рухи, дії і вчинки);

б) вольового (здатність до свідомого і цілеспрямованого регулювання людиною своєї діяльності і вчинків).

Емоції завжди виконують функцію спонукання до активності, діючи у сукупності з механізмом волі, тому емоційну сферу особистості іноді називають емоційно-вольовою.

Наявність емоцій забезпечує живі організми, що володіють розвиненою нервовою системою, активнішою та цілеспрямованою поведінкою щодо задоволення своїх потреб. Сьогодні визнається той факт, що емоції відіграють важливу роль у забезпеченні інформаційної взаємодії організму й середовища. Фізіологічну основу емоцій становить активність нервового апарату, що компенсує в процесі життєдіяльності організму дефіцит інформації, необхідної для організації дій щодо задоволення потреб. Таким чином, емоція — це результат відображення будь-якої потреби людини і оцінки ймовірності її задоволення в наявних умовах на основі індивідуального і генетичного досвіду. Виразність емоційного стану залежить від значимості потреби і дефіциту інформації, необхідної для її задоволення. Негативні емоції виникають у людини при дефіциті необхідної для задоволення потреби інформації, тоді як позитивні — при наявності всієї необхідної інформації. Особливу увагу інформаційна теорія емоцій звертає на те, що виникнення емоції пов'язано не з наявністю потреби, ні з відчуттям комфорту або дискомфорту, а з оцінкою перспективи задоволення потреби.

Потреби, що, завдяки волі, сприяють адаптації зазвичай називають потягом. Потяг — це стан потреби людини в певних умовах. Усвідомлюваний потяг називається бажанням. У людини завжди декілька актуальних потреб, що конкурують. Якщо людина неспроможна реалізувати власні потреби, виникає неприємний стан — фрустрація.

Класифікація порушень емоцій і почуттів:

I. Порушення сили емоцій:

1) Патологічне посилення:

- а) гіпертимія;
- б) ейфорія;
- в) гіпотимія;

- г) екстаз;
- д) депресія;
- е) тривога;
- ж) гнівливість;
- 2) Патологічне послаблення:
 - а) параліч емоцій;
 - б) апатія;
 - в) емоційне сплющення;
 - г) емоційна тупість.

II. Порушення рухливості емоцій :

- 1) легкодухість (нетримання емоцій);
- 2) лабільність;
- 3) інертність (застрягання) емоційних переживань;
- 4) експлозивність.

III. Порушення адекватності емоцій:

- 1) неадекватність;
- 2) амбівалентність;
- 3) фобії;
- 4) дисфорії;
- 5) дистимії;
- б) патологічний афект

Гіпертимія — веселий, радісний настрій, що супроводжується приливом бадьорості, прекрасним фізичним самопочуттям, легкістю в рішенні проблем. Супроводжується живою, частіше мімікою, що змінюється і відбиває картину емоцій, що швидко з'являються і зникають. Прояв мімічних реакцій часто надмірно бурхливий і яскравий. Виразні дії посилені, прискорені, швидко змінюються, досягаючи у ряді випадків маніакального збудження.

Ейфорія — патологічно підвищений настрій, нерідко виникає поза зв'язком з навколишньою дійсністю, фізичним станом самого хворого. Зазвичай відзначається при маніакальних станах, а також деяких важких захворюваннях (туберкульоз, хвороби серця). При органічних процесах нерідко ейфорія має безглуздий характер (морієподібний і гебефренічний стан). Входить у структуру маніакального, маніакально-маячного,

онейроїдного, парафренного синдромів, алкогольного, наркотичного і токсичного сп'яніння.

Морія — характерне поєднання підйому настрою з розгальмованістю потягу, дурашливістю, плоскими безглуздими жартами, іноді на фоні обнубіляції свідомості. Спостерігається частіше при ураженні лобних доль мозку.

Гіпотимія — знижений настрій, переживання пригніченості, тужливості, безвиході. Увага фіксована тільки на негативних подіях, сьогодення, минуле і майбутнє сприймаються тільки в похмурих тонах.

Депресія — патологічно пригнічений, меланхолійний, тужливий настрій, глибока печаль, смуток. Нерідко супроводжується різними фізичними обтяжливими відчуттями, почуттями ніяковості, тяжкістю в області серця (передсерцева туга). Спостерігається при депресивній фазі біполярного афективного розладу, пресенільному психозі, реактивних психозах, шизофренії. У ряді випадків хворі втрачають почуття, стають байдужими до людей і подій, які раніше викликали у них виражені емоції. Така відсутність звичних емоцій викликає тяжке почуття спустошеності, важко переживається хворими, викликає у них пригнічений настрій (хвороблива анестезія психіки).

Хвороблива анестезія спостерігається при біполярному афективному розладі, інволюційній депресії, циркулярній формі шизофренії. Іноді тяжке почуття безвихідної туги супроводжується збудженням (ажитована депресія або меланхолійний раптус).

Трививному розладі, інволюційній депресії, циркулярній формі шизофренії. Іноді тяжке почуття безвихідної туги супроводжується збудженням (ажитована депресія або меланхолійний раптус).

Тривога — переживання внутрішнього занепокоєння, очікування неприємності, біди, катастрофи. Почуття тривоги може супроводжуватися руховим занепокоєнням, вегетативними реакціями. Тривога може перерости в паніку, при якій хворі кидаються, не знаходять собі місця або застигають в жаху, чекаючи катастрофу. Входить в структуру невротичних, три-

вожно-депресивних, гострих маячних, афективно-маячних синдромів і синдромів затьмарення свідомості.

Гнівливість — вища міра дратівливості, злісності, невдоволення оточенням зі схильністю до агресії, руйнівних дій. Входить в структуру дисфорії, сутінкових станів свідомості, психоорганичного синдрому.

Апатія — послаблення емоцій, хворобливо переживана байдужість і байдужість до того, що оточує і своїй поведінці. Хворі не цікавляться тим, що оточує, не висловлюють ніяких бажань. Зазвичай поєднується з різким падінням психічної, вольової активності. Може спостерігатися при інтоксикаціях, після травм черепа, інфекційних захворювань.

Емоційне сплющення — втрата тонких диференційованих емоційних реакцій: зникає делікатність, здатність співпереживати. Хворі стають настирними, безцеремонними. Спостерігається при алкоголізмі, наркоманіях.

Емоційна тупість — стійка і повна байдужість, особливо до страждань інших людей. Послаблення емоційних проявів торкається як вищих, так і нижчих емоцій, пов'язаних з інстинктами. Такі хворі байдужі до хвороби, вони не переживають з приводу хвороби і смерті батьків, дітей. Характерна для шизофренії.

Параліч емоцій — почуття повної спустошеності, байдужості, що виникає при дії раптових важких психічних травм. Зазвичай носить короточасний характер.

Лабільність емоцій — легка зміна емоцій, швидкий перехід від однієї емоції до іншої, поєднується зі значною вираженістю емоційних реакцій. Зазвичай спостерігається при істеричній психопатії.

Слабкодушність, емоційна слабкість — проявляється нестійкістю настрою, «нетриманням» емоцій, коли слабшає здатність людини управляти своїми почуттями. Особливо важко хворим стримати сльози в хвилини розчулення, сентиментального настрою. Коливання настрою, перехід від негативних до позитивних емоцій і навпаки здійснюється під впливом незначних приводів, що свідчить про підвищену емоційну чутливість. Спостерігається при стані астенії, в період реконвалесценції

після соматичних хвороб, черепно-мозкових травм, в початковій стадії сифілісу мозку, прогресивного паралічу, але особливо часто зустрічається при церебральному атеросклерозі

Тугорухливість (інертність, ригідність, застрягання) — характеризується тривалим застряганням на одній емоції, привід для якої вже зник. Входить в структуру епілептичних змін особистості, психоорганічного синдрому.

Експлозивність (англ. *explosive* — запальність) — нетримання афекту. Виявляється при дисфоріях і виражається сильними, неадекватними приводе, що їх, що викликав, емоційними, а іноді і руховими реакціями.

Неадекватність емоцій — невідповідність емоційних реакцій зовнішнім ситуаціям, що їх викликали, або висловлюванням самого хворого. Найчастіше спостерігається при шизофренії.

Амбівалентність — виникнення до одного і того ж об'єкту одночасно двох протилежних почуттів (наприклад, любові і ненависті). Зазвичай спостерігається при шизофренії.

Фобії — нав'язливі страхи, що характеризуються критичним відношенням хворого до них, прагненням від них позбавитися (наприклад: нав'язливий страх висоти, відкритого простору, страх зараження та ін.). Частіше спостерігається при інших нав'язливих станах (думки, потяги, дії) у хворого неврозом нав'язливості, іноді в початкових стадіях атеросклерозу, при шизофренії.

Різновиди нав'язливих страхів (фобій):

- Агорафобія — нав'язливий страх площ, широких вулиць.
- Аерофобія — нав'язливий страх повітря, що рухається.
- Акарофобія — нав'язливий страх захворіти коростою.
- Алгофобія — нав'язливий страх болю.
- Астрофобія — нав'язливий страх грому, блискавки.
- Вертигофобія — нав'язливий страх запаморочення.
- Вомітофобія — нав'язливий страх блювоти.
- Гематофобія — нав'язливий страх крові.
- Гідрофобія — нав'язливий страх води.
- Гінекофобія — нав'язливий страх жінок.
- Ніктофобія — нав'язливий страх темряви.

- Нозофобія — нав'язливий страх хвороби.
- Канцерофобія — нав'язливий страх захворіти раковою пухлиною.
- Оксифобія — нав'язливий страх гострих предметів.
- Октофобія — нав'язливий страх їжі.
- Танатофобія — нав'язливий страх смерті.
- Фобофобія — нав'язливий страх страху.

Дистимія — це короточасний (у течії декількох годин або днів) розлад настрою у вигляді депресивно-тривожного фону з гнівливістю, невдоволенням, дратівливістю.

Дисфорія — несподівано виникаючий, невмотивований розлад емоцій, що характеризується напруженим тужливо-злісним настроєм з вираженою дратівливістю і схильністю до афектів гніву з агресією. Найчастіше відзначається при епілепсії, спостерігається також при органічних захворюваннях нервової системи і при психопатії збудливого типу.

Порушення емоцій супроводжуються змінами міміки і виразних рухів.

Гіпермімія — перебільшений прояв мімічних реакцій, бурхливий і яскравий. Виразні рухи посилені, прискорені, швидко змінюються.

Амімія, гіпомімія — збіднення міміки, застиглий вираз обличчя. Виразні рухи уповільнені.

Парамімія — неадекватність міміки і виразних дій ситуації. У одних випадках це проявляється посмішкою на похоронах, сльозами і гримасами, плаче при урочистих і приємних подіях. У інших випадках мімічні реакції не відповідають яким-небудь переживанням — це різні гримаси. Наприклад, хворий замружує очі і відкриває рот, морщить лоб, надуває щоки тощо.

2. Афект: види та їх характеристика

Лікар судить про емоційно-вольовий стан людини за афектом. Афект — це інтенсивний, короточасний емоційний стан. Для нього характерні швидкий, бурхливий початок, виразні вегетативні симптоми; супроводжуються істотними змінами

в поведінці; може призводити до дезорганізації поведінки і немотивованих вчинків. Афекти властиві усім людям. За певних умов (сумна звістка, нещастя, радісна подія) вважаються нормальними емоційними реакціями. Афекти виявляються у зовнішньому вираженні емоцій: міміці, жестикуляції, інтонації, вегетативних реакціях. Нерідко доводиться стикатися з невідповідністю змісту розповіді хворого й виразом обличчя, тоном мовлення. Наприклад, інтонація в такому разі дозволяє оцінити істинне ставлення до сказаного. Промова хворих про любов до родичів, бажання влаштуватися на роботу в поєднанні з монотонністю голосу, відсутністю доречного афекту свідчить про голослівність стверджень, перевагу байдужості та ліні. Відповідно до емоційного стану людини виокремлюють різні її патологічні реакції.

Фізіологічний афект виникає при дії сильних подразників, характеризується деякою однобічністю мислення, бурхливою руховою реакцією, яка, проте, знаходиться під контролем свідомості (людина зберігає здатність віддавати звіт у своїх діях і управляти ними). Фізіологічний афект не супроводжується затьмаренням свідомості, автоматизмами, амнезією. Найчастіше спостерігається при астеничних станах.

Астеничний афект — афект, що швидко виснажується, супроводжується пригніченим настроєм, зниженням психічної активності, самопочуття і життєвого тону.

Стеничний афект характеризується хорошим самопочуттям, підвищенням психічної активності, відчуттям власної сили.

Патологічний афект — це афект, що виникає без достатньої зовнішньої причини, перебігає з ознаками порушення свідомості, значними вегетативними проявами без цілеспрямованої діяльності та амнезією своєї поведінки після його афекту. Також характерними для нього є порушення орієнтації, надмірна жестикуляція, мовна розгальмованість. Патологічний афект закінчується появою загальної слабкості, байдужістю до поточних подій і глибоким сном. Після пробудження людини виглядає розгубленою, не пам'ятає, що з нею відбулося, нерідко пригнічена.

3. *Порушення ефекторно-вольової сфери*

Спонування людини до дій утворюють певну впорядковану систему — ієрархію мотивів — від потреб в їжі, одязі, укритті від жару і холоду до вищих спонувань, пов'язаних з переживанням моральних, естетичних і інтелектуальних почуттів. У тому випадку, якщо в ім'я вищих мотивів гальмуються і стримуються нижчі, у тому числі, життєво важливі, це відбувається за рахунок проявів волі.

Істотними моментами або фазами вольового процесу виступають:

- 1) виникнення спонування і постановка мети;
- 2) стадія обговорення і боротьби мотивів;
- 3) ухвалення рішення;
- 4) виконання.

Нейрофізіологічною основою вольових актів є складні взаємодії різних структур головного мозку, основними з яких є коркові центри лобних доль (цілеспрямованість), пірамідальні клітини (довільні рухи), ретикулярна формація (енергетичне постачання кіркових структур).

Класифікація цілеспрямованої діяльності :

1. Довільні, або складні вольові дії.
2. Автоматизовані дії.

Довільні дії — усвідомлені, цілеспрямовані вольові дії, ґрунтовані на минулому досвіді і спрямовані на пристосування людини до довкілля, на досягнення свідомо поставленої мети.

Автоматизовані дії — прості і складні рухові акти, довільні за походженням, але в процесі тренування що набули автоматизованого, не контролюваного свідомістю характеру.

Розлади ефекторно-вольової сфери у вигляді патологічного посилення, послаблення або збочення окремих її компонентів (рухових і вольових) можуть проявлятися не лише в порушеннях окремих рухових функцій, але і складних поведінкових реакцій, ґрунтованих на інстинктивних і вищих потягах.

Класифікація ефекторно-вольових розладів :

I. Розлади потягів:

1. Розлади харчових потягів:

- а) посилення (булімія, поліфагія);

- б) послаблення (анорексія);
- в) полідипсія;
- г) збочення — парорексія (копрофагія та ін.).

2. Розлади інстинкту самозбереження:

- а) посилення (активно-оборонна форма — агресивність і тому подібне, пасивно-оборонна — «уявна смерть» і тому подібне);
- б) послаблення (суїциїдальні вчинки);
- в) збочення (самокатування).

3. Розлади статевих потягів:

- а) посилення (гіперсексуальність — сатиріязіс, німфоманія);
- б) послаблення (гіпосексуальність, фригідність);
- в) збочення (нарцисизм, ексгібіціонізм, вуайеризм, транс-сексуалізм, трансвестизм, онанізм, фетишизм, садизм, мазохізм, педофілія, геронтофілія, гомосексуалізм та ін.).

4. Нав'язливі дії

5. Насильницькі дії

6. Імпульсивні дії

II. Розлади вольових спонукань:

1. Гіпербулія

2. Гіпобулія

3. Абулія

4. Парабулії.

5. Амбітендентність

III. Психомоторні розлади

1. Симптоми з утрудненням рухової активності:

- а) каталепсія;
- б) симптом капюшона;
- в) пасивно-підпорядковуваний стан;
- г) негативізм;
- д) мутизм;
- е) специфічні розлади розвитку шкільних навичок (дис-лексія, дисграфія, дискалькулія, акалькулія, диспраксія);

2. Симптоми зі збудженням і неадекватністю рухової ак-тивності:

- а) гіперкінетичні розлади;
- б) імпульсивність;

- в) стереотипії;
- г) ехопраксія;
- д) вербигерація;
- е) мимомова.

IV. Синдроми рухових розладів:

1. Ступор:

- а) кататонічний;
- б) депресивний;
- в) апатичний;
- г) психогенний;

2. Збудження:

- а) кататонічне;
- б) маніакальне;
- в) гебефренічне;
- г) галюцинаторно-маячне;
- д) при розладах свідомості.

Булїмія та поліфагія — результат хворобливого посилення харчового інстинкту (потягу), що характеризується постійним непереборним сильним потягом до їжі, ненажерливістю і відсутністю почуття насичення. Спостерігається при органічних ураженнях головного мозку, ендокринних порушеннях.

Анорексія — хворобливе пригнічення харчового інстинкту (потягу), що виражається у відсутності апетиту або відразі до їжі. Може мати психогенне походження (психогенна анорексія). Слід диференціювати з відмовами від їжі через галюцинації або за маячними мотивами. Анорексія спостерігається при депресивних, важких астенічних станах і при ряді ендокринних розладів.

Полідипсія — неприборкана спрага, підвищене споживання рідини. Характерна для ендокринних захворювань.

Збочення харчового інстинкту (потягу) — виражається в поїданні неїстівних речовин (земля, вапно, кал і тому подібне). Спостерігається переважно при шизофренії, органічних ураженнях головного мозку.

Посилення інстинкту самозбереження — може проявлятися, в основному, в двох протилежних фазах:

а) пасивно-оборонна (прагнення до відходу від небезпечних і складних ситуацій, від відповідальних рішень, боязкість, нерішучість, реакції «уявної смерті» і тому подібне)

б) активно-оборонна (реакція протесту, різні види агресії і тому подібне). Спостерігається в складних формах поведінки при психопатіях, неврозах і інших хворобливих станах.

Послаблення інстинкту самозбереження — проявляється в зниженні інтересу, байдужості до свого життя і суїцидальних вчинках (особливо при поєднанні з депресивним афектом). Спостерігається при психопатії, психогенних захворюваннях, шизофренії, біполярному афективному розладі.

Збочення інстинкту самозбереження — проявляється в актах самокатування, нанесенні собі різних каліцтв, проковтуванні металевих і інших предметів і т. д. Спостерігається при шизофренії, органічних ураженнях головного мозку, психопатіях і тому подібне.

Гіперсексуальність — підвищення сексуального потягу з відповідною поведінкою, що іноді набуває характеру сексуальної розбещеності (у чоловіків — сатириазис, у жінок — німфоманія).

Гіпосексуальність — пониження сексуального потягу (у чоловіків — деякі форми імпотенції, у жінок — фригідність) з відсутністю сексуальних почуттів до осіб протилежної статі. Може бути різного походження (психогенного і ендокринно-органічного).

Сексуальні перверзії (збочення) — порушення статевого інстинкту, що проявляються у збоченні спрямованості або форм його прояву. Спостерігається при олігофренії, деменціях, психопатії і ряді інших хворобливих станів, нерідко їх прояви призводять до сексуальних правопорушень.

Різновиди сексуальних збочень:

а) *нарцисизм* — отримання статевого задоволення за допомогою самомилування, милування власним голим тілом;

б) *ексгібіціонізм* — отримання статевого задоволення шляхом оголення своїх статевих органів і іноді мастурбації у присутності осіб протилежної статі;

в) *онанізм (мастурбація)* — статеве самозадоволення за допомогою мастурбації (роздратування своїх статевих органів);

г) *фетишизм* — отримання статевого задоволення шляхом милування фетишем (предметом туалету осіб протилежної статі і тому подібне), іноді в сукупності з мастурбацією;

д) *садизм* — отримання статевого задоволення при катуванні статевого партнера;

е) *мазохізм* — протилежне явище (статеве задоволення при отриманні больових роздратувань з боку партнера);

ж) *педофілія* — статевий потяг (і задоволення його) до дітей, *геронтофілія* — те ж по відношенню до людей похилого віку, *некрофілія* — потяг до трупів, *зоофілія* — до тварин;

з) *гомосексуалізм* — потяг і задоволення його з особами тієї ж статі;

е) *транссексуалізм* — порушення статевої ідентифікації, постійне відчуття неадекватності своєї статі і активне прагнення її змінити;

ж) *трансвестизм* — патологічне стійке прагнення носити одяг, зачіску, грати роль людини іншої статі, при цьому немає прагнення до анатомічної зміни своєї статі, бажання позбавитися від первинних і вторинних статевих ознак;

з) *вуайеризм* — потяг до розглядування чужих статевих органів і підглядання за статевими сношеннями між іншими.

Нав'язливі дії і потяги — потяги, що несподівано з'являються, і дії чужі змісту свідомості в даний момент, з критичним відношенням до них і прагненням від них позбавитися. Часто мають контрастний характер, тобто проявляються в прагненні здійснити те, що в даний момент неприпустимо. Входять в структуру синдрому нав'язливих станів. Відзначаються при невроті нав'язливих станів, церебральному атеросклерозі, шизофренії.

Насильницькі дії — рухи або вчинки, що виникають без волі, незалежно від особистості хворого; здійснюються без боротьби мотивів, з відчуттям їх нав'язаності, чужості.

Імпульсивні дії — раптові, зовні не мотивовані, неосмислені дії і вчинки. До них відносяться:

а) *дромоманія* — періодично виникаюче прагнення до зміни місць, до бродяження;

б) *клеттоманія* — періодичний потяг до невмотивованого крадіяства, розкрадання;

в) *піроманія* — патологічне прагнення до підпалів;

г) *лудоманія* — патологічна схильність до азартних ігор;

д) *трихотиломанія* — патологічне прагнення до виривання власного волосся;

е) *дипсоманія* — нестримний потяг до спиртних напоїв;

ж) *наркоманія* — нестримний потяг до наркотиків.

Парабулія — збочення вольової активності, що супроводжується відповідною діяльністю, негативізмом, імпульсивністю, химерністю у зв'язку з наявними у хворого психотичними симптомами: маяченням, галюцинаціями та ін.

Амбітендентність — двояка, суперечлива реакція на один подразник, двоякість вчинків, дій, рухів.

Гіпербулія — патологічно посилене прагнення до діяльності (загальне — при гіпоманіакальних та маніакальних станах, одностороннє — у наркоманів, при параноїдних і параноїдних станів).

Гіпобулія і абулія — хворобливе зниження або повна відсутність спонукання до діяльності. Спостерігається при апатико-абулічному синдромі різного генезу (при шизофренії, важких травмах тощо).

Каталепсія — підвищення м'язового тону, що створює здатність тривалий час зберігати надану позу.

Симптом капюшона — хворий лежить або сидить нерухомо, натягнувши на голову халат, простирадло, залишивши відкритим обличчя.

Пасивна підкорюваність — при звичайному тонусі м'язів хворий не чинить опір змінам положення його тіла, пози, кінцівок.

Негативізм — супротив хворого проханням оточення. При пасивному негативізмі хворий просто не виконує інструкцію, при активному — здійснює дію, протилежну до інструкції.

Мутизм — відсутність мови при збереженні мовного апарату.

Дислексія — труднощі в пізнаванні слів і розумінні написаної мови.

Дисграфія — ізольований розлад правопису. У письмовій мові багато граматичних і стилістичних помилок, багато закреслень і переписувань тексту.

Дискалькулія, акалькулія — труднощі у виконанні простих арифметичних операцій, у використанні математичних термінів, розпізнаванні цифр, математичних символів.

Диспраксія — розлад розвитку рухових функцій (незручність, незграбність рухів, тонкої моторики, важко застібати одяг, брати і не упускати предмети, діти часто падають при ходьбі).

Гіперкінетичні розлади — зустрічаються частіше у хлопчиків в препубертатном віці. Основні ознаки:

1) порушення уваги (не в змозі виконувати будь-яке завдання без помилок, довести почату роботу до кінця, організувати свою роботу, вислухати зауваження старших, уникають роботи, що вимагає усидливості);

2) гіперреактивність (машуть руками, ногами, часто крутяться на сидіннях, довго не можуть залишатися на одному місці, бігають, шумлять, не реагують на зауваження);

3) імпульсивність — проявляється в порушенні дисципліни, оскільки дитина не в змозі передбачати наслідки своїх вчинків. Діти часто агресивні. Відповідають на питання не дослухавши його, не можуть дочекатися своєї черги в іграх, втручаються в розмову або гру інших дітей, надмірно багатослівні, неслухняні.

Стереотипія — багатократне повторення одних і тих же рухів.

Ехопраксія — повторення жестів, рухів оточення.

Ехолалія — повторення слів і фраз оточення.

Вербигерація — повторення одних і тих же слів.

Мимомова — відповіді хворого не відповідають по сенсу питанням, що ставляться.

Загальне психомоторне збудження — стан патологічного рухового збудження, що супроводжується розладами мислення, емоцій та інших психічних функцій.

Маніакальне збудження — підвищена рухова активність, прагнення до цілеспрямованої діяльності, що супроводжується

ейфорією, прискореним, поверхневим мисленням. Діяльність і мислення не продуктивні через нестійкість уваги. Характерно для маніакального синдрому.

Гебефренічне збудження — підвищена рухова активність у вигляді нецілеспрямованих, безглузких рухів у поєднанні з дурашливістю та розірваним мисленням (гебефренічний синдром). Спостерігається переважно при шизофренії.

Кататонічне збудження — безглузді, нецілеспрямовані рухи, іноді імпульсивне збудження з невмотивованою агресією; супроводжується стереотипіями (стереотипними «гіперкінезами»), ехопраксіями, ехोलаліями і амбітендентістю. Спостерігається переважно при шизофренії.

Психомоторне збудження при станах порушеної свідомості — стани підвищеної рухової активності, що має характер:

1) складних автоматичних і інстинктивних рухів (при трансі і сомнамбулізмі),

2) складних дій і вчинків, визначуваних галюцинаторними і маячними переживаннями (при деліріозних та інших синдромах),

3) хаотичні підкіркові збудження (при глибокому затьмаренні свідомості).

Загальна психомоторна загальмованість — стан патологічної рухової загальмованості з уповільненням темпу течії усіх психічних функцій (мислення, мови та ін.). Входить в структуру депресивного, апатико-абулічного і астеничного синдромів.

Ступор — стан знерухомленості, що виникає в результаті загальмування рухових функцій.

Кататонічний ступор — повна або часткова знерухомленість, що супроводжується пасивним або активним негативізмом, мутизмом. В деяких випадках хворі на тривалий час закладають у наданій позі (воскова гнучкість, каталепсія), тривало утримують голову над подушкою (синдром «повітряної подушки»). Входить в структуру кататонічного синдрому, частіше зустрічається при шизофренії.

Депресивний ступор — стан знерухомленості, що супроводжується уповільненням мови, почуттям туги, іноді тривоги

і страху, застиглою страждальною мімікою, ідеями самозвиначення і самоуничиження. Входить в структуру депресивного синдрому.

Апатичний ступор — стан знерухомленості, що пов'язаний з емоційною тупістю, повною байдужістю, спостерігається при органічних захворюваннях головного мозку (поразці лобових доль), при деяких формах шизофренії.

Психогенний ступор — загальна знерухомленість, аж до повного заціпеніння, що виникає при сильних раптових психічних травмах (катастрофи, стихійні лиха і так далі).

Питання для самоперевірки:

1. Охарактеризуйте порушення інтенсивності емоцій.
2. Охарактеризуйте розлади настрою.
3. У чому різниця між патологічним та фізіологічним афектом?
4. Що таке фобії? Назвіть види фобій.
5. У чому основна функція волі?
6. Які вольові розлади ви знаєте? Дайте їхню характеристику.
7. Які порушення інстинктивної поведінки Ви знаєте?
8. Опишіть розлади потягів.
9. Які рухові розлади ви знаєте? Дайте їхню характеристику.

ТЕМА № 10. Розлади особистості

Категорія слухачів: здобувачі освіти ОС «бакалавр» 3 року навчання за спеціальністю «Психологія» ІСТ Університету «Україна».

Навчальна мета: сформувати знання про особливості розвитку особистості в онтогенезі, феноменологію видів особистісних порушень, основні критерії їх диференціації.

Виховна мета: сприяти формуванню наукового світогляду, моральних, естетичних та професійних якостей особистості в контексті теми, формування зацікавленого ставлення до поглиблення та розширення знань з психології.

Розвивальна мета: розвивати інтелектуальні здібності, мовлення, пам'ять, увагу, уяву, мислення, спостережливість, активність, творчість, самостійність здобувачів освіти та прищеплювати їм раціональні способи пізнавальної діяльності в контексті даної теми.

Міжпредметні та міждисциплінарні зв'язки:

Забезпечуючі дисципліни: загальна психологія, психологія особистості, диференційна психологія, соціальна та юридична психологія.

Забезпечувані дисципліни: психологія, психофізіологія, клінічна психологія, психотерапія і корекція, психопатологія, психіатрія.

Зміст заняття

1. Загальна характеристика розладів особистості.
2. Зміни мотиваційної сфери особистості.
3. Формування патологічних потреб. Порушення ієрархії мотивів.
4. Порушення саморегуляції та опосередкування.
5. Порушення критичності поведінки, нецілеспрямовані дії, розгальмованість поведінки, нецілеспрямованість суджень, відсутність рефлексії.
6. Порушення спонтанності поведінки.
7. Порушення формування характерологічних якостей особистості. Компенсація первинних дефектів.

Література зі списку рекомендованої до дисципліни:

1. Вітенко І. С. Загальна та медична психологія : підручник для студентів медичних вузів. К. : Здоров'я, 1994. 294 с.
2. Гальчук О. Я. Клінічна психологія: [навч. посіб. для студ. вищ. навч. закладів]. К. : Атіка, 2012. 216 с.
3. Зейгарник Б. В. Патопсихология. М. : Апрель Пресс, Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000. 518 с.
4. Карвасарский Б. Д. Клиническая психология : учебник для вузов. 5-е изд., перераб. и доп. СПб. : Питер, 2014. 896 с.
5. Клиническая психология / под ред. : М. Перре, У. Баумана. 2-е междунар. изд. СПб. : Питер, 2003. 312 с.
6. Клиническая психология : учебник для вузов. 4-е изд. / Под ред. Б. Д. Карвасарского. СПб. : Питер, 2011. 864 с.
7. Мартинюк І. А. Патопсихологія : навчальний посібник. К. : Центр учбової літератури, 2008. 208 с.
8. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология : учебное пособие. 6-е изд. М. : МЕДпресс-информ, 2008. 432 с.
9. Никоненко Ю. П. Клінічна психологія : навчальний посібник. К. : КНТ, 2016. 369 с.

1. Загальна характеристика розладів особистості

Особистість — це одне з основних понять у психології, під яким розуміють соціокультурний рівень розвитку людини, що проявляється в сукупності її соціальних та життєво важливих якостей, набутих у процесі соціалізації.

У структуру особистості, зазвичай, включають такі властивості, які є більш менш стійкими і свідчать про індивідуальність людини. Так, на думку К. Леонгарда, до структури особистості входять задатки, здібності, темперамент, характер та спрямованість.

Розлади особистості — це доволі поширений вид захворювань, що потребують психотерапевтичного лікування. Їхнє підґрунтя складає певна структура особистості, надбана при народженні. Немає «поганих» типів особистості — є вдалі або

невдалі умови їхнього розвитку, що можуть призвести до гармонії та щастя або ж до трагедії чи психічного захворювання людини. Звичайним є певний проміжний стан, проте якщо він схиляється до некомфортного, негативного прояву індивідуальних властивостей, то особистісні риси спричиняють суттєве занепокоєння, шкоду як самій людині, так, можливо, і оточенню.

Для порушень особистості характерними є стійкі порушення в думках, почуттях та діях. Кожна людина має характерні моделі сприйняття, пов'язані з іншими людьми та подіями. Наприклад, деякі люди реагують на тривожні події, намагаючись просити про допомогу, інші — надають перевагу самостійному пошуку рішення. Одні схильні применшувати серйозність проблеми, інші — перебільшувати. Проте незалежно від їхнього звичного стилю реагування психічно здорові люди будуть пробувати альтернативний підхід, якщо їхня перша реакція виявиться неефективною.

Натомість, люди з розладом особистості ригідні та переважно неадекватно реагують на проблеми й подекуди навіть неспроможні побудувати здорові стосунки з членами родини, друзями та колегами. Зазвичай найяскравіше розлади особистості проявляються в підлітковому або ранньому дорослому віці та не минають з плином часу. Їх розрізняють за ступенем тяжкості. Найчастіше зустрічаються розлади особистості в легкій формі, рідше — у тяжкій.

Більшість людей із особистісними розладами незадоволені своїм життям і мають проблеми у стосунках з оточенням. Багато хто з них також страждає на розлади настрою, неспокій, розлади харчової поведінки та навіть бути врешті-решт схильними до таких згубних звичок, як алкоголізм, токсикоманія, наркоманія.

Люди з розладами особистості переважно не знають, що їх думки та поведінка є неприйнятними. Можуть звертатися по психологічну чи лікарську допомогу з приводу хронічної напруженості, тривожних симптомів або депресії, вважаючи, що такі проблеми виникли через інших людей чи обставини, що не є підвладними власному контролю.

2. Зміни мотиваційної сфери особистості

Ускладнення мотивів, їх опосередкованість та ієрархічна побудова починають простежуватися в дитини вже у дошкільному віці й тривають далі протягом усього життя: мотиви втрачають свій безпосередній характер, їх починають починає опосередковувати свідомо поставлена мета, відбувається підпорядкування одних мотивів іншим. Приміром, бажання оволодіти певним фахом як загальний мотив поведінки включає в себе цілу низку складових: оволодіти потрібними знаннями, засвоїти певні навички і т. ін.

Кожна з таких цілей, у свою чергу, розбивається в реальній діяльності на низку дрібніших, які й визначають поведінку в кожному конкретному випадку. Тому діяльність людини відповідає завжди не одній, а декільком потребам й відповідає на декілька мотивів, спонук. Однак у конкретній діяльності можна визначити провідний мотив. Саме він надає усій поведінці певного сенсу.

Нааявність провідних мотивів не усуває необхідності мотивів додаткових, що безпосередньо стимулюють поведінку. Проте без провідних мотивів зміст діяльності було б позбавлено особистісного сенсу. Саме цей провідний мотив забезпечує можливість опосередкування та ієрархії мотивів. Ієрархія мотивів є відносно стійкою та цим обумовлює відносну стійкість усієї особистості, її інтересів, позицій, цінностей.

3. Формування патологічних потреб. Порушення ієрархії мотивів

Аналізуючи історії психічних хвороб, за яких спостерігається порушення особистості, приділяють увагу **формуванню патологічно зміненої потреби та порушенню ієрархії мотивів**.

Залежно від того, що спонукає людину, будуються її інтереси, переживання та прагнення — зміни в змісті потреб означають і зміни будови особистості людини. У людей із розладами особистості змінюється не лише зміст потреб і мотивів, змінюється їхня структура: вони стають все менш опосередкованими.

Лише в тому випадку, коли потребу зумовлює свідомо поставлена мета, можливо свідомо управляти нею. У хворих, у яких немає можливості опосередкування дій за допомогою свідомої мети, потреби некеровані — вони набувають будови потягів.

Опосередкованість потреб, мотивів пов'язана з їхньою ієрархічною побудовою. Чим більше опосередкований характер мотивів і потреб, тим більше виражений їхній ієрархічний зв'язок. Якщо мотиви ієрархічно побудовані, то не відбувається жорсткої фіксації на засобі задоволення потреби.

Наприклад, вживання алкоголю не входить до природних потреб людини і саме по собі не має спонукальної сили. Тому спершу його вживання спричиняють інші мотиви (приміром, святкування певних подій). Спочатку вживання алкоголю викликає підвищений настрій, активність, стан сп'яніння притягує багатьох і як засіб поліпшеного налагодження контактів. Згодом може з'явитися прагнення знов і знов відчутти такий приємний стан: воно може почати опредметнюватися в алкоголі й людину починають приваблювати вже не самі по собі події (святкування, зустріч друзів тощо), а можливість вживання алкоголю. Алкоголь стає самостійним мотивом поведінки, він починає спонукати самостійну діяльність, і тоді вже самі події стають лише приводом. Відбувається той так званий «зсув мотиву на мету», формується новий мотив, який спонукає до нової діяльності, а відповідно, і нова потреба (в цьому разі в алкоголі).

Зсув мотиву на мету тягне за собою усвідомлення такого мотиву, оскільки мотив, по суті, надає сенсу діяльності. Вживання алкоголю набуває певного особистісного сенсу. Отже, механізм зародження патологічної потреби спільний з механізмом її утворення в нормі. Але хвороба створює інші, ніж у нормальному розвитку, умови для подальшого її формування.

Далі під впливом алкоголізму у хворих порушується попередня, звична для нормального способу життя ієрархія мотивів. Деколи у хворих з'являється прагнення до спілкування зі старими друзями, бажання працювати, хворий здійснює якісь рухи, керуючись попередньою ієрархією мотивів, але усі ці спонукання не є стійкими. Головним мотивом, що спрямовує

діяльність хворого, стає задоволення потреби в алкоголі. Перебудова ієрархії мотивів хворих особливо яскраво проявляється у способі задоволення потреби в алкоголі і способі знаходження засобів для її задоволення. Поступово формується ланцюг допоміжних дій. На їх виконання з часом спрямована вся свідомо активність людини. У них відображається нове ставлення до навколишнього світу, що, природно, веде до нових оцінок ситуацій, людей. Згодом усі проблеми починають «вирішуватися» за допомогою алкоголю, і алкоголь стає смислотворчим мотивом поведінки. По мірі того, як у ході хвороби алкоголь стає сенсом життя, попередні установки, інтереси відходять на задній план. Робота перестає цікавити хворих — вона потрібна лише як джерело грошей. Родина ж стає перепорою на шляху задоволення пристрасті.

Отже, поступово порушується попередня ієрархія потреб, мотивів і цінностей, що склалися до хвороби, і натомість відбувається формування нової ієрархії. Руйнуються вищі потреби і установки особистості, звужується коло інтересів, втрачаються соціальні зв'язки зі світом, змінюються мотиви особистості. Зміна ієрархії мотивів та їх опосередкованості означає втрату складної організації діяльності людини. Діяльність втрачає специфічно людську характеристику: з опосередкованої вона стає імпульсивною. Щезають дальні мотиви, потреба в алкоголі переходить у потяг, який стає домінантним у житті хворого.

4. Порушення саморегуляції та опосередкування

Питання *порушення саморегуляції та опосередкування* постає при аналізі питання про компенсаторні й захисні механізми. Необхідність враховувати процес саморегуляції особливо виразно вистає при дослідженні хворих, що знаходяться в реактивному стані після психічних травм. Показано, що при реактивному стані найчастіше фіксуються травмівні переживання, переважає суто емоційна оцінка ситуацій. Порушення саморегуляції виявляється також і при дослідженні співвідношення далеких цілей і здійснюваної діяльності. Так, у людей,

що страждають на епілепсію і шизофренію далекі цілі не беруть участь у регулюванні їхньої поведінки. У хворих на шизофренію втрачається смислотворча функція далеких цілей; у хворих на епілепсію далекі цілі, так само як і їхня діяльність, стають інертними.

5. Порушення критичності поведінки, нецілеспрямовані дії, розгальмованість поведінки, нецілеспрямованість суджень, відсутність рефлексії

Одним із найяскравіших проявів порушень особистості є *порушення критичності, або підконтрольності поведінки*. Порушення критичності може набувати різних форм і виступати в структурі різних процесів: мислення, сприйняття. Воно може полягати у неправильній оцінці своєї особистості, власних дій, проявитися в некритичності до своїх психопатичних переживань. Некритичність у будь-яких формах означає порушення діяльності в цілому. Приміром, у хворих з ураженням лобових часток мозку в силу відсутності стійкого ставлення до продукту своєї діяльності не виникає критичне ставлення до себе, відсутня корекція внутрішніх дій, не формуються професійні навички. Якщо у людини немає стійкої та усвідомленої мотивації, порушується цілеспрямованість її дій та суджень.

Порушення критичності може бути тісно пов'язане з порушенням регуляції діяльності. Також нерідко порушення критичності поєднуються з тенденцією до персеверацій (мимовільні, настирливо повторювані дії або руху). Виконавши який-небудь компонент складного руху, хворі не можуть переключитися на інший компонент. Вплив інертних дій, що відповідали вимогам попередньої мети, настільки сильний, що виконання актуальної дії підміняється фрагментами попередніх актів. Персеверації можуть проявлятися і на мовленнєвому, і на інтелектуальному рівні, наприклад у вигляді повторів складів.

У хворих із ураженням лобових часток часто зустрічається ситуаційна поведінка. Ознаками такої поведінки є сугестивність

та схильність до легкої підпорядкованості. У деяких випадках такі характеристики можуть приймати гротескний характер.

Ситуаційна поведінка та персеверативна тенденція є феноменами, що суперечать один одному, оскільки в основі персеверації лежить механізм інертності, а ситуативна поведінка містить у собі схильність до надмірно швидкої зміни реакцій. Проте обидва такі явища є індикаторами того, що діяльність хворого позбавлена смислової характеристики, їх заміщують дії, за якими не стоїть смислотворчий мотив. Втрата можливості оцінювати себе та інших руйнує діяльність хворих. Вона є індикатором їх глибокого особистісного порушення.

Розгальмованість поведінки — це порушення свідомого контролю над вчинками та висловлюваннями. Орієнтація на негайне задоволення виниклої потреби, що передбачає імпульсивне поводження під впливом думок, почуттів і внутрішніх подразників без урахування минулого досвіду або усвідомлювання наслідків у майбутньому. Таке явище може виникати у людини з ураженням базальних відділів лобових часток або в умовах вживання психоактивного лікарського засобу. Для такого стану характерними є ігнорування суспільно прийнятних норм поведінки, нетактовність, втрата дистанції у спілкуванні з малознайомими людьми, розв'язність, схильність до непристойних жартів, некоректних висловлювань та інших бездумних, імпульсивних дій.

Така поведінка може спостерігатися у супроводі **нецілеспрямованістю суджень**. Тобто, людина не може порівняти реальні результати власних дій з очікуваними, не помічаючи своїх помилок і, відповідно, не намагаючись їх виправити.

Рефлексія — це особлива навичка, що полягає у вмінні не лише усвідомлювати направленість уваги, але й відстежувати свій психічний стан, відчуття й думки. Вона висвітлює здатність спостерігати за собою ззовні, з боку, так, ніби людина дивиться на себе очима когось іншого. Рефлексія передбачає вміння бачити, на чому сконцентровано увагу й куди її спрямовано. Відповідно, відсутність рефлексії унеможлиблює розмірковування над самим собою, що спрямоване на самоаналіз.

В такому разі людина не може здійснити оцінку власного стану або вчинків, а також не є спроможною на обдумування певних подій. Глибина рефлексії може бути пов'язана як із моральністю та рівнем освіченості людини, так і із загальною здатністю до самоконтролю.

6. *Порушення спонтанності поведінки*

Некритичність також може проявлятися у вигляді порушень спонтанності поведінки. ***Аспонтанність поведінки*** — це явище, при якому поводження людини підпорядковане не внутрішнім потребам, а суто ситуаційним обставинам. Людина при цьому не віддає собі звіту ні у своїх переживаннях, ні у своєму соматичному стані. Відсутні плани на майбутнє. Знижено емоційну сферу, особливо стосовно негативних переживань. Характерною є інертність, нецілеспрямованість у діяльності, робота у максимально доступному темпі, всупереч доцільності. Будь-яка дія відбувається у супроводі безлічі зайвих метушливих рухів. Вирішуючи певне питання, людина надає перевагу методу спроб і помилок, не використовуючи мислення як знаряддя передбачення, не планує своєї діяльності, їй байдужий кінцевий результат. Помітні намагання використати старі навички через неспроможність засвоїти нові.

7. *Порушення формування характерологічних якостей особистості. Компенсація первинних дефектів*

Порушення соціальної поведінки та спілкування властиве будь-якому суттєвому відхиленню від нормативного взірця соціальної взаємодії та міжособистісних відносин, що є прийнятними в певній культурі. Вони пов'язані з характерологічними особливостями особистості.

Ключовим моментом формування характеру, згідно з Рубінштейном, є перетворення ситуативних мотивів, навколишніх обставин, у яких особистість опинилася в ході життя, на стійкі особистісні спонуки до тої чи інакшої поведінки. Під ха-

рактором можна розуміти ієрархічну систему мотивів, що узагальнюються під впливом зовнішніх обставин. Мотив стає характерологічною властивістю особистості, коли він генералізується стосовно ситуації, в якій виник, розповсюджуючись на всі ситуації, схожі з першою. Узагальнений мотив, таким чином, перетворюється на спосіб поведінки, що не виражає безпосередньо особисті спонуки. Різні спонуки, схожі за змістом, можуть бути реалізовані в такий загальний спосіб. Така обставина визначає те, що узагальнені типи поведінки можуть не співпадати з поточним змістом актуального мотиву. А це, своєю чергою, за умови закріплення в структурі особистості, робить її поведінку неадаптованою щодо мінливих соціальних ситуацій. У такому разі способи поведінки й сам характер стають патологічними. Виникає **порушення формування характерологічних властивостей**.

За Карлом Ясперсом, ідеальні типи особистості об'єднують окремі зовнішні поведінкові ознаки розладів та пов'язують їх між собою на підставі певної очевидної базової характеристики. Така провідна риса особистості не є джерелом усіх інших індивідуальних властивостей — вона лише пов'язує їх у певну концептуальну єдність. Умовний перелік базових рис застосовують до різних форм порушеної поведінки лише з метою діагностики. Отже, неможливо створити універсальний та постійний перелік особистісних розладів, оскільки вони завжди є доволі узагальненою версією тлумачення розладів поведінки.

Властивості характеру формуються протягом життя — як в нормі, так і в патології. Важливими є умови, що призводять до аномалії мотивів. Умови для такої аномалії може створити хвороба, спричинивши, відповідно, дефект у загальному поведженні людини. Це показано при дослідженні хворих різних нозологій (епілепсії, хвороби Паркінсона і т. ін.).

Для того, щоб **компенсувати дефект**, треба насамперед виробити адекватні способи та засоби його подолання. Крім того, треба не лише знайти способи подолання дефекту, але й оволодіти ними, довівши та автоматичності. Навичка звільнює людину від контролю над виконанням дії і тим самим дає можливість перенесення орієнтування до ширшого поля діяльності.

Приміром, у хворих на епілепсію внаслідок наростання інертності способи компенсації не стають згорнутими і автоматизованими, а навпаки, людина при цьому «застрягає» на стадії контролю над виконанням допоміжної дії, і мотив з широкою діяльності все більш зміщується на виконання вузької дії. Разом зі зміщенням мотиву відповідно зміщується також і сенс діяльності. Складна опосередкована діяльність втрачає сенс для хворого, головним стає виконання окремих операцій, які в нормі виконують роль лише технічних засобів. Таким чином, неприродним шляхом формується нова індивідуальна властивість. У ході хвороби, наприклад, педантичність стає не просто компенсацією, а звичним способом дії, певним ставленням до навколишнього світу, певної соціальної позицією, тобто рисою характеру.

Питання для самоперевірки:

1. Розкрийте зміст поняття «особистість».
2. Перерахуйте основні складові структури особистості.
3. Розкрийте суть поняття «спрямованість особистості».
4. Перерахуйте види порушень особи за Б. В. Зейгарник.
5. Що ви знаєте про порушення опосередкування та ієрархії мотивів?
6. Наведіть приклади патологічних потреб та мотивів.
7. До чого призводить порушення сенсоутворення?
8. Що означає «психопатична особистість» з погляду К. Ясперса?
9. Перерахуйте критерії психопатії П.Б. Ганнушкіна — О. В. Кербікова.
10. У чому полягає відмінність акцентуацій характеру психопатій?
11. Поясніть суть поняття «особистісний дефект».

Література зі списку рекомендованої до дисципліни:

1. Вітенко І. С. Загальна та медична психологія : підручник для студентів медичних вузів. К. : Здоров'я, 1994. 294 с.
2. Гальчук О. Я. Клінічна психологія: [навч. посіб. для студ. вищ. навч. закладів]. К. : Атіка, 2012. 216 с.

3. Зейгарник Б. В. Патопсихология. М. : Апрель Пресс, Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000. 518 с.
4. Карвасарский Б. Д. Клиническая психология : учебник для вузов. 5-е изд., перераб. и доп. СПб. : Питер, 2014. 896 с.
5. Клиническая психология / под ред. : М. Перре, У. Баумана. 2-е междунар. изд. СПб. : Питер, 2003. 312 с.
6. Клиническая психология : учебник для вузов. 4-е изд. / Под ред. Б. Д. Карвасарского. СПб. : Питер, 2011. 864 с.
7. Мартинюк І. А. Патопсихологія : навчальний посібник. К. : Центр учбової літератури, 2008. 208 с.
8. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология : учебное пособие. 6-е изд. М. : МЕДпресс-информ, 2008. 432 с.
9. Никоненко Ю. П. Клінічна психологія : навчальний посібник. К. : КНТ, 2016. 369 с.

ЗАВДАННЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ

Практикум

1. Охарактеризуйте співвідношення розуміння симптому і синдрому.
2. Опишіть загалом психічні розлади психотичного рівня.
3. Опишіть загалом психічні розлади непсихотичного рівня.
4. Назвіть та охарактеризуйте тип перебігу психічного розладу, при якому одужання настає внаслідок усунення дії травмуючого фактора.
5. Назвіть та охарактеризуйте тип перебігу психічного розладу, при якому симптоматика триває коротко та раптово зникає.
6. Назвіть та охарактеризуйте тип перебігу психічного розладу, при якому патологічні зміни з часом накопичуються.
7. Охарактеризуйте відмінності між негативною та продуктивною симптоматикою.
8. Навести критерії психопатії.
9. Дати порівнювальну характеристику психопатій та акцентуацій.
10. Описати загальні порушення психічних процесів при психопатії.
11. Описати загальні порушення психічних процесів при неврозах.
12. Перелічити очікувані зміни психічних процесів при психогенних захворюваннях.
13. Перелічити, що може спостерігатись у хворого при параноїдних розладах.
14. Перелічити, що може спостерігатись у хворого зі зниженням енергетичного потенціалу.
15. Описати характерні порушення мислення при шизофренії.
16. Описати загальні порушення психічних процесів при шизофренії.
17. Описати загальні порушення психічних процесів при МДП.
18. Описати загальні порушення психічних процесів при органічних захворюваннях.

19. Описати загальні порушення психічних процесів при старечому слабоумстві.

20. Скласти термінологічний словник основних понять і термінів навчальної дисципліни: *патопсихологія, загальне здоров'я, хвороба, психічний розлад, симптом, позитивні симптоми, негативні симптоми, основні симптоми, додаткові симптоми, факультативні симптоми, синдром, прості синдроми, складні синдроми, розгорнуті синдроми, нерозгорнуті синдроми, патопсихологічний експеримент, бесіда, спостереження, відчуття, гіперестезія, гіпестезія (гіпопатія), анестезія, синестопатія, парестезія, гіперпатія, сприймання, агнозії, псевдоагнозії, галюцинації, псевдогалюцинації, пам'ять, гіпомнезія, амнезія, ретроградна амнезія, антероградна амнезія, антероретроградна амнезія, гіпермнезія, псевдоремінісценції, конфабуляції, крептомнезії, ехомнезії, Корсаківський синдром, псевдомнезія, увага, неухважність, гіперметаморфоз уваги, виснажуваність уваги, інертність уваги, мислення, витіюватість мислення, резонерство, різноплановість мислення, зісковзування думок, скачок ідей, розірваність мислення, аморфність мислення, символічне мислення, обсесивне мислення, надцінні ідеї, марення, гіпотимія, депресія, дистимія, страх, фобія, дисфорія, гіпертимія, ейфорія, манія, морія, циклотимія, паратимія, ригідність емоцій, емоційна лабільність, апатія, гіпобулія, абулія, акінезія, гіпербулія, парабулія, паракінезії, кататонія, кататонічний ступор, кататонічне збудження, каталепсія, гіперкінези, тики, девіантна поведінка, деліквентна поведінка, адиктивна поведінка, аутоагресивна поведінка, суїцид, специфічні розлади особистості, оглушення, сонор, кома, делірій, онейроїд, аменція, сутінковий розлад свідомості, амбулаторний автоматизм, психічне захворювання, психічний розлад, шизофренія, параноя, параноїдний розлад особистості, парафренний синдром, кататонія, синестопатія, деперсоналізація, епілепсія, абсанс, маніакально-депресивний психоз, гіпоманіакал, циркулярна депресія, афект туги, вітальна туга, розумова відсталість, психологічна травма, органічне враження центральної нервової системи, сенсорна інтеграція, депресія, суїцид.*

ТВОРЧЕ ЗАВДАННЯ

Сформувати папку практичного психолога.

Перелік діагностичного матеріалу, який орієнтовно повинен бути наявним у папці практичного психолога:

- проби на діагностику особливостей зорового сприймання: фігури Поппельрейтера;
- таблиці Шульте;
- проба Мюнстерберга;
- коректурна проба;
- рахунок по Е. Крепеліну;
- «Піктограми» (Л. Виготський);
- «Піктограми» (О. Леонтьєв);
- «10 слів» (О. Лурія);
- методика «Класифікація»;
- методика «Виключення»;
- методика «Складні аналогії»;
- проба Ебінгауза;
- методика «Суттєві ознаки»;
- тлумачення прислів'їв та метафор;
- порівняння понять;
- «Тематичний апперцептивний тест» (ТАТ);
- «Шкала депресії» (Зунг);
- тест Леонгарда-Шмішека;
- методика Айзенка;
- методика незакінчених речень;
- методика Дембо-Рубінштейн;
- дитячий тест САТ;
- тест Р. Темпла;
- «Сходинки самооцінки».

ІНДИВІДУАЛЬНІ ЗАВДАННЯ

1. Історичний розвиток вітчизняної патопсихології.
2. Історія розвитку зарубіжної патопсихології.
3. Патопсихологічний експеримент як моделювання різних видів психічної діяльності.
4. Видатні постаті вітчизняної патопсихології.
5. Порушення відчуттів та сприймань при психічних захворюваннях.
6. Кількісні та якісні порушення пізнавальних процесів при психічних розладах.
7. Патопсихологічна характеристика порушень емоційно-вольової сфери особистості, особливості патопсихологічного обстеження.
8. Патопсихологічна характеристика психопатій.
9. Методи досліджень особистості у патопсихології.
10. Патопсихологічна характеристика хворих на шизофренію.
 11. Шизофренія дитячого віку, особливості її протікання.
 12. Особливості творчої діяльності хворих на шизофренію.
 13. Патопсихологічна характеристика хворих на епілепсію.
 14. Патопсихологічна характеристика хворих на маніакально-депресивний психоз.
 15. Неологізми мовлення та стереотипії у психічно хворих.

МЕТОДИ НАВЧАННЯ ТА КОНТРОЛЮ

Навчання студентів здійснюється шляхом читання лекцій, проведення семінарських занять, самостійної роботи студентів та індивідуальних контрольних співбесід. На лекціях викладаються основні теоретичні положення і проблеми патопсихології. Семінари проводяться за вузловими розділам дисципліни, що вивчається. Особливу увагу викладач звертає на засоби психодіагностики, які використовуються для ранньої діагностики психічних розладів. Під час заняття викладач використовує індивідуальний підхід до навчання. Самостійна підготовка студентів до занять виконується за спеціальними завданнями, які включають матеріал з теми, список рекомендованої літератури.

Контроль за навчанням студентів здійснюється шляхом проведення перевірки засвоєння матеріалу під час та в кінці занять, а також методом взаємоконтролю.

ОРІЄНТОВНИЙ ПЕРЕЛІК ПИТАНЬ ДЛЯ ПІДСУМКОВОГО КОНТРОЛЮ

1. Предмет і завдання патопсихології.
2. Історія розвитку патопсихологічних знань.
3. Роль патопсихологічних досліджень для психіатрії та психології.
4. Поняття психічного здоров'я особистості.
5. Рівні психічного здоров'я особистості.
6. Критерії оцінки психічного здоров'я.
7. Психологічний комфорт як умова психічного здоров'я особистості.
8. Історичний аспект формування поглядів на психіатрію.
9. Причини психічних захворювань.
10. Ендогенні психічні розлади.
11. Екзогенні психічні патології.
12. Характеристика психосоматичних розладів.
13. Неврози.
14. Реактивні психози.
15. Психопатії.
16. Суть патопсихологічного експерименту.
17. Особливості ведення бесіди в процесі патопсихологічного експерименту.
18. Схема патопсихологічного обстеження.
19. Основні форми розладів свідомості.
20. Критерії порушення свідомості.
21. Особливості визначення розладів свідомості.
22. Дерекалізація та деперсоналізація.
23. Форми розладів сприймання.
24. Характеристика методик дослідження розладів сприймання.
25. Агнозії та псевдогнозії.
26. Порушення мотиваційного компоненту розладів сприймання.
27. Характеристика розладів уваги.
28. Особливості дослідження розладів уваги.

29. Порушення короткочасної пам'яті.
30. Порушення динаміки мнестичної діяльності.
31. Порушення опосередкованої діяльності.
32. Розлади мотиваційного компоненту пам'яті.
33. Зміст та способи виконання методик дослідження порушень уваги та пам'яті.
34. Особливості інтерпретації та аналізу отриманих результатів при дослідженні порушень уваги та пам'яті.
35. Класифікація розладів мислення.
36. Розлади операційної сторони мислення.
37. Порушення особистісного компоненту мислення.
38. Порушення динаміки мисленнєвої діяльності.
39. Методики дослідження зниження рівня узагальнення.
40. Особливості визначення спотворення процесу узагальнення.
41. Дослідження різноплановості мислення та резонерства.
42. Вивчення порушень темпу мисленнєвої діяльності.
43. Порушення процесу саморегуляції пізнавальної діяльності.
44. Порушення розумової працездатності.
45. Характеристика розладів емоцій.
46. Класифікація порушень вольової сфери особистості.
47. Порушення структури ієрархії мотивів.
48. Формування патологічних потреб і мотивів.
49. Порушення смислоутворення.
50. Порушення саморегуляції та опосередкування.
51. Зміст, способи виконання та критерії оцінки методик дослідження емоційної сфери особистості.
52. Характеристика методик вивчення розладів волі.
53. Порушення критичності і спонтанності поведінки.
54. Порушення формування характерологічних особливостей.
55. Специфіка дослідження психічної діяльності у дітей.
56. Патопсихологічне обстеження дітей дошкільного віку.
57. Дослідження психічних процесів у дітей шкільного віку.
58. Особливості виконання методики ПДО Лічко.

59. Зміст та критерії оцінки методики Собчик.
60. Характеристика методик дослідження самооцінки та рівня домагань у дітей.
61. Особливості застосування проєктивних методик у вивченні дітей.
62. Характеристика галюцинацій.
63. Характеристика ілюзій.
64. Загальна характеристика розладів пам'яті.
65. Характеристика сенестопатій.
66. Особливості перебігу психічних захворювань.
67. Загальна характеристика методик дослідження розладів мисленнєвої діяльності для діагностики шизофренії.
68. Особливості діагностики епілепсії.
69. Патопсихологічне обстеження при шизофренії.
70. Патопсихологічне обстеження при олігофренії.

ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ З ДИСЦИПЛІНИ «ПАТОПСИХОЛОГІЯ»

1. Засновником вітчизняної школи патопсихології є:

- 1) Зейгарник;
- 2) Лебединський;
- 3) Лазурський;
- 4) Ананьєв.

2. Яке з тверджень є визначенням патопсихології:

- 1) розділ медичної психології, що вивчає закономірності розпаду психічної діяльності та властивостей особистості в умовах хвороби;
- 2) психологія переживання хвороби;
- 3) розділ загальної психології, що вивчає вплив ціннісних настанов на подолання хвороби;
- 4) експериментальна психологія.

3. Патопсихологічне дослідження включає в себе всі перераховані дії, крім:

- 1) виявлення та аналіз опорів;
- 2) співставлення експериментальних даних із історією життя;
- 3) експеримент;
- 4) бесіда.

4. Розлад сприйняття, при якому має місце утворення та сприйняття вигадливих зорових образів на основі злиття елементарних особливостей об'єкту, має назву:

- 1) фізичні ілюзії;
- 2) парейдоличні ілюзії;
- 3) фантастичні галюцинації;
- 4) фантастичні псевдогалюцинації.

5. Вкажіть суттєву ознаку агностичних розладів сприйняття:

- 1) порушення ідентифікації об'єкта (пізнання);
- 2) сприйняття уявного об'єкта;
- 3) неповне сприйняття реального об'єкта;
- 4) викривлене сприйняття об'єкта.

6. Яким із перерахованих термінів позначають слухові галюцинації, що наказують людині робити чи не робити що-небудь:

- 1) імперативні;
- 2) псевдогалюцинації;
- 3) істинні галюцинації;
- 4) галюциноїд.

7. Пам'ять може характеризуватися всіма вказаними видами, крім:

- 1) пізнавальної;
- 2) оперативної;
- 3) короткочасної;
- 4) відстроченої.

8. Ефект Зейгарник відноситься до психологічного процесу:

- 1) пам'яті;
- 2) уваги;
- 3) емоцій;
- 4) мислення.

9. Істотними характеристиками уваги є всі вказані, крім:

- 1) різноплановість;
- 2) стійкість;
- 3) перемикальність;
- 4) концентрація.

10. Буквену коректурну пробу для дослідження уваги запропонував:

- 1) Бурдон;
- 2) Шульте;
- 3) Векслер;
- 4) Біне.

11. Назвіть термін, що позначає повну втрату спроможності до концентрації уваги:

- 1) апрозексія;
- 2) астенія;

- 3) аспонтанність;
- 4) абулія.

12. Найсуттєвішою характеристикою «внутрішньої картини хвороби» є:

- 1) суб'єктивні відчуття й переживання хворого;
- 2) наявність об'єктивних ознак хвороби;
- 3) відсутність зовнішніх ознак хвороби;
- 4) клінічна оцінка стану хворого.

13. Зниження рівня узагальнень та викривлення процесу узагальнення відносять до:

- 1) порушень операційної сторони мислення;
- 2) порушень динаміки мисленнєвих процесів;
- 3) порушень особистісного компоненту мислення;
- 4) порушень процесу зовнішньої опосередкованості пізнавальної діяльності.

14. Безплідне, безцільне, засноване на порушенні мислення мудрування називається:

- 1) резонерством;
- 2) демагогією;
- 3) базіканням;
- 4) амбівалентністю.

15. Вкажіть найбільш суттєву ознаку маніакальної мови:

- 1) прискорений темп;
- 2) логічна безладність;
- 3) граматична безладність;
- 4) відставлені ехолалії, відповіді.

16. Що входить у поняття IQ (інтелектуального коефіцієнта):

- 1) співвідношення інтелектуального віку (кількості позитивно вирішених завдань для певного віку) та паспортного, помноженого на 100;
- 2) відношення позитивних відповідей до негативних.

17. До видів розладу сприймання відносяться:

- 1) агнозії;
- 2) апраксії;
- 3) афазії;
- 4) амнезії.

18. Абулія відноситься до однієї з таких груп психічних розладів:

- 1) негативних;
- 2) позитивних;
- 3) продуктивних;
- 4) непродуктивних;

19. Вкажіть більш точне і повне формулювання поняття «свідомість»:

1) невід’ємна специфічна властивість психічних процесів у вигляді суб’єктивного переживання, завдяки чому виділяється «Я», усвідомлюються навколишнє і відповідні психічні процеси;

2) сукупність знань, що характеризуються відношенням до знань та їх спрямованість;

3) сукупність знань людини про зовнішній і внутрішній світ.

20. До розладів пам’яті відноситься:

- 1) конфабуляція;
- 2) компіляція;
- 3) асенізація;
- 4) аутизація.

21. Мареннєвоподібне порушення свідомості, що супроводжується станами «зачарованості» або ейфорії, називається:

- 1) онейроїдом;
- 2) делірієм;
- 3) агенцією;
- 4) ступором.

22. Розлад мислення, при якому значно (максимально) утрудняється утворення нових асоціацій унаслідок тривалого домінування однієї думки, уявлення називається:

- 1) інертністю;
- 2) резонерством;
- 3) персеверацією;
- 4) зісковзуванням.

23. Розлад впізнавання частин власного тіла називається:

- 1) соматоагнозією;
- 2) соматогнозією;
- 3) дисморфоманією;
- 4) симптомом Фреголі.

24. Яка ознака не характерна для потьмарення свідомості типу оглушення:

- 1) психомоторна розгальмованість;
- 2) редукція та зникнення усіх психічних проявів;
- 3) підвищення порогу сприйняття;
- 4) патологічна сонливість.

25. Набір симптомів, що в сукупності утворюють патерн, який піддається визначенню, це:

- 1) синдром;
- 2) діагноз;
- 3) прогноз;
- 4) розлад.

26. Негативними симптомами/синдромами є:

- 1) прояви стійкого чи тимчасового випадання психічних функцій;
- 2) симптоми/синдроми, що знижують ступінь соціальної адаптації;
- 3) нозологічно неспецифічні симптоми/синдроми;
- 4) симптоми/синдроми, що розгортаються за участю негативних емоцій.

27. На відміну від негативних, позитивні (продуктивні) психопатологічні розлади:

- 1) виражаються в появі не характерних для дохворобного стану психічних та поведінкових патернів;
- 2) виявляються у звуженні спектру психічних змістів та проявів;
- 3) мають позитивне адаптативне значення;
- 4) переживаються як бажані та/або приємні.

28. Психічний стан, що характеризується важким порушенням психічних функцій, контакту з реальною дійсністю, дезорганізацією діяльності зазвичай до асоціальної поведінки та грубим порушенням критики називається:

- 1) психозом;
- 2) неврозом;
- 3) деменцією;
- 4) психопатією.

29. Чи завжди хворий на олігофренію є розумово відсталим:

- 1) Так;
- 2) Ні.

30. Олігофренія — це:

- 1) стан загального недорозвитку психіки внаслідок спадкової зумовленості або внутрішньоутробного ураження головного мозку;
- 2) часткове специфічне порушення засвоєння процесу читання, яке зумовлене несформованістю або порушенням вищих психічних функцій і виявляється у повторюванні стійких помилок на письмі;
- 3) легка розумова відсталість, яка характеризується конкретністю мислення, нездатністю до творчої поведінки, примітивністю інтересів та почуттів. Поняття числа не сформоване, немає уяви про збереження кількості предметів при їх переміщенні.

ГЛОСАРІЙ (ТЕРМІНОЛОГІЧНИЙ СЛОВНИК)

Абазія — порушення здатності ходити при збереженні здатності виконання рухів, складових ходьбу: хворий може вчиняти відповідні дії — в потрібному обсязі і з достатньою силою — лежачи. Найчастіше зустрічається при істерії, при рухових розладах нижніх кінцівок і розладі рівноваги. Часто супроводжується астезією. Згідно З. Фрейду а. — Спеціальне порушення однієї конкретної функції моторного апарату.

Абстиненція — стан, що виникає від припинення дії алкоголю або наркотиків при раптовій перерві в їх прийомі. Клінічна картина і перебіг абстиненції залежить від природи наркотичної речовини, її дози і тривалості вживання. Характерні прояви: головний біль, запаморочення, сухість у роті, тахікардія, іноді нудота, пригнічений настрій, часто в супроводі самозвинувачення і каяття, різкої фізичної слабкості, підвищеної сугестивності, потреби в наркотику і т.д. Можливі безсоння, лякливність, тривожність, суїцидальні тенденції, розвиток алкогольної епілепсії.

Абулія — патологічне порушення психічної регуляції дій — синдром психопатологічний, який виражається млявістю, порушенням вольового імпульсу, відсутністю бажань і спонукань до діяльності, нездатністю прийняти рішення і виконати правильну дію, хоча необхідність його усвідомлюється.

Автоагресія (аутоагресія) — вид агресивної поведінки — агресивні дії, спрямовані на самого себе (самозвинувачення, нанесення собі тяжких тілесних ушкоджень, самоприниження, суїцидна поведінка).

Агравация — перебільшення і посилення ступеня вираженості, тяжкості синдрому(-ів) дійсно існуючої хвороби. До агравациї схильні люди з акцептуацією істероїдною або які страждають на психопатичні захворювання, а також літні люди з вираженими змінами психіки.

Агнозія — стан, при якому мозок не може розшифрувати інформацію, що надходить від нормально функціонуючих ре-

цепторів; порушення різних видів сприйняття, що виникають при ураженні головного мозку. Розрізняють агнозію: зорову (нездатність упізнати предмети за їхніми зображеннями при збереженні достатньої гостроти зору); тактильну (проявляється у вигляді астерсогнозії (нездатності впізнання предметів навпомацьки), соматоagnoзія (порушення впізнавання частин власного тіла, порушення уявлення про схему тіла), слухові агнозії (проявляються в порушенні фонематичного слуху, здатності впізнавати знайомі мелодії, звуки, шуми при збереженні елементарних форм слуху).

Аграматизми — лексико-семантичні порушення мови.

Аграфія — порушення письмової мови.

Агресивність — стійка риса особистості; готовність до агресивної поведінки (прагнення до наступальності, насильницьких дій, спрямованих на заподіяння шкоди або на знищення об'єкта).

Адаптація — пристосування людини до зовнішнього середовища (акомодація) і пристосування зовнішнього середовища до себе (асиміляція).

Адаптивність — **неадаптивність** — стан активності; характеристика тенденції відповідності або невідповідності між цілями і досягнутими результатами активності людини. Активність виражається в узгодженні, а неадаптивність — у неузгодженості цілей і результатів. Варіанти адаптивності: гомеостатичний (досягнення рівноваги), гедоністичний (налагодження рівноваги), прагматичний (практична користь, успіх та ін.). Неадаптивність розглядається як особливий мотив, направляючий розвиток особистості та проявляється в надситуативній активності у специфічній привабливості дій із заздальгідь не вирішеним результатом. Такий потяг входить до складу складних форм мотивації: у сфері пізнання — кордон між відомим і невідомим; у сфері творчості — межа між можливим і неможливим; у сфері ризику — між благополуччям і загрозою існуванню; у сфері гри — між уявою і реальністю; у сфері довірчих контактів — між відкритістю людям і захищеністю від них та ін.

Акцентуація — домінування психічного властивості або системи психічних властивостей.

Алекситимія — нездатність суб'єкта називати емоції, пережиті ним самим або іншими, тобто переводити їх у вербальний план.

Алексія — порушення читання, розлад здатності читання — невміння прочитати текст, незважаючи на грамотність, або нездатність опанувати процес читання.

Алкоголізм — екзогенне психічне захворювання, яке при постійному або рецидивуючому перебігу призводить до формування прогресивного органічного психосиндрома та алкогольної деградації особистості.

Амбівалентність — психічний стан суперечливих бажань, почуттів, відносин.

Аменція — порушення діяльності свідомості, що характеризується повною втратою орієнтування у зовнішньому світі, коли втрачається свідомість самого себе і порушується запам'ятовування нової інформації; руховим збудженням; галюцинаціями; відсутністю спогадів про цей стан, коли він проходить; **аментивно** (божевільне) затьмарення свідомості характеризується розгубленістю з афектом подиву та інкогеренцією і проявляється в неможливості в цілому сприймати події, що відбуваються.

Амнезія — порушення пам'яті, виражене частковою втратою здатності зберігати в пам'яті нове; втрата здатності до фіксації або відтворення інформації (від декількох діб до декількох років). **Ретроградна амнезія** характеризується нездатністю згадати події, що передували захворюванню або травмі головного мозку. **Антероградна амнезія** проявляється в обставинах, коли через деякий час після того, як людина приходить до тями, вона не пам'ятає події, що відбуваються з нею. **Фіксаційна амнезія** означає неможливість запам'ятовування поточної інформації. **Амнезія антеретроградна** — порушення пам'яті на події, що відбулися після початку захворювання або після моменту травми. **Амнезія захисна** — порушення пам'яті у вигляді забування (витіснень) неприємного, травмуючого минулого.

Апатія — емоційна пасивність, байдужість, спрощення почуттів, байдужість до навколишніх подій, ослаблення спонукань та інтересів.

Апраксія — порушення довільних цілеспрямованих дій, неможливість здійснювати цілеспрямовані рухи при нормальному функціонуванні інтелекту і рухової і сенсорної систем.

Астезія — порушення здатності стояти, викликане порушенням координації м'язів тіла при великих ураженнях лобових часток і мозолистого тіла головного мозку.

Астенія — слабкість нервової системи, що виявляється в підвищеній стомлюваності, зниженому порозі сприйняття, крайній нестійкості настрою, порушеннях сну в результаті різних захворювань.

Афазія — розпад раніше сформованої мови при порушеннях у центральній ланці її аналізатора.

Афект — короточасне сильне душевне хвилювання, яке супроводжується не тільки емоційною реакцією, але й порушенням усієї психічної діяльності.

Біль — психічний стан, що виникає в результаті насильницьких або руйнівних впливів на організм при загрозі його існуванню або цілісності.

Вегетодистонія (вегетоневроз) — невроз вегетативної нервової системи.

Вербіграція — безглузде, нерідко ритмічне повторення одних і тих же слів, рідше — фраз або їх уривків.

Вигода вторинна (від хвороби) — використання інстинкту самозбереження і «Я»-ситуація хвороби для набуття певних переваг, матеріальних чи психологічних; реальні або передбачувані переваги і привілеї, які хворий знаходить внаслідок патогенних симптомів або хвороби.

Вищі психічні функції — довільні психічні процеси пізнання, самоконтролю та саморегуляції поведінки і діяльності; складні, прижиттєво сформовані, соціальні за походженням системні психічні процеси (довільна увага, довільна пам'ять, логічне мислення та ін.). До вищих психічних функцій відносять читання, письмо, рахунок.

Відчуженість — зміна сприйняття того, що відбувається, що виражається в фрагментарності, непослідовності відображення подій.

Внутрішня картина хвороби (ВКХ) — «вся маса відчуттів, не тільки місцевих болючих, але і загальне самопочуття, уявлення про свою хворобу, її причини» (А. Р. Лурія).

Внутрішня модель хвороби — уявлення самого хворого про особливості клініки, перебігу захворювання, свої соціальні, біологічні і психологічні можливості (Р. М. Войтенко).

Галюцинації — поява при патології головного мозку психічних образів предметів і явищ, об'єктивно не існуючих тут і зараз зовні, але відчутних як відображення реальних.

Гебефренія — форма шизофренії, при якій хворі поводяться як погані актори, що грають розшумілу дитину. Безглузді дурощі, грубе кривляння, перебільшені гримаси, безглузді веселощі, що не заражають, а лякають і обтяжують інших.

Гіперестезія — підвищення чутливості до діючих на органи чуття фізичним стимулів, що проявляється в появі надмірно сильних суб'єктивних відчуттів без зміни їх модальності.

Гіперкінези — мимовільні рухи при патологічно високому тонусі м'язової системи.

Дебільність — найлегший ступінь психічного недорозвитку. Хворі придатні до шкільного і професійного навчання в спеціальних закладах. Запас слів незначний, яскраво виражена сугестивність. Події навколишнього життя сприймають вкрай однобічно. Можуть жити самостійно, часто мають потребу в керівництві і підтримці.

Декомпенсація — загострення психопатичних рис, супроводжуване зазвичай порушеннями поведінки і соціальною дезадаптацією.

Делірій (ілюзорно-галюцинаторне затьмарення свідомості) — характеризується протилежними оглушенню ознаками: зниженням порога до всіх подразників, багатством психопатологічної симптоматики; порушення свідомості, спотворене відображення дійсності, що супроводжується галюцинаціями,

маренням, руховим збудженням, порушенням орієнтування в часі і просторі.

Деменція — слабоумство як наслідок недорозвинення або атрофії вищих психічних функцій. Порушення розумової діяльності внаслідок пошкодження тієї чи іншої структури головного мозку після тривалої (не менше одного року — трьох років) часу нормального дозрівання. Залежно від характеру ушкоджувальних або дегенеруючих факторів розрізняють деменцію сенільну (старечу), алкогольну, епілептичну, посттравматичну та інші види деменції.

Деперсоналізація — зміна самосвідомості індивіда, при якій втрачаються психологічні та поведінкові особливості, характерні для нього як для особистості, відчуття втрати свого «Я», болісне переживання відсутності емоційної залученості у відносинах із близькими, ставленні до роботи і т.д.

Депресія — афективний стан, що характеризується негативним емоційним фоном, змінами мотиваційної сфери, когнітивних уявлень і загальної пасивності поведінки.

Депривація — позбавлення можливості задовольняти важливі потреби внаслідок випадання сенсомоторних функцій (перцептивна і кінестетична депривація), обмеження спілкування (комунікативна депривація), відсутність соціальної підтримки (соціальна депривація).

Дереалізація — порушення сприйняття часу і простору; порушення сприйняття, при якому зовнішній світ сприймається як нереальний.

Дизонтогенез — порушення нормального розвитку у дитячому віці, коли морфофункціональні системи організму ще не досягли зрілості.

Дисграфія — порушення письма, супроводжуване заміною букв, пропусками, перестановками букв і складів, злиттям слів.

Дисоціація — порушення зв'язності психічних процесів.

Дисимуляція — поведінка, пов'язана з установкою на приховування, затушовування хвороби, її симптомів або окремих проявів.

Дистрес — негативний вплив стресів і стресових ситуацій на діяльність аж до її повного руйнування.

Діагноз психологічний — кінцевий результат діяльності психолога, спрямований на опис і з'ясування сутності індивідуально-психологічних особливостей особистості з метою оцінки їх актуального стану, прогнозу подальшого розвитку та розробки рекомендацій, що визначаються завданням обстеження.

Діагноз — визначення суті хвороби і стану хворого на базі його всебічного медичного обстеження.

Ейфорія — радісний, веселий настрій, стан благодущності та безтурботності, невластивий об'єктивним обставинам, що не має об'єктивних причин для появи і є досить стійким.

Експектації — система очікувань або вимог щодо норм використання індивідом соціальних ролей. Дві сторони експектацій: право очікувати від оточуючих поведінки, що відповідає їх рольовій позиції; обов'язок поводитися відповідно очікуванням інших людей. Експектації розпорядчі визначають належний характер виконання ролі; експектації визначають імовірнісний характер виконання цієї ролі з урахуванням індивідуальних особливостей «виконавця» і конкретної ситуації.

Епіленсія — хронічне психічне захворювання, викликане ураженням центральної нервової системи, що виявляється різними пароксизмальними (припадок) станами і досить частими змінами особистості.

Епілептичний статус — патологічний стан, при якому судомні напади відбуваються підряд, один за одним, без прояснення свідомості в період між ними.

Етіопатогенез — причини походження (етіологія) і механізми (патогенез) хвороби, порушення здоров'я, норми розвитку.

Іатрогенії (ятрогенія) — виникають у результаті неправильних дій лікаря, який справив на клієнта ненавмисний вплив (наприклад, необережним коментуванням особливостей хвороби), несприятливі зміни психічного стану і психогенні реакції, що сприяють появу неврозів.

Ідіотія — найбільш важка форма олігофренії. Мова у хворих відсутня, вони видають лише нечленороздільні звуки; емоційні

реакції виражаються в почутті задоволення або незадоволення; часто спостерігається нетримання сечі і калу; відсутні і не виробляються найпростіші навички самообслуговування.

Ілюзії — спотворення сприйняття реально існуючих предметів і явищ.

Імбецильність — середній ступінь олігофренії. Хворі оволодівають мовою, але вона бідна словами і недорікувата. Емоційні реакції значно розширені. Здатні до самообслуговування, освоюють найпростіші види ручної праці.

Імпульсивність — риса характеру, що виражається в схильності діяти без достатнього свідомого контролю, під впливом зовнішніх обставин або емоційних переживань.

Інфантилізм — запізніле дозрівання, недорозвинення, виразна домінуюча присутність у більш зрілому віці ранніх дитячих проявів.

Іпохондрія — хворобливий стан або захворювання, характерне надмірною увагою до свого здоров'я, страхом перед невиліковними хворобами, схильністю перебільшувати хворобливі явища і приписувати собі неіснуючі важкі недуги.

Істеричний невроз — невроз, що виявляється поліморфними функціональними психічними, соматичними неврологічними розладами і характеризується великою сугестивністю і самонавіюванням хворих.

Клінічна психологія — область медичної психології, що вивчає психічні фактори походження та перебігу хвороб, вплив хвороб на особистість, психологічні аспекти цілющих впливів.

Кома — повне пригнічення психічної діяльності, відсутність знічних та інших рефлексів, наявність бульварних і тазових розладів.

Компенсація — тимчасове пом'якшення психопатичних особливостей за рахунок зміни «мікросередовища» (сімейного, трудового) на таке, де ці особливості не заважають якнайкраще пристосуватися; перебудова системних зв'язків організму й особистості, що дозволяє заповнити недолік тієї чи іншої структури, функції.

Конфабуляції — несвідома вигадка малоймовірних сюжетів, іноді фантастичних подій, учасником яких нібито була психічно хвора людина.

Криптомнезії — пам'ять, в якій немає меж між тим, що з людиною реально відбувалося, і тим, що вона колись чула, бачила у зв'язку з подіями, які стосуються інших людей, але помилково зараховують їх до себе, заповнюючи прогалини в пам'яті (криптомнезії перекладаються як «прихована пам'ять»).

Локус контролю — позиція самооцінки; локалізація причин, якими суб'єкт пояснює власну поведінку і поведінку людей. Екстерналія локус: людина оцінює себе, погодившись із думкою важливих для неї людей, і звинувачує їх (або сформовані обставини) у разі особистих невдач; інтернальний локус контролю — людина вважає тільки себе відповідальною за свої дії, в кінцевому рахунку за свою долю.

Маніакально-депресивний психоз — ендогенне захворювання, що протікає у вигляді нападів або фаз із афективними розладами, світлими проміжками між нападами, тобто повним відновленням психічного здоров'я та відсутністю зміни особистості, незалежно від кількості перенесених нападів.

Меланхолія — хворобливий стан, що виявляється у пригніченому настрої, сповільненості рухів і утрудненому перебігу думок.

Мутизм — німота при збереженій внутрішній і письмовій мові.

Нав'язливі дії — мимовільні, симптоматичні і патологічні акти, скоєні всупереч бажанню, нерідко — всупереч стримуючим зусиллям.

Нав'язливі стани (обсесії) — переживання такого роду, коли у людини поза її волею виникають якісь думки, страхи, потяги, дії, сумніви (наприклад, нав'язливе миття рук, страх перед числом «3» і т.д.).

Неврастенія — невроз, що проявляється підвищеною збудливістю в поєднанні із швидкою стомлюваністю і виснаженням. Виникає переважно при довгостроково діючих психотравматичних факторах. Супроводжується фізичним виснаженням.

Симптоматика включає: стан дратівливої слабкості, що характеризується поєднанням підвищеної збудливості, швидкої виснаженості і стомлюваності, поганою переносимістю сильних подразників; лабільність емоцій, нестійкий настрій (частіше знижений, пригнічений); підвищена дратівливість, стомлюваність, сльозливість; іноді поява тривоги або страху, нетерпимість, розлади сну, головні болі, сексуальні порушення, різноманітні порушення вегетативної нервової системи.

Невроз нав'язливих станів — невроз, що виявляється нав'язливими страхами, уявленнями, сумнівами.

Невроз — психогенний нервово-психічний розлад, який виникає в результаті нерозв'язаного внутрішнього конфлікту між потребами і можливостями їх задоволення і проявляється у специфічних клінічних симптомах, у тому числі соматичних розладах, при відсутності психотичних явищ болісно зміненої свідомості.

Нейропсихологія — розділ клінічної психології, що вивчає мозкові механізми вищих психічних функцій на матеріалі локальних уражень головного мозку.

Норма — окремо взятий критерій або система показників (нормативів) необхідного стану, орієнтир бажаного напрямку процесу, який відповідає знанням суспільства і задовольняє його потреби.

Обнубіляція — легка ступінь оглушення (спостерігається при інтоксикації, черепно-мозкових та інших травмах).

Олігофренія — група хворобливих станів, що характеризуються вродженим або набутим у ранньому дитинстві (до 3 років) недорозвиненням психіки з переважанням інтелектуального дефекту, який протягом подальшого життя не наростає; недорозвинення емоційності, моторики, сприйняття, уваги.

Онейроїд — затьмарення свідомості з впливом фантастичних сновидно-маячних уявлень, у вигляді закінчених за змістом картин, що з'являються мимоволі в певній послідовності.

Парамнезії (псевдоремінісценції, конфабуляції, криптомнезії) — помилкові спогади; обмани пам'яті.

Парез — часткова втрата рухових функцій, обмеження сили, обсягу, амплітуди рухів.

Парестезії — елементарні хворобливі відчуття від органів (мурашки, печіння, оніміння та інші симптоми).

Пароксизм — загострення, посилення якогось хворобливого процесу, іноді набирає форму припадку, що настає раптово; гостра форма переживання якоїсь емоції (розпач, лют, жах та ін.).

Патологія (психічна) — емоційний дискомфорт людини, причина якого криється у морфофункціональному порушенні біологічного механізму регуляції її психічної діяльності.

Патопсихологічний експеримент — штучне створення умов, які виявлятимуть ті чи інші особливості психічної діяльності людини в її патології.

Патопсихологія — розділ медичної психології, що вивчає закономірності розладу психічної діяльності і властивостей особистості при хворобі.

Персеверація — мимовільне, настирливо повторюване циклічне повторення або наполегливе відтворення якоїсь дії, руху, уявлення, ідеї, думки або переживання — часто всупереч свідомому наміру.

Псевдоремінісценції — пригадування дійсно відбуваються з людиною подій, але в іншому часі або місці.

Психічна адаптація — самореалізація в соціальній дійсності індивідуальності людини, її нахилів та здібностей, що дозволяють асимілювати соціальне оточення.

Психоз — глибокий розлад психіки, пов'язаний із спотворенням відображення дійсності у свідомості і самосвідомості (затьмарення, марення, галюцинації), що призводить до повної соціальної дезадаптації особистості.

Психологічний захист — несвідомі психічні процеси, спрямовані на захист свідомості від внутрішніх конфліктів, від протиріч між бажаним і дійсним, від дистресу.

Психопатії — патологія характеру, при якій у суб'єкта спостерігається практично незворотна виразність властивостей, що перешкоджає його адекватній адаптації в соціальному середовищі.

Психосоматичний розлад — порушення функцій внутрішніх органів і систем, поява і розвиток яких найбільшою мірою

пов'язані з нервово-психічними чинниками, переживанням гострої або хронічної травми, специфічними особливостями емоційного реагування особистості.

Реабілітація — комплекс медичних, юридичних, психологічних та інших заходів, спрямованих на відновлення або компенсацію порушених функцій організму і працездатності хворих та інвалідів; відновлення нормальної життєдіяльності та працездатності хворого або інваліда, що досягається різними методами лікування та застосуванням інших спеціальних заходів.

Регрес — тимчасове повернення до онтогенетично більш ранніх етапів розвитку, до соціально незрілих форм психічного реагування.

Резонерство — схильність до порожніх міркувань.

Ретардація — запізнення або призупинення психічного розвитку.

Рефлексія — важливий механізм продуктивного мислення; особлива організація процесу розуміння того, що відбувається в широкому системному контексті (що включає оцінку ситуації і дій, знаходження прийомів і операцій вирішення завдань); процес самоаналізу та активного осмислення стану і дій індивіда та інших людей, включених у вирішення завдань. Може здійснюватися як у внутрішньому плані, так і в зовнішньому.

Ригідність — неготовність до діяльності, ускладненість, аж до повної нездатності, у зміні наміченої суб'єктом програми діяльності в умовах, що вимагають її перебудови згідно з новими ситуаційними вимогами.

Симптом — характерні прояви, ознаки психічних або органічних порушень і захворювань, що свідчать про зміну звичайного або нормального функціонування організму.

Синдром — симптоми, пов'язані в єдиний симптомокомплекс порушення функції; патогенетично обумовлена спільність симптомів, ознак психічних розладів, внутрішньо взаємообумовлених, взаємопов'язаних.

Старече слабоумство — психічна хвороба, зумовлена атрофією головного мозку; проявляється поступово наростаючим розпадом психічної діяльності до ступеня тотального слабоумства

із втратою особливостей особистості хворого і розвитком старечого маразму.

Сутінковий стан свідомості — концентричне звуження свідомості хворого, з усього різноманітного зовнішнього світу він сприймає лише якусь частину явищ і предметів.

Фрустрація — емоційний стан блокованих потреб; психологічний стан, що виникає при розчаруванні, нездійсненні якої-небудь значущої для людини мети, потреби.

Хвороба — порушення біо-соціо-психологічного гомеостазу індивіда внаслідок патологічного процесу, що призводить до обмеження життєдіяльності.

Шизофренія — група схожих психічних розладів неясною етіології, передбачають зміну мислення, перцептивної діяльності, афективно-особистісних властивостей.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ТА РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Александр Ф. Психосоматическая медицина. М. : Наука, 2000. 452 с.
2. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства. М. : Наука, 2013. 362 с.
3. Атлас для экспериментального исследования отклонений в психической деятельности человека / Под ред. проф. И. А. Полищука и доц. А. Е. Видренко. К. : Здоровье, 2016. 153 с.
4. Бизюк А. П. Основы нейропсихологии. Санкт-Петербург : «Питер», 2015. 363 с.
5. Блейхер В. М., Крук И. В., Боков С. Н. Практическая патопсихология : Руководство для врачей и медицинских психологов. Ростов-на-Дону : Книга, 2000. 367 с.
6. Братусь Б. С. Аномалии личности. М. : Высшая школа, 2013. 363 с.
7. Бурлачук Л. Ф., Морозов С. М. Словарь-справочник по психологической диагностике. Санкт-Петербург : «Питер», 2015. 363 с.
8. Вітенко І. С. Загальна та медична психологія : підручник для студентів медичних вузів. К. : Здоров'я, 1994. 294 с.
9. Гальчук О. Я. Клінічна психологія : навч. посіб. для студ. вищ. навч. закладів. К. : Атіка, 2012. 216 с.
10. Гейер К. Психосоматические расстройства. Санкт-Петербург : «Питер», 2014. 168 с.
11. Зейгарник Б. В. Патопсихология : Апрель Пресс, Изд-во ЭКСМО-Пресс. М. : 2000. 518 с.
12. Карвасарский Б. Д. Клиническая психология : учебник для вузов. 5-е изд., перераб. и доп. СПб. : Питер, 2014. 896 с.
13. Карпенко Н.В. Діагностика психічного розвитку в роботі педагога (вчителя, вихователя): навч. посіб. [2-ге вид.]. К.: Карвелла, 2010. 248 с.
14. Клиническая психология / под ред. : М. Перре, У. Баумана. 2-е междунар. изд. СПб. : Питер, 2003. 312 с.

15. Клиническая психология : учебник для вузов. 4-е изд. / Под ред. Б. Д. Карвасарского. СПб. : Питер, 2011. 864 с.
16. Коробіцина М. Б. Психологічна діагностика психічних розладів та розладів поведінки у дорослих та відповідні реабілітаційні заходи. Одеса: «Астропринт», 2005. 82 с.
17. Коцан І. Я. Психологія здоров'я людини. Луцьк: РВВ «Вежа» ВНУ ім. Лесі Українки, 2009. 316 с.
18. Курило В. О. Клінічна медична психологія: підручник. Магнолія, 2020. 348 с.
19. Лурия А. Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. М. : Наука, 2000. 213 с.
20. Максименко С. Д. Медична психологія. Вінниця: Нова Книга, 2008. 520 с.
21. Мартинюк І. А. Патопсихологія : навчальний посібник. К. : Центр учбової літератури, 2008. 208 с.
22. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология : учебное пособие. 6-е изд. М. : МЕДпресс-информ, 2008. 432 с.
23. Мельник А. П. Патопсихологія та спецпрактикум з клінічної психодіагностики. Луцьк: Іванюк В.П., 2013. 68 с.
24. Мілютіна К. Л., Максимова Н. Ю., Піскун В. М. Основи дитячої патопсихології. К.: Перун, 1996. 454 с.
25. Мілютіна К. Л., Максимова Н. Ю., Піскун В. М. Патопсихологія підліткового віку. К.: Главник, 2008, 55 с.
26. Никоненко Ю. П. Клінічна психологія. Навчальний посібник. К. : КНТ, 2016. 369 с.
27. Практикум по патопсихологии / Под ред. Б. В. Зейгарник, В. В. Николаевой, В.В. Лебединского. М.: Высшая школа, 2000. 443 с.
28. Психогенні психічні розлади / Л.О. Герасименко, А. М. Скрипніков, Р.І. Ісаков : навч.-метод.посіб. К. : ВСВ «Медицина», 2021. 208 с.
29. Психиатрия. Психосоматика. Психотерапия / Под ред. К. Л. Киснера. М. : Высшая школа, 1999. 363 с.

30. Римша С.В., Рациборинська-Полякова Н.В. Пропедевтика психіатрії з основами загальної психології, патопсихології та психопатології: навч. посіб. Магнолія, 2020. 520 с.

31. Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике. Санкт-Петербург: «Питер», 1998. 167 с.

32. Терлецька Л.Г. Психічне здоров'я особистості. Технологія самоаналізу : Монографія. К. : Видавничо-поліграфічний центр «Київський університет», 2003. 150 с.

Наукове видання

Аліме Маметівна **ОСМАНОВА**
Галина Володимирівна **ХОРУНЖЕНКО**

ПАТОПСИХОЛОГІЯ

Навчально-методичний посібник

Комп'ютерне верстання — *Думанецька С. С.*
Дизайн обкладинки — *Бабинець Н. А.*

Підписано до друку 30.06.2022 р.
Формат 60x84/16. Ум. друк. арк. 10,9.
Наклад 300 прим. Зам. № ...

Видавець і виготовлювач ТОВ «Талком».
м. Київ, вул. Львівська, 23,
тел./факс (044) 424-40-69, 424-56-26.
E-mail: ukraina.vdk@email.ua.

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 4538 від 07.05.2013.