


МІНІСТЕРСТВО ФІНАНСІВ УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНИЙ ПОДАТКОВИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет соціально-гуманітарних технологій та менеджменту
Кафедра психології, педагогіки та соціології

Затверджено
Вченою радою факультету
соціально-гуманітарних технологій та
менеджменту
протокол від 08.06.2023 №14

Голова вченої ради  Н.І. Зикун

Конспект лекцій

навчальної дисципліни «**Клінічна психологія**»
для підготовки здобувачів вищої освіти першого (бакалаврського) рівня
денної та заочної форми навчання
галузі знань 05 «Соціальні та поведінкові науки»
спеціальності 053 «Психологія»
освітньо-професійна програма «Психологія»
Статус дисципліни: обов'язкова

Ірпінь 2023

Конспект лекцій навчальної дисципліни «Клінічна психологія» складений на основі робочої програми навчальної дисципліни, затвердженої Вченою радою Університету ДПУ від 18.05.2023, протокол №7

Укладач:



Л.М. Клевець, к. психол. н., доцент кафедри психології, педагогіки та соціології

Гарант освітньої програми



О.Г. Льовкіна, д.філос.н., професор

Розглянуто і схвалено кафедрою психології, педагогіки та соціології протокол від «7» червня 2023, №16

Завідувач кафедри
доцент



І.О. Петухова, к.пед.н.,

Реєстраційний № _____

ЗМІСТ

Тема 1. Фундаментальні поняття медичної психології.....	4
Тема 2. Клінічні вияви психічної норми та патології.....	13
Тема 3. Психологія індивідуальних відмінностей.....	30
Тема 4. Сімейна клінічна психологія.....	37
Тема 5. Вікова клінічна психологія.....	44
Тема 6. Психічне реагування на захворювання і психологія соматично хворого.....	67
Тема 7. Психосоматичні й соматопсихічні розлади.....	81
Тема 8. Клініко-психологічні аспекти пізнавальної діяльності та емоційно-вольової сфери.....	103
Тема 9. Основні симптоми та синдроми розладів психіки: порушення пам'яті, інтелекту, свідомості, ознаки дефіцитарності психічних функцій	140
Тема 10. Основні симптоми та синдроми розладів психіки: особистість, розлади особистості.....	157
Тема 11. Психогігієна. Психопрофілактика.....	172
Література.....	180

ТЕМА 1. ФУНДАМЕНТАЛЬНІ ПОНЯТТЯ МЕДИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ

Мета. Вивченню підлягають функціональні поняття “об’єкт”, “предмет” клінічної психології. Довести зв’язок клінічної психології з іншими науками. Викласти методологічні принципи клінічної психології та визначити структуру патопсихологічного синдрому.

Ключові слова: об’єкт, предмет, клінічної психологія, принципи, структура, патопсихологічний синдром.

Вступ. У міжнародному посібнику з клінічної психології за загальною редакцією Пере і Баумана наводиться визначення поняття “Клінічна психологія”, яка включає різні розділи медичної психології. В Україні відповідно до державного освітнього стандарту: клінічна психологія — спеціальність широкого профілю, що має міжгалузевий характер і бере участь у вирішенні комплексу завдань у системі охорони здоров’я, народної освіти та соціальної допомоги населенню.

План

1. Функціональні поняття, об’єкт, предмет клінічної психології
2. Зв’язок клінічної психології з іншими науками
3. Методологічні принципи клінічної психології
4. Структура патопсихологічного синдрому

Висновок

1. Функціональні поняття, об’єкт, предмет клінічної психології

У міжнародному посібнику з клінічної психології за загальною редакцією Пере і Баумана наводиться визначення:

Клінічна психологія — це психологічна дисципліна, предметом якої є психічні розлади і психічні аспекти соматичних розладів (хвороб).

Клінічна психологія включає наступні *розділи*:

- етіологію (аналіз умов виникнення розладів);
- класифікацію;
- діагностику;
- епідеміологію;

- інтервенцію (профілактику, психотерапію і реабілітацію);
- охорону здоров'я;
- оцінку результатів.

В англomовних країнах, як синонім до поняття “клінічна психологія”, використовується термін “патологічна психологія” (Abnormal Psychology).

Шрамль одним із перших у німецько-мовних країнах запропонував розглянути клінічну психологію ширше, ніж просто психологію в клініці. Поряд з клінічною психологією в університетах окремих західних країн викладається *медична психологія*. Зміст її включає застосування знань і методів психології для вирішення проблем медицини (передусім пов'язаних із пацієнтом і взаєминами “лікар–пацієнт”). До неї відносять профілактику хвороб та охорону здоров'я. В інших випадках медична психологія (поведінкова медицина) досліджує психічні аспекти соматичних розладів.

В Україні відповідно до державного освітнього стандарту: клінічна психологія — спеціальність широкого профілю, що має міжгалузевий характер і бере участь у вирішенні комплексу завдань у системі охорони здоров'я, народної освіти та соціальної допомоги населенню.

Об'єкт клінічної психології — людина з труднощами адаптації та самореалізації, пов'язаними з її фізичним, соціальним і духовним станом.

Предмет професійної діяльності клінічного психолога — психічні процеси і стани, індивідуальні й міжособистісні особливості, соціально-психологічні феномени, які виявляються в різних галузях людської діяльності.

Клінічний психолог виконує такі види діяльності:

- діагностичну;
- експертну;
- корекційну;
- профілактичну;
- реабілітаційну;
- консультативну;
- науково-дослідну тощо.

2. Зв'язок клінічної психології з іншими науками

Базисними науками для клінічної психології є: загальна психологія і психіатрія. *Предмет* наукових досліджень клінічної психології та психіатрії — психічні розлади. Однак клінічна психологія займається і такими порушеннями, які не рівноцінні хворобі (наприклад, проблеми шлюбу й партнерства), а також психічними аспектами соматичних розладів. Клінічна психологія впливає на розвиток теорії та практики психіатрії, неврології, нейрохірургії, внутрішніх хвороб та інших медичних дисциплін. Патопсихологічні розлади часто виявляються в екстремальних умовах, що вивчається іншими психологічними науками (наприклад, авіаційною та космічною психологією). У зв'язку з цим було запропоновано термін *екстремальна психологія*.

На думку Платонова, патопсихологія вивчає аномальну особистість у нормальних умовах, а екстремальна психологія — нормальну особистість в аномальних умовах. Патопсихологія межує з нейропсихологією.

Предмет нейропсихології — вивчення динамічної локалізації психічних функцій, співвідношення психологічних функціональних структур з морфологічними мозковими макро- і мікроструктурами в нормі, які розуміються через патологію.

Поведінкова неврологія (Behavioral Neurology) — галузь неврології, яка вивчає вплив захворювань мозку на поведінку людини і, особливо, на вищі кіркові або когнітивні функції. *Діагностика* включає методи клінічної психології та нейропсихології, що об'єднує ці дисципліни.

Психофармакологія і *клінічна психологія* вивчають психопатологічні розлади і способи їх лікування. Крім того, лікарське лікування завжди має на пацієнта позитивну чи негативну психологічну дію (наприклад, плацебо-ефект).

До системи загальної *клінічної діагностики* належить психологічна діагностика (насамперед у психіатрії), яка близька до судово-медичної психології та психіатрії. При цьому слід мати на увазі і юридичну психологію.

Галуззю клінічної психології є *психологічна трудова експертиза*, яка поділяється на профорієнтацію, профконсультацію, профвідбір, працевлаштування інвалідів. *Психологічна трудова експертиза* — це один із розділів психології праці.

Медико-психологічна профорієнтація і профконсультація підлітків пов'язана з педіатрією та шкільною гігієною, щодо осіб 11 похилого віку — з геріатрією та психогігієною. Своєю чергою, психогігієну можна розглядати і як самостійну дисципліну і як розділ клінічної психології.

Медична педагогіка — суміжна з медициною, психологією і педагогікою галузь.

Предмет медичної педагогіки — навчання, виховання і лікування хворих дітей — дефектопедагогіка з галузями олігофрено-, сурдо- й тифлопедагогіки.

Психотерапія становить окремий випадок клініко-психологічної інтервенції (втручання).

3.Методологічні принципи клінічної психології

Методологія — система принципів і способів організації та побудови теоретичної і практичної діяльності. Методологія включає такі конкретно-наукові прийоми дослідження: спостереження, експеримент, моделювання тощо. Вони реалізуються у спеціальних процедурах — методиках отримання наукових даних. Клінічна психологія спирається на методологію і методи загальної психології.

У *психіатрії* до основних методів діагностики відносять:

- **клінічний психіатричний** — включає огляд, бесіду (вивчення суб'єктивного анамнезу і психічного статусу), динамічне спостереження та збір об'єктивних анамнестичних відомостей;

- **експериментально-психологічний** — складається з психометричних, проєктивних, нейропсихологічних методів дослідження:

- *психометричні методи* орієнтовані на “кількісне” вивчення особистісних властивостей і характеристик психічного стану;

- *проєктивні методи* спрямовані на вивчення підсвідомих психічних процесів;

- *нейропсихологічні методи* призначені для оцінювання психічних функцій при “вогнищевих” ураженнях головного мозку;

- **психофізіологічний** — вивчає показники розумової та фізичної працездатності;

• **додаткові** — електрофізіологічні, лабораторні, рентгенологічні, генетичні, епідеміологічні, “нетрадиційні” (рефлексодіагностичні, “енергоінформаційні” та ін.).

Патопсихологічне дослідження включає в себе експеримент, бесіду, спостереження, аналіз історії життя та історії хвороби (анамнез виду і анамнез морбі відповідно), порівняння отриманих даних для визначення патогенетичного та диференціального діагнозу.

Методи патопсихологічного дослідження визначаються завданням виділення провідного симптому. Можливий набір методик з’ясовується у процесі розмови з хворим під час збору анамнезу.

Патопсихологічні тести (стимуляційний матеріал з описом) зібрані в “Атласі для експериментального дослідження відхилень у психічній діяльності людини” (за редакцією Поліщука та Відренко, Київ), а також у книзі “Експериментально-психологічне дослідження психічної діяльності хворих” (С. Я. Рубінштейн).

При оформленні *патопсихологічного висновку* потрібно враховувати наступне:

1) патопсихологічні методики побудовані за принципом функціональних проб, спрямованих на вивчення певної функції; результати функціональних проб ніколи не інтерпретуються окремо, тобто важлива їх комплексна характеристика;

2) отримані результати потребують не стільки кількісної, скільки якісної роботи — оцінки мотивації пацієнта, його ставлення до досліджень і ступеня критичності до своїх помилок; 3) отримані результати інтерпретуються в контексті історії життя і в контексті розвитку захворювання.

Мета патопсихологічного дослідження — визначення патопсихологічного синдрому, який представляє собою стійку, внутрішньо пов’язану сукупність окремих симптомів, яка виявляється в емоційному реагуванні та пізнавальній діяльності хворого.

Синдромальний підхід — виявлення окремих симптомів, що визначають клінічну картину загалом (наприклад, підвищена виснажливність нервових процесів при дифузному ураженні кори головного мозку призводить до виснаження уваги, нестійкості мнестичних слідів (у пробі на механічне запам’ятовування

відтворюється 4, 5, 6 слова з 10), порушень емоційно-вольової сфери (нестійкість настрою, виснажливність емоційних реакцій), патології мислення у вигляді непослідовності суджень, змін особистості по типу звуження сфери мотивів.

Психологічний експеримент спрямований на дослідження людини (яка реально діє), а не на вимірювання окремих психічних процесів. Психологічний експеримент — це якісний системний аналіз різних форм порушень психіки, розкриття механізмів порушень діяльності та визначення можливостей її відновлення.

Системний якісний аналіз передбачає оцінку основних порушень, які лежать за розпадом мислення, порушенням пам'яті та розладами особистості (наприклад, при шизофренії надмірне абстрагування, емоційна вихолощеність, шизофренічні порушення мислення — всі порушення розглядаються цілісно). Тобто *основним принципом патопсихологічного дослідження* є системний, якісний аналіз дослідження порушень психічної діяльності (оцінюється все з точки зору особистості взагалі). Інший важливий принцип — різноманітність і велика кількість методик, що використовуються у процесі дослідження.

Таким чином, досягається вірогідність дослідження, оскільки один висновок підтверджується кількома методиками.

Порушення не існують ізольовано, вони накладають відбиток на особистість загалом. *Наприклад*, наявність судинних захворювань призводить до зниження пам'яті, змін поведінки, емоційного реагування у вигляді афективності тощо. У процесі розпаду психіки одні симптоми, звичайно, викликають інші. Неможливо існування окремих порушень. Тому набір патопсихологічних методик, що використовуються, повинен виявляти всі взаємопов'язані порушення на різних рівнях. Будь-яка методика дає змогу розмірковувати над різними формами психічних порушень, виявляти різнопланову інформацію.

Наприклад, почергове віднімання від 100 до 7 досліджує цілеспрямованість, установку, виснажливність та інші особливості психічної діяльності підекспертних. Будь-яка методика поліфункціональна.

Специфіка патопсихологічного дослідження — поліфункціональні проби. При цьому патопсихологічні методики відносно прості — оцінюють нижню межу норми. Вибираючи психологічні методи, потрібно брати до уваги:

1) якщо метою дослідження є диференційна діагностика, визначення глибини психічного дефекту, вивчення ефективності терапії, то вибір методів визначається особливостями порушення, яке припускається;

2) освіту хворого і його життєвий досвід (наприклад, недостатньо грамотному досліджуваному не слід давати завдання за методом утворення складних аналогій);

3) особливості контакту з хворим (так, при обстеженні хворих зі слабким слухом переважно використовуються завдання, розраховані на зорове сприйняття).

Етапи психологічного дослідження:

1. Вивчення історії хвороби, бесіда з лікарем і конкретизація завдання дослідження.

2. Проведення патопсихологічного дослідження.

3. Обробка та аналіз даних патопсихологічного дослідження.

4. Опис результатів, висновок психологічного дослідження (у межах компетенції психолога). Тривалість безперервного патопсихологічного дослідження не повинна перевищувати 2 години, а при підвищеній виснажливості хворих, особливо похилого віку, може тривати не більш як 30–40 хвилин. Зазвичай психологічне дослідження вимагає в середньому 3,5–4 години. Тому його доводиться проводити протягом двох, а іноді й трьох-чотирьох днів. У разі виникнення труднощів щодо включення хворого в дослідження і при підвищеній виснажливості загальний час дослідження може бути скорочено за рахунок зменшення кількості методів. Так, час дослідження інтелектуальної діяльності за допомогою стандартизованого набору може бути скорочено вдвічі за рахунок пред'явлення тільки парних або непарних завдань тесту, результати застосування яких високо корелюють між собою.

Ще більше можливості для скорочення часу дослідження представляють *нестандартизовані методи*.

4. Структура патопсихологічного синдрому.

Патопсихологічний синдром визначається за наступними параметрами:

1. Оцінювання порушень мотиваційної сфери особистості:

- широта або вузькість мотивації (професійна, сімейна тощо);
- спрямованість мотивації (особиста егоцентрична та ін.);
- усвідомленість;
- активність;
- ієрархічність;
- динамічність;
- цілеспрямованість;
- підконтрольність;
- критичність;
- опосередкованість (безпосередність).

Традиційно провідною мотивацією у чоловіків вважалася професійна, у жінок — сімейна. Цілеспрямованість мотивації пов'язана з напруженістю мотивації.

Спрямованість — особисту егоцентричну мотивацію — реалізувати складніше. Усвідомленість мотивації знижується упродовж усього спектра психічних порушень (від грубих до незначних). Усвідомленість мотивів призводить до цілеспрямованої поведінки.

Активність — рівень спонукань до діяльності (наприклад, за ендогенної депресії людина розуміє, що потрібно щось робити, але не в змозі це виконувати).

Підконтрольність пов'язана з довільною регуляцією мотивації. Критичність — здатність адекватно оцінювати всі рівні особистісної регуляції поведінки: мотиваційний, характерологічні та операціональні.

В судово-психологічній експертизі **критичність** як здатність організувати свою поведінку є інтегральним показником. Опосередкованість мотивації характеризуються соціальними нормами. Безпосередність характерна при психопатичній особистості: “Я хочу і я це зроблю!”

Особливості афективного (або емоційного) реагування характеру особистості:

- спектр емоційного реагування;
- інертність або нестійкість;
- емоційна реактивність;

- підконтрольність;
- експресивні характеристики;
- чуйність до тону спілкування.

Емоційне реагування: або постійно знижений фон настрою, або незмінно підвищений, або беземоційність. На основі характеристики спектра і сили емоційного реагування можна визначати акцентуацію: гіпертимія — позитивний емоційний спектр, інтенсивність емоцій; дистимія — негативна частина емоційного спектра, інтенсивність емоцій; істероїдність — лабільність; епілептоїдність — застрягання, інертність; шизоїдність — відсутність емоційного резонансу; психостеноїдність — схильність реагувати тривогою на всі впливи середовища (“гумор шибеника” — характерно піджартовування над собою).

3. **Операційне оснащення** — збереженість інтелектуально-мнестичної діяльності:

- відповідає чи не відповідає віковій нормі;
- у патопсихології оцінюється інтелект (запас знань) і характеристики мислення (операції абстрагування, класифікації, синтезу, здатність до категоризації понять — узагальнення).

4. **Динамічний аспект діяльності:**

- рівномірність темпу виконання завдань;
- збереження рівня продуктивності у процесі взаємодії;
- динамічні характеристики (уповільнена впрацьовуваність);
- темпові характеристики (уповільнення мислення).

Наприклад, при маніакальному стані страждає динамічна сторона діяльності: скачка ідей, неспроможність довести висловлювання до кінця; для депресивного стану теж характерно недоведення думок до кінця; епілептоїди говорять короткими фразами: довга фраза, динаміка для них важко доступна; при ендогенній депресії спостерігається зниження рухливості нервових процесів, темпу, характерно почуття провини (для порівняння — невротик: “усі погані, а я хороший”, депресія: “я гірше всіх” (неповноцінність, неспроможність)).

Висновок. При оцінці патопсихологічного синдрому основне завдання — виділити провідний симптом, який визначає синдромоутворення. Провідним

симптомом може бути: підвищена виснажливість, порушення емоційної регуляції, гіпосоціальна установка (наприклад, у істерика — думає про себе, а не про недавно народжену дитину). Усі характеристики розглядаються в контексті взаємодії пацієнта з психологом, і на основі цього формується диференціальний діагноз.

Питання до теми

1. Кваліфікаційна характеристика медичного психолога.
2. Місце медичного психолога у психології та медицині.
3. Методи дослідження в медичній психології.
4. Принципи та етапи клінічного опитування пацієнта.
5. Феноменологія клінічних виявів.
6. Феноменологічний принцип обстеження хворого.
7. Первинне інтерв'ю, психологічне консультування.

Рекомендована література:

Основна: [1-3]

Допоміжна: [2,3,4,6]

Інформ. ресурси Інтернет: [1-3]

Міжнародні видання: [1,2]

ТЕМА 2. КЛІНІЧНІ ВИЯВИ ПСИХІЧНОЇ НОРМИ ТА ПАТОЛОГІЇ

Мета. Дослідити історію виникнення нового підходу до душевних хвороб — екзистенціального, визначення та критерії психічного здоров'я. З'ясувати клінічні підходи до визначення психічної норми і патології. Викласти діагностичні принципи-альтернативи

Ключові слова: *екзистенціальний підхід, норма, патологія, симптом, синдром.*

Вступ. Ще наприкінці XIX ст. чітко розмежовувалася психічна норма та патологія. І лише на початку XX ст. у зв'язку з поширенням психоаналізу ця межа починає розмиватися. Перша світова війна стала поштовхом для виникнення нового підходу до душевних хвороб — екзистенціального, в основі якого лежить такий підхід до людини, згідно з яким його внутрішній світ унікальний, а його буття у світі індивідуальне.

План

1. Історія питання
2. Визначення та критерії психічного здоров'я
3. Підходи до визначення психічної норми і патології
4. Діагностичні принципи-альтернативи

Висновок.

1. Історія питання

На думку Л. Кінга, психічна хвороба — це умовне позначення іншого “способу існування” і поведінки людини, при цьому хвороба принципово не відрізняється від здоров'я.

Л. Кінг згідно з екзистенційним підходом вирізняє:

неврози — індивідуальне існування в інших просторовочасових відносинах;

психози — інший світогляд, що відображає унікальний суб'єктивний світ людини; *шизофренічний процес* — реакція хворої особистості на стресову ситуацію, спеціальна стратегія поведінки, спосіб життя, позиція, яка допомагає людині вижити у кризових ситуаціях.

К. Ясперс в “Загальній психопатології” уперше використав феноменологічний підхід до психічних хвороб. Він розглядав психіатрію не як наукову дисципліну, а як своєрідне містичне мистецтво, що спирається на суб'єктивне мистецтво лікаря. У 60-х роках ХХ ст. в ряді західних країн виник антипсихіатричний рух. Стверджувалося, що психічні хвороби — це “міф”, фікцією називалися як нозологічні форми, так і психопатологічні синдроми. На думку вчених, психіатричні лікарні та застосовувані лікувальні методи (електрошокова терапії, лоботомія, транквілізатори, нейролептики) є втіленням дегуманізуючого початку в суспільстві, де “каста” лікарів здійснює насильство над “кастою” хворих та ізолює небажаних суспільству людей (загальновідомий факт зловживання психіатрією в політичних цілях). І в наш час продовжуються дискусії про відносність межі між психічною нормою і патологією.

2. Визначення та критерії психічного здоров'я

Згідно з ВООЗ загальне здоров'я — це стан людини, якій властиві не тільки відсутність хвороб або фізичних вад, а й повне фізичне, душевне та соціальне благополуччя. Однією із найважливіших складових є психічне здоров'я.

Психічне здоров'я — такий стан психіки індивіда, що характеризується цілісністю та узгодженістю всіх психічних функцій організму, що забезпечує відчуття суб'єктивної психічної комфортності, здатності до цілеспрямованої осмисленої діяльності, адекватні форми поведінки (Б. С. Положий, 1998).

Критерії психічного здоров'я (за ВООЗ):

1) усвідомлення і відчуття безперервності, постійності та ідентичності свого фізичного та психічного “Я”;

2) почуття сталості та ідентичності переживань в однотипних ситуаціях;

3) критичність до себе та своєї власної психічної продукції (діяльності) та її результатів;

4) відповідність психічних реакцій (адекватність) силі й частоті впливам середовища, соціальним обставинам і ситуаціям;

5) здатність керування поведінкою відповідно до соціальних норм, правил і законів;

6) здатність планувати власну життєдіяльність;

7) здатність змінювати спосіб поведінки залежно від зміни життєвих ситуацій і обставин.

За ВООЗ, норма — це етичний стандарт, модель поведінки або модель, яка розглядається як бажана, прийнятна або типова для тієї чи іншої культури. ВООЗ розглядає питання:

- про нормативність вживання алкоголю та інших психоактивних речовин;
- про нормативність при оцінюванні сексуальної орієнтації та сексуальних уподобань. Наприклад, клінічне, етичне та правове оцінювання гомосексуалізму: раніше розглядався як кримінально каране діяння, далі як хвороба, а нині як допустима аномалія сексуальної переваги, згідно з чим психіатрична асоціація пропонує вилучити термін “гомосексуалізм” з усіх класифікацій та переліків і розцінювати його як крайній варіант норми.

Конфлікт норм (за ВООЗ) — ситуація, за якою ідеальні норми не співпадають з поведінковими.

3. Підходи до визначення психічної норми і патології

1. *Статистичний підхід* (бути психічно нормальним — означає бути “як усі”, або відповідати якомусь кількісному стандарту):

- характерний для радянської психіатрії: відхилення від середньостатистичних норм — релігійність, інакомислення, нестандартна зачіска, одяг, захоплення тощо — розглядалися як неадекватна поведінка;

- за МКБ-10 (Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду), F-7 (розумова відсталість). Діагностика ґрунтується на показниках IQ:

нижче 20 — глибока розумова відсталість;

20–34 — виражена відсталість;

35–49 — помірна відсталість;

50–70 — легка відсталість;

70–84 — близький до норми IQ;

85–115 — норма;

115–124 — вище норми;

125–134 — високий IQ;

понад 135 — геній.

Наприклад, у Гете IQ — 200, у Ньютона і Вольтера — 190, у Галілея — 185, у Леонардо да Вінчі — 150, у Баха і Ч. Дарвіна — 140, у Коперника — 130.

У наш час найвищий IQ (за Книгою рекордів Гіннеса) у Мерилін Вос Саван, якій вже за 60. Її IQ був порохований у віці 10 років і становив 228 балів. Незважаючи на те, що Мерилін є найрозумнішою жінкою планети, вона навіть не закінчила університет. Останнім часом вела колонку в журналі та сторінку в Інтернеті, де відповідала на численні запитання читачів. Слід зауважити, що IQ варіабельний в різних культурах, і його середньостатистична норма в різних країнах неоднакова: у Німеччині середній IQ — 125, в Австралії — 130, в Індії — 140.

2. *Адаптаційний підхід* (бути психічно нормальним — означає бути соціально адаптованим і демонструвати соціально прийнятні стандарти поведінки, що схвалюються суспільством). Підхід популярний в американській культурі, де

критерій адаптації в суспільстві відіграє важливу роль. Ненормальним вважається поведінка людини, яка нічим не виділяється, не хоче бути краще, заробляти більше, створювати щось неординарне, що шокує публіку. Такий стиль життя дає можливість знайти свою нішу в соціумі, забезпечує успіх і адаптацію в суспільстві. Це знаходить відбиток у діагностичних критеріях. *Наприклад*, не слід ставити діагноз “розлад особистості” людині з вираженими нарцисичними та параноїдними рисами в тому випадку, коли ці риси сприяють її благополуччю та процвітанню в суспільстві.

3. Психопатологічний підхід (бути психічно нормальним — означає не мати виражених психопатологічних симптомів, наприклад, галюцинацій):

- характерний для європейської культури і неприйнятний для деяких культур Сходу, де галюцинації розглядаються як особливий дар і благословення духів;
- не завжди можна застосувати в періоди історичних перетворень. У психіатрії дезорієнтація в часі і місці вважається ознакою психічних порушень. *Наприклад*, якби 30 років тому людина вбралася у мундир царської армії та проголосила себе дворянином і нащадком царської династії, то це було б розцінено як ознака психічного розладу. Нині ж з успіхом функціонують дворянські збори, де збираються сотні “нащадків”.

4. Гуманістичний підхід (на відміну від попередніх підходів, в яких психічне здоров’я визначається через нездоров’я, а норма — через аномалію, цей підхід заснований на вивченні здорових і зрілих людей — роль самосвідомості та прагнення до самовдосконалення). Абрахам Маслоу (автор підходу) стверджував, що зрозуміти психічне захворювання неможливо, поки не зрозуміла психіка здорової людини. При вивченні ним біографій особистостей, які представляють “рідкісний зразок психічного здоров’я” та досягли вершин самоактуалізації у своїй сфері діяльності, серед яких 48 осіб — Томас Джефферсон, Авраам Лінкольн, Джейн Адамс, Альберт Ейнштейн, Елеонора Рузвельт та ін. За принципами гуманістичного підходу, еталоном психічної норми вважається французький письменник і льотчик, автор “Маленького принца”, — Антуан де Сент-Екзюпері. Слід відзначити суб’єктивізм при виборі кагорти осіб, визнаних Маслоу ідеально психічно здоровими людьми. На думку автора, ці чудові зразки психічно здорових людей

нагадують нам, що потенціал психологічного зростання людства набагато вищий, ніж той, якого ми досягли.

5. Культурально-релявістичний підхід (нормальним вважається все те, що відповідає уявленням цієї культури про норму).

У культуральній психіатрії вирізняють такі поняття: поведінкова норма — це актуальна, звичайна або модельна поведінка, яка спостерігається в культуральній групі; рангова норма — це ідеальна норма поведінки, яка очікується від осіб, що мають особливу соціальну роль і статус (наприклад, духовенство, педагоги, лікарі, судді), зазвичай більш строгі та альтруїстичні, ніж норми, які передбачаються для інших людей. Бути психічно здоровим і психічно хворим у різних культурах означає різний психічний статус людини. Більше того, навіть в одній країні, але в різні історичні періоди, які супроводжуються зміною менталітету, населення, поняття про психічну норму та патологію змінюється.

С. Б. Сьомичева (1987) виділяє такі *рівні психічного здоров'я*:

Ідеальна норма, або еталонне здоров'я — стан, при якому ймовірність виникнення психічних і поведінкових розладів або психічної дезадаптації дорівнює нулю.

Ідеальна норма є гіпотетичним станом. На думку Ганнушкіна, “гармонічні натури більшою мірою є наслідком уяви”. За ВООЗ, ідеальна норма — це поведінка, яка підтримується культуральною групою, оскільки вона є бажаною або оптимальною. Це соціально предписаний зразок поведінки.

Середньостатистична норма — стан психолого-психіатричних характеристик, що відображають норму для певної популяції. Наприклад, невиражені інтелектуально-мнестичні порушення в осіб похилого віку відносяться до показників середньостатистичної норми цієї вікової групи та свідчать про наявність розладів у осіб молодого віку.

Конституційна норма — кожний конституційний тип схильний до певного типу психологічного реагування та до певного кола поведінкових і психічних розладів. Для кожного типу існують специфічні патогенні фактори, стосовно яких він найбільш вразливий. Наприклад, людям із шизоїдною конституцією властиві

холодність, раціоналізм, підвищена чутливість; людям з циклотимічною конституцією — зміна настрою від веселоців до пригніченості.

Акцентуація — варіант психічної норми, яка характеризується особливою вираженістю або загостренням деяких рис характеру, що визначає специфіку схильності людини до певних психічних та поведінкових розладів поведінки — наркогенні та психогенні.

5. Передзахворювання — це стан, при якому вже наявні деякі симптоми психічних розладів (невротичний та афективний рівень), але соціальна адаптація ще збережена або лише частково порушена. За даними досліджень, передхворобливі стани серед населення становлять від 22 до 89 % (відмінності у статистичних даних у різних дослідників). Найчастіше трапляються *астенічні розлади* (головний біль, розлади сну, виснажливість, подразливість, запальність) та *афективні розлади* (емоційна лабільність, тривога, дисфорії). Вірогідність захворювання у цьому випадку досягає 100 %. У МКХ-10 та DSM-IV:

психічний розлад — хворобливий стан з психопатологічними та поведінковими розладами, який пов'язаний з порушенням функціонування організму внаслідок впливу біологічних, соціальних, психологічних, генетичних або хімічних факторів. Визначається ступенем відхилення від детермінованого поняття психічного здоров'я: за висловлюванням психолога та суїцидолога Карла Меннінгера: “Діагнози змінюються тому, що ми змінюємо наші концепції захворювання та розладів психіки” (1964); Джим Берлі (1990) зазначав: “Пацієнт страждає від захворювання, лікар — від концепції”.

4. Діагностичні принципи-альтернативи

Унаслідок природних труднощів, що стоять на шляху діагностичного процесу, розроблений набір принципів-альтернатив.

Принцип *феноменологічного підходу* у психології та психіатрії полягає в тому, що кожне цілісне індивідуальне психічне переживання людини (феномен) повинно розглядатися як багатозначне, що дає змогу розуміти і пояснювати його як в категоріях психопатологічних, так і психологічних. Практично не існує психічних переживань людини, які можуть бути однозначно та апіорно належати до рангу симптомів, також як і визнаними абсолютно адекватними. Вирізняють такі

принципи-альтернативи: хвороба–особистість, нозос–патос, реакція–стан–розвиток, психотичне–непсихотичне, екзогенне–ендогенне–психогенне, дефект–одужання–хроніфікація, адаптація–дезадаптація, негативне–позитивне, компенсація–декомпенсація, фаза–приступ–епізод, ремісія–рецидив–інтермісія, тотальність–парціальність, типовість–атиповість, патогенне–патопластичне, симуляція–дисимуляція–агравація. Зазначені принципи-альтернативи сприяють обґрунтуванню багатовимірного підходу до оцінювання психічного стану людини замість примітивної одномірної оцінки в координатах хворий–здоровий (нормальний–ненормальний). Наприклад, пацієнт, який переніс напад шизофренії, в одномірній системі координат повинен бути визнаний або хворим або здоровим. У багатовимірній системі координат оцінювання стану пацієнта, який переніс шизофренічний напад, буде складатися з інших категорій. Стан “відсутності активних симптомів шизофренії” може позначатися як одна з альтернативних характеристик “дефект–одужання–хроніфікація”, “ремісія–рецидив–інтермісія”, “адаптація–дезадаптація”, “компенсація–декомпенсація” і “позитивне–негативне”. Далі розглянемо **найвідоміші діагностичні принципи-альтернативи** і проаналізовані клінічні параметри, що дають можливість проводити вибір одного з альтернативних критеріїв оцінювання психічної діяльності

Хвороба–особистість

Принцип “хвороба-особистість” є основоположним у діагностичному феноменологічно орієнтованому процесі. Він зумовлює підхід до будь-якого психологічного феномену з двох альтернативних сторін: або феномен, що спостерігається, є психопатологічним симптомом (ознакою психічної хвороби), або він є ознакою особистісних особливостей, наприклад, світогляду людини, традиційного для його етносу, культурної чи релігійної групи стереотипу поведінки. Особливо яскраво альтернатива “хвороба–особистість” може бути продемонстрована на прикладі такого феномену, як переконаність у чому-небудь, яку можна представити у вигляді альтернативи маячення–світогляд. Як відомо, маячення — це помилковий умовивід, який не піддається корекції і виникає на хворобливій основі. Однак при настільки поширеному визначенні маячення виникають серйозні труднощі при проведенні диференціації між маяченням та

іншими ідеями, судженнями, думками, що не піддаються корекції. Наприклад, релігійна ідея в поданні атеїста може бути визнана помилковою, тому що вона не піддається корекції, тобто атеїсти не можуть переконати віруючого. Чи впливає з цього факту, що віра — це маячення? Критерій хворобливої основи в даному випадку нічого не дає для диференціації, оскільки незрозуміло, як визначити хворобливу основу, якщо ще не проведений діагностичний пошук, не з'ясовано чи є симптоми хвороби. З іншого боку, близьким за значенням до наведеного визначення слід визнати дефініцію світогляду.

Світогляд — система принципів, поглядів, цінностей, ідеалів і переконань, що визначають напрям діяльності і ставлення до діяльності окремої людини, соціальної групи або суспільства загалом. Де ж межа між релігійним переконанням, як світоглядної системи, та маячними ідеями? Сучасна психіатрія, намагаючись обійти подібну перешкоду на шляху діагностики, ввела нове визначення маячення.

Маячення — це помилкова, непохитна впевненість у чомусь, незважаючи на безсумнівні й очевидні докази і свідчення протилежного, якщо ця впевненість не властива іншим членам даної культури чи субкультури. Найбільш істотним у даному визначенні є не традиційна оцінка маячення як помилкового умовиводу, а вказівка на значущість етнокультурального аналізу. Щоб з високою імовірністю віднести переконання в чомунебудь до маячних ідей потрібно оцінити його (переконання) як унікальне і суб'єктивне явище, що не знаходить аналогів у субкультурі даної людини. *Наприклад*, переконаність людини в тому, що її погане самопочуття пов'язане з “наведенням порчі” частіше трактується в нашому культуральному середовищі на цьому історичному етапі не як симптом, оскільки переконання в можливості “наводити порчу” є досить типовою світоглядною установкою. Водночас переконаність людини в тому, що подібне погане самопочуття і навіть хвороба зумовлені тим, що на вулиці повз неї проїхали три машини червоного кольору неможливо обґрунтувати традиційними віруваннями і внаслідок цього ймовірною є оцінка їх із психопатологічних позицій. Кілька десятиліть назад переконаність людини в тому, що вона перебуває під впливом “енергетичних вампірів” була б витлумачена психіатрами як божевільна, сьогодні — вона найчастіше трактується як світоглядна установка. До явищ цього ж ряду

можна віднести й ідеї контактів з іноземними цивілізаціями, зомбування тощо. Складною залишається і диференціація символізму, як способу творчого мислення, та символізму, як симптому.

Найважчим для діагностичного оцінювання виступає асоціативний процес, зокрема переконаність хворого у впливі на нього екстрасенсорного способу (за клінічними параметрами подібна до синдрому Кандинського-Клерамбо). Однак цей критерій на теперішньому етапі розвитку суспільства не може вважатися переконливим для діагностичного процесу в психіатрії. Із соціологічних досліджень випливає, що 42 % населення “вірять у можливість передавати й приймати думки на відстані”. Як показують експериментально-психологічні дослідження, з одного боку, немає підстав говорити про шизофренічні порушення мислення хворого, з іншого — не відзначається виражених асоціативних розладів органічного типу. Неадекватність оцінки подій зачіпає лише вузький суб’єктивно-значущий (більшою мірою світоглядний) бік життя хворого — уявлення про можливість лікування хвороб на відстані з допомогою екстрасенсорного впливу. Розгляд наведеного випадку з традиційних для психіатрії клінічних позицій нашо́вхується на ряд непереборних перешкод, що не дозволяють правдиво кваліфікувати синдромологію картини, що спостерігається.

Нозос–патос

Принцип-альтернатива “нозос–патос” дає можливість трактувати будь-який психологічний феномен у системі координат, що використовує поняття хвороби (нозос) та патології (патос). Під першим у психіатрії мається на увазі хворобливий процес, динамічне, поточне утворення; під другим — патологічний стан, стійкі зміни, результат патологічних процесів або відхилення розвитку. Психологічний феномен, який спостерігає діагност, відповідно до цього принципу повинен трактуватися або як нозологічна специфічність, яка має хворобливий механізм виникнення та розвитку, що має тенденцію до змін, прогресивності, еволюції або регресу; або як патологічне утворення, яке не схильне до якихось істотних трансформацій, не має етіологічних факторів і патогенетичних механізмів у медичному розумінні цих термінів, а також володіє властивостями стійкості, резистентності, стабільності. Нозос і патос є крайніми (патологічними) варіантами

різних за своєю сутністю процесів або спектрів. Так, нозос розташовується у спектрі “здоров’я–хвороба”, а патос у спектрі “норма–патологія”. На думку Ю. С. Савенко, спектр “норма–патологія” носить характер континууму, спостерігаються плавні переходи від одного стану до іншого, тоді як спектр “здоров’я–хвороба” не є континуумом і можна відзначити сходообразність переходів. Унаслідок цього, з позиції феноменологічного підходу, перехід між непсихотичним та психотичним етапами носить якісний (стрибкоподібний) характер. Два наведених спектра відображають сучасні уявлення про характер взаємозв’язку норми і здоров’я.

Поняття здорової діяльності, здорового самопочуття, здорової поведінки більш широке, багате та різноманітне, ніж поняття нормального. Здоров’я визначається як стан повного фізичного, розумового і соціального благополуччя та ґрунтується на суб’єктивному відчутті здоров’я, внаслідок чого його діапазон розширюється.

Норма ж у медицині визначається як оптимум функціонування та розвитку організму і особистості, оцінка якого вимагає об’єктивного (наскільки це можливо) і порівняльного підходу. За даними деяких дослідників-психіатрів, норма становить лише одну третину здоров’я. Умовно це співвідношення можна визначити так: людина визнається здоровою, але “ненормальною”, тобто суб’єктивно вона не відчуває жодних хворобливих виявів, відзначає комфортність власного самопочуття (повне благополуччя), але при цьому об’єктивно простежується відхилення від оптимуму функціонування.

У *соматичній медицині* проблема “хвороба–патологія” не стоїть настільки гостро, як у клінічній психології та психіатрії, де оцінювання стану пацієнта є соціально значущим.

До **нозосу** відносять хворобливі процеси і стани — шизофренію, біполярні афективні розлади (застаріла назва — маніакально-депресивний психоз), інволюційні, судинні, інфекційні та інші психози; до патосу — насамперед, розлади особистості (застаріла назва — психопатія), дефектні стани, аномалію розвитку.

Реакція–стан–розвиток

Альтернатива “реакція–стан–розвиток” є однією з найважливіших при феноменологічному аналізі психологічного стану обстежуваного. Вона дає

можливість ввести у цей аналіз параметри стимулу і реакції, зовнішнього і внутрішнього. При цьому оцінювання психологічного феномену будується на підставі оцінки конгруентності або неконгруентності наведених параметрів. Цей *принцип-альтернатива* так само, як і інші, дає змогу використовувати багатовимірний підхід, завдяки чому можна коректно підійти до відповіді на низку діагностичних питань. Приміром, як можна оцінити в традиційних загальномедичних категоріях хвороби–здоров’я наступне спостереження: у дитини на фоні підвищеної температури, яка була викликана інфекційним захворюванням, уперше в житті виник розгорнутий судомний напад, який згодом упродовж півроку не повторювався. Чи слід назвати стан дитини хворобливим, діагностувати епілепсію, як визначити, чи потребує цей випадок призначення антиконвульсантів чи не потребує? Подібна постановка питання при феноменологічному підході некоректна, оскільки носить характер контрастності, одномірності. Для правильної відповіді на подібне питання необхідний аналіз у межах принципу “реакція–стан–розвиток”.

Психічний стан — стійкий психопатологічний синдром без схильності до розвитку або регресу (тривалістю більш як 6 місяців).

Під *психічним розвитком* розуміється патологічний процес з внутрішніми закономірностями симптомоутворення. У такій системі координат оцінювання психічного стану здоров’я дитини, яка перенесла судомний напад (з наведеного вище прикладу), може бути засноване на тому, що судомний напад був одноразовим, причинно пов’язаним з екзогенним (зовнішнім) впливом гіпертермії, і отже, повинен трактуватися як епілептична реакція. Слід мати на увазі, що збірне поняття “епілепсія” в контексті принципу-альтернативи “реакція–стан–розвиток” феноменологічно може бути представлено епілептичною реакцією, епілептичним станом (хворобою) та епілептичним розвитком (змінами особистості чи іншими психічними розладами). Подібне трактування поширюється на цілий ряд психопатологічних порушень: реакцією, станом чи розвитком можуть бути невротичні симптоми (невротична ситуаційна реакція, невроз, невротичний розвиток особистості), шизофренія, особливо в західній психіатричній традиції (шизофренічна реакція, шизофренічний психоз).

Психотичне–непсихотичне

Такий альтернативний розподіл є традиційним для психіатрії і вважається одним з основоположних принципів, які мають значення як для теорії, так і для практики.

Принцип “психотичне–непсихотичне” оцінює зазначений психічний параметр як рівень психічних розладів, своєрідну глибину та вираженість психопатологічної картини захворювання. У соматичній медицині подібний критерій відсутній, оскільки відсутня необхідність оцінки соціально значущих сторін діяльності людини. Є лише параметр важкості хвороби, ймовірності летального результату або хроніфікації та інвалідизації. У психіатрії важкість розладів може бути проаналізована двояко.

З одного боку, її можна оцінити з позиції уявлення про психічне здоров'я — стан повного фізичного і душевного комфорту та благополуччя, і тоді важкість розладу визначатиметься суб'єктивно. З іншого боку, її можна визначати з позиції уявлення про соціально шкідливий вплив, до якого може призвести психічне захворювання (у крайньому разі — загроза життю навколишніх і себе), що зумовлює суто “об'єктивний” підхід.

Реальна клінічна практика ґрунтується на іншій платформі. Внаслідок цього психотичний рівень розладів психічної діяльності в усіх випадках оцінюється як стан більш “важкий”, ніж непсихотичний.

Психоз, за визначенням *Фейхтершдебена* — це психічний стан, що характеризується важким порушенням психічних функцій, контакту з реальною дійсністю, дезорганізацією діяльності зазвичай до асоціальної поведінки та грубим порушенням критики.

Під **непсихотичним** рівнем розуміються симптоми і синдроми, що супроводжуються критикою, адекватною оцінкою навколишньої дійсності, коли хворий не змішує власні хворобливі суб'єктивні відчуття та фантазії з об'єктивною реальністю, а поведінка залишається в межах соціально прийнятих норм. Виходячи з дефініцій рівнів психічних розладів, до психотичного рівня належать такі симптоми й синдроми, як галюцинації, маячні ідеї, розлади свідомості, ментизм, шперрунг, розірваність і незв'язність мислення, амбівалентність, аутизм та ін.

До **непсихотичного** — астенічний, фобічний синдроми, розлади уваги тощо. Однак при оцінюванні рівня психічного розладу також, як і в інших випадках, необхідний феноменологічний підхід, оскільки переважна більшість психопатологічних симптомів можуть трактуватися альтернативно і за певних умов можуть бути віднесені або до психотичних, або до непсихотичних. Навіть здавалося б однозначно психотичний галюцинаторний синдром може розцінюватися як непсихотичний, якщо будуть відсутні критерії психотичного — некритичність, груба дезорганізація діяльності й контакту з реальною дійсністю. У цьому відношенні показовим є приклад розладів сприйняття, подібних за клінічними виявами, але різних за параметром критики.

Депресивний синдром оцінюється як психотичний, звичайно, на підставі приєднання до нього маячних ідей (самозвинувачення, самознищення) і суїцидальних намірів, які не піддаються корекції. Особливі труднощі виникають під час аналізу рівня негативних психічних розладів (аутизму, абулії, деменції, змін особистості та деяких інших).

Пов'язано це, з одного боку, з малою теоретичною розробленістю характеру самосвідомості та повнотою критичної оцінки при них, з іншого — їх негативними психопатологічними властивостями. У зв'язку з цими непереборними на теперішньому етапі розвитку психіатрії перешкодами, було запропоновано, поряд із психотичним та непсихотичним рівнями психічних розладів, виділити третій рівень, умовно позначений, як дефіцитарні розлади (В. Д. Менделевич). До нього включають багато негативних психічних розладів.

Екзогенне–ендогенне–психогенне

Принцип-альтернатива “екзогенне–ендогенне–психогенне” належить насамперед до психопатологічних феноменів, оскільки відображає тип психічного реагування на рівні патології та не може використовуватися при аналізі психологічних феноменів. Розробка цього принципу заснована на постулаті психіатрії про те, що для певної групи психічних розладів існують виявлені та верифіковані етіопатогенетичні механізми. На підставі досліджень Бонгхоффера, Мейєра та Мебіуса, які були проведені наприкінці минулого століття, визначено, що

деякі симптоми й синдроми можуть виникати переважно одним із трьох зазначених етіопатогенетичних шляхів — *екзогенним, ендогенним або психогенним*.

Екзогенний тип психічного реагування становить психічні реакції стан та розвиток, що виникають унаслідок органічних уражень головного мозку. Під органічними причинами в психіатрії прийнято розуміти будь-які нефункціональні (непсихогенні) причини, що безпосередньо впливають на головний мозок людини. До них належать черепно-мозкові травми, судинні та інфекційні захворювання головного мозку, пухлини, а також інтоксикації.

До **психогенного типу** психічного реагування відносять психічні реакції стан та розвиток, причини яких криються в психотравмуючих впливах життєвих подій. Будь-яка подія, конфлікт, фрустрація або життєва ситуація можуть викликати розлад, який відносять до психогенного.

Під **ендогенним типом** психічного реагування маються на увазі психічні реакції, свкладаються ні в один із трьох традиційних типів психічного ретан та розвиток, які викликані внутрішніми (ендогенними), спадково-конституціональними причинами. Деякі психопатологічні синдроми не агування. Внаслідок цього, запропоновано виділяти, поряд з екзогенним, психогенним та ендогенним, особистісний тип психічного реагування. До нього треба включати насамперед *істеричний та іпохондричний симптомокомплекс*, а також деякі симптоми однозначно соціального звучання (наприклад, клептоманія, піроманія та деякі інші). Не викликає сумнівів той факт, що істеричний та іпохондричний синдроми не можуть бути причинно зумовлені ендогенними чи екзогенними чинниками. Вони є відображенням соціально опосередкованого відношення до дійсності та власного місця в суспільстві. Їх можна позначити як особистісні реакції на соціально значущі події або зміни свого статусу. Неможливо уявити їх виникнення за іншими механізмами, наприклад, біологічною (що підтверджується їх відсутністю при моделюванні психічних феноменів на тваринах). Проблематично відносити їх і до психогенного типу психічного реагування, оскільки принципове значення у цьому випадку має не характер психотравмуючого впливу, а особистісне ставлення до нього. Якщо порівняти істеричний та іпохондричний

симптомокомплекси з іншими, які часто ставляться в один ряд з ними (синдром нав'язливості, фобічний або депресивний), то немає сумніву у їх відмінності.

Синдром нав'язливості, фобічний або депресивний можуть виникати як за особистісним, так і за іншими механізмами (екзогенними, ендогенними, психогенними).

Істеричний та іпохондричний синдроми не здатні формуватися поза реагуванням особистісного типу. Спірним є віднесення симптому копролалія (використання соціально неприйнятних слів, часто нецензурних) до екзогенного типу реагування на підставі включення його як патогномонічного симптому синдрому Жиля де ля Туретта, який належить до психічного реагування екзогенного типу. Теоретично можливо уявити виникнення насильницьких рухів м'язів, що формують мову, та обґрунтувати їх з нейрофізіологічних позицій. Проте пояснити, чому насильно вимовлені слова носять нецензурний характер (певне смислове навантаження) нейрофізіологічними механізмами неможливо.

Морально-етичні критерії, корекція власної поведінки та спрямування її в етичне русло залежить лише від особистісних властивостей.

Дефект–одужання–хроніфікація

Принцип-альтернатива “дефект–одужання–хроніфікація” дає можливість оцінювати залежно від особливостей клінічної картини психічного захворювання стани, що виникають після зникнення явних психопатологічних порушень.

Дефектом у психіатрії прийнято позначати тривале й незворотне порушення будь-якої психічної функції (наприклад, “когнітивний дефект”), загального розвитку психічних здібностей (“розумовий дефект”) або характерного образу мислення, відчуття й поведінки окремої особистості. Дефект, у такому контексті, може бути природженим або набутиим. У наш час термін “дефект” у психіатричній науці та практиці вживається стосовно набутих психічних розладів та зумовлений перенесеним психічним захворюванням. Приміром, “шизофренічним дефектом” називається стійкий стан, що включає негативні психопатологічні симптомокомплекси, які виникли після зникнення гострих психотичних виявів. Найістотнішою характеристикою дефекту виступають саме негативні розлади, оскільки в резидуальному періоді психозу або інших психічних розладів можлива

поява продуктивних психопатологічних феноменів, наприклад психопатизації, і тоді стан буде називатися не дефектом, а змінами особистості.

Протилежністю дефекту є одужання, тобто повне відновлення втрачених на час психічного захворювання психологічних функцій, або хроніфікація психічних розладів, коли в клінічній картині хвороби продовжують переважати продуктивні (позитивні) психопатологічні симптоми і синдроми.

Адаптація–дезаптація, компенсація–декомпенсація

Принципи-альтернативи “адаптація–дезаптація” та “компенсація–декомпенсація” дають можливість розглядати психічні розлади у зв’язку з їх впливом на соціально-психологічні функції. Вони дозволяють оцінювати ступінь владнання з наявними порушеннями, що сприяє визначенню тактики психіатричного впливу і вибором методів терапії та профілактики. **Адаптація** — це процес пристосування організму чи особистості до змінених умов і вимог навколишнього середовища.

Компенсація — стан повного або часткового заміщення порушених у зв’язку з хворобою психічних функцій. Два наведені параметри близькі по суті, але мають деякі відмінності. Так, при адаптації відбувається начебто “примирення” з новим хворобливим статусом, пристосування до нього, вироблення позитивного ставлення до наявних розладів, “мирне співіснування” з психопатологічними симптомами. При компенсації відбувається заміщення втрачених психічних функцій іншими прийнятними для особистості та організму, тобто не примирення (як при адаптації), а натомість активне подолання.

У психіатричній практиці **адаптація** виглядає так: пацієнт нормально працює, проживає у сім’ї, вважається навколишніми “психічно нормальним”, однак при цьому він може відчувати на собі вплив галюцинаторних образів, до яких у нього є критика, і які не позначаються на його поведінці, що нерідко спостерігається при синдромі вербального галюцинозу.

При **компенсації**, наприклад, людина з олігофренією заміщає “розумовий дефект” тим, що трудиться на доступному для неї виробничому процесі або займається ще чимось, що їй вдається. При психопатії компенсація може бути

досягнена при виборі сфери діяльності, в якій базові риси характеру людини задіяні повною мірою (наприклад, робота епілептоїдного психопата бухгалтером).

Негативне–позитивне

Альтернативне розділення психопатологічних симптомів на *негативні й позитивні*, прийняте в психіатрії, дозволяє надалі оцінювати стан як активний хворобливий процес, хроніфікація захворювання або як стійкий незмінний дефект та зміна особистості.

До *позитивних* (продуктивних, що йдуть на плюс) симптомів у психіатрії належать ті психопатологічні вияви, які є хворобливою “надбудовою” над здоровими психологічними якостями. Патологічні симптоми і синдроми немовби додаються до того, що у людини вже існує.

Негативні (дефіцитарні, що йдуть на мінус) симптоми — це психопатологічні феномени, відповідні випадання тих чи інших психічних процесів. У такому випадку до здорових виявів психічної діяльності не додається нічого нового, а лише віднімається, видаляється те, що було притаманне людині до хвороби. Інакше кажучи, ці симптоми називають симптомами “обкрадання” — хвороба краде нормальні функції.

Якщо до *позитивних* можна віднести більшість відомих психопатологічних симптомокомплексів, то негативні розлади представлені лише кількома, менш яскравими порівняно з позитивними симптомами й синдромами.

До *останніх* належать аутизм, апатія, абулія, амнестичні розлади, деменція, зміни особистості та деякі інші.

Висновок. На основі наведених законів і принципів можна стверджувати, що процес розмежування психологічних феноменів від психопатологічних симптомів (діагностика) в клінічній психології та психіатрії будується не на суб’єктивній основі, коли вважається, що “кожну людину можна визнати психічно хворою, просто потрібно її привести на прийом до психіатра”, а ґрунтується на строго об’єктивних наукових критеріях, що дають можливість при їх коректному, вмілому і чесному використанні пізнати істину.

Питання до лекції

1. Принципи розрізнення психологічних феноменів та психопатологічних симптомів.
2. Діагностичні принципи-альтернативи.
3. Хвороба–особистість.
4. Нозос–патос.
5. Реакція–стан–розвиток.
6. Психотичне–непсихотичне.
7. Екзогенне–психогенне–ендогенне.
8. Дефект–одужання–хроніфікація.
9. Адаптація–дезаптація.
10. Компенсація–декомпенсація.
11. Негативне–позитивне.

Рекомендована література:

Основна: [1-3]

Допоміжна: [2,4,5,7]

Інформ. ресурси Інтернет: [1-3]

Міжнародні видання: [1,2]

ТЕМА 3. ПСИХОЛОГІЯ ІНДИВІДУАЛЬНИХ ВІДМІННОСТЕЙ

Мета. З'ясувати специфіку протікання пізнавальних процесів, інтелектуальні та інші здібності, стилі мислення, сприйняття, спілкування, емоційного відреагування, морально-етичні якості і безліч інших складових. Довести, що основою оцінки гармонійності або негармонійності характерологічних особливостей служить параметр відсутності у людини конфліктів як зовнішніх, тобто з учасниками комунікації, так і внутрішніх.

Ключові слова: *структура, індивідуальні відмінності, темперамент, характер, особистість, соматотип, морфофенотип, перцептивна складова, мотиваційна складова, регулятивна складова.*

Вступ. Центральним питанням вчення про індивідуальність в клінічній психології є питання про кардинальні ознаки гармонійних рис характеру. Для людини характерна велика кількість різноманітних властивостей та особливостей.

Вони включають специфіку протікання пізнавальних процесів, інтелектуальних здібностей, стилі мислення, спілкування, емоційного реагування, моральні якості. Їх поєднання може носити унікальний характер та формувати специфічний, ні на кого не схожий образ людини.

План

1. Поняття індивідуальних відмінностей.
2. Структура індивідуальності.
3. Характеристика темпераменту.
4. Характеристика характеру.
5. Особистість.

Висновок.

1. Поняття індивідуальних відмінностей.

Для людини характерно величезна кількість різних властивостей і особливостей. Вони включають специфіку протікання пізнавальних процесів, інтелектуальні та інші здібності, стилі мислення, сприйняття, спілкування, емоційного реагування, морально-етичні якості і безліч інших складових. Однак, при обмеженому обсязі таких психологічних якостей і властивостей їх поєднання може носити унікальний характер і формувати специфічний, нема на що і ні кого іншого не схожий людський образ.

Центральним питанням вчення про індивідуальність в клінічній психології є питання про кардинальні ознаки гармонійних рис характеру.

Характерні відмінності індивіда, тобто окремої людини, взятого в сукупності всіх притаманних йому якостей (біологічних, фізичних, соціальних, психологічних та ін.), з іншими індивідами проявляються на різних рівнях індивідуальності. Це обумовлено тим, що індивідуальність являє інтегративне і багаторівневе утворення, кожен з яких має набір суттєвих ознак. Під індивідуальністю в сучасній психології розуміється неповторність, унікальність поєднання різних властивостей і якостей людини. За набору окремих якостей і властивостей люди можуть бути принципово подібні (наприклад, близнюки), проте за поєднанням цих якостей також кардинально відрізнятися.

2. Структура індивідуальності

Структура індивідуальності складається з 4х блоків специфічних якостей та особливостей: індивідуальні якості організму; індивідуальні психофізіологічні властивості; індивідуальні психічні якості; індивідуальні соціально-психологічні якості.

Клінічні відмінності проявляються на першому рівні у соматичній конституції, або у морфофенотипі. Виділяють три типи соматичної конституції людини: астеничний, нормостеничний, пікнічний. Ядром психічної індивідуальності вважається темперамент (біологічна складова психічної індивідуальності), на його основі формується характер (психологічна складова психічної індивідуальності), аж потім стає становлення особистості (соціальна складова психічної індивідуальності).

3. Темперамент

У клінічній психології прийнято наступне визначення темпераменту: темперамент - це характеристика індивіда з боку *динамічних особливостей* його психічної діяльності, тобто *темпу, ритму і інтенсивності окремих психічних процесів і станів*.

За Шелдоном практично всі наявні у людини індивідуально-психологічні властивості і якості опосередковуються соматичною конституцією і проявляються в залежності від представлених таких параметрів, як енто-, екзо-або мезоморфним, вісцеро-, сомато або церебротонія.

Шелдон виділив **три соматотипа** і описав такі їх особливості:

Ендоморфний вісцеротонік. Розслаблена постава і руху. Привітний, добросердя, легкий у спілкуванні і рівний у вираженні своїх почуттів. Любить ситість і спокій, гостей, суспільство, комфорт і умовності в обігу. Бажає симпатії і визнання, безпосередній в емоційному контакті, пихатий, але терпимо. Гурман, добре спить, в стані сп'яніння м'який або надспілюючий і кілька розпущений. У важку хвилину, момент горя прагне до людей. Схильний воскресати в уяві дитячі роки, сімейні відносини.

Мезоморфний - соматотнік. Упевнена постава в руху. Невимушений, екстраверти в контакті і вчинках, але скритний в почуттях і емоціях. Любить ризик, суперництво, пригоди, шум, спортивні змагання. Властолюбний, войовничий,

психічно міцний, ігнорує фізичний біль. Агресивний, наполегливий і прискіпливий в стані сп'яніння. Відчуває потребу у фізичних вправах, голос підвищений. Боїться скутості, ув'язнення. У важку хвилину, момент горя прагне до дії. Схильний відтворювати в уяві цілі і дії, пов'язані з юнацькими роками.

Ектоморфний церебротонік. Скована постава і загальмованість в рухах. Стриманий в спілкуванні, поведінці і почуттях. Контролює міміку і жести. Володіє живим розумом, спостережливістю, старанністю. Інтраверт при контакті, скритний, уникає і боїться суспільства, великих просторів. Відрізняється непередбаченістю поведінки, зниженим голосом, чутливістю до болю, поганим сном і стомлюваністю. Любить самотність і в момент горя, важкі хвилини прагне до нього. Виявляє стійкість до дії алкоголю і деяких інших депресантів. Уява звернена в майбутнє.

Наведена класифікація Шелдона відображає позицію безпосереднього зв'язку соматоморфотипа людини з вищими рівнями індивідуальності - характерологічними особливостями і особистісними якостями, яка в даний час вважається помилковою. Наприклад, схильність ендоморфа-вісцеротоніка «воскрешати в пам'яті дитячі роки» та бути гурманом навряд чи пов'язана з його біологічними особливостями.

4. Характер

Характер в клінічній психології - це сукупність індивідуальних, сформованих в процесі соціалізації рис і стали стійкими стереотипами поведінки, штампами емоційних реакцій, стилю мислення, зафіксованих в звичках і манерах системи взаємин з оточуючими. Якщо в рамках темпераменту параметри вказують на біологічні стереотипи реагування (в першу чергу, емоційно-вольової), то в рисах характеру відображаються властиві індивіду поведінкові матриці, які спочатку носять усвідомлений характер (виховуються, прищеплюються, нав'язуються), а потім у певній мірі автоматичний. Людина до віку повноліття практично завершує формування рис характеру, і його вчинки носять відтінок усталених і не обговорюваних правил. Характер також, як і темперамент є стійкою структурою, що не схильної істотно змінюватися в процесі життя. Його девіації можливі тільки у випадках важкої і тривалої психічної або соматичної хвороби, а також в умовах тривалих загрожують життю подій.

Якщо темперамент називається біологічної складової індивідуальності, то *характер - психологічної складової*. Зв'язок параметрів темпераменту і рис характеру не є лінійної. Тобто не можна достовірно передбачити, які риси характеру будуть властиві холерикові, меланхолікові, флегматику або сангвініку по завершенні процесу соціалізації.

Основну роль у формуванні рис характеру відіграють форми і методи виховання. Однак, спектру типів темпераменту з підвищеною емоційністю і імпульсивністю буде відповідати інший спектр характерологічних особливостей в порівнянні зі спектром типів темпераменту зі зниженою емоційністю і неімпульсивністю. Метушливість, балакучість, непосидючість, нетерплячість або мовчазність, посидючість, терплячість, як альтернативні риси характеру, як правило базуються на психофізіологічних особливостях в рамках типів темпераменту. Між особливостями темпераменту і характеру, як нижче розташованими в ієрархічну будову індивідуальності, і особистісними особливостями зв'язок значно менш виражена, ніж між темпераментом і характером.

Значущим для клінічної психології є *аналіз параметрів адекватних і неадекватних форм поведінки, ознак відхилення і психопатологічного стилів поведінки*. Саме тому центральним питанням вчення про індивідуальність в клінічній психології є питання про кардинальні ознаки гармонійних рис характеру.

Гармонійні риси характеру - це сукупність індивідуально-психологічних стереотипів поведінки, що сприяють гармонізації повсякденних міжособистісних взаємин і уникнення міжособистісних і внутрішньо особистісних конфліктів. Таким чином, основою оцінки гармонійності або негармонійними характерологічних особливостей служить параметр відсутності у людини конфліктів як зовнішніх, тобто з учасниками комунікації, так і внутрішніх. Умовно можна говорити, що значущою для оцінки характерологічної гармонійності є сфера повсякденних взаємин, що включає суто психологічні, тоді як гармонійність особистісна визначається в більшій мірі соціально-психологічними параметрами - відповідністю і проходженням моральним вимогам.

Гармонійний характер умовно представляє собою блок з двох груп психологічних властивостей, що включають:

- адаптивність
- самоактуалізацію.

Основним *параметром* гармонійного характеру є адаптивність, що характеризується успішністю пристосування людини до різних ситуацій, їх зміни, а також емоційного (внутрішнього або зовнішнього) прийняття оточення. Адаптивність відображає значимість задоволення людиною соціальних потреб, яку точно описав Паскаль: «Чим би людина не володів на землі - прекрасним здоров'ям, будь-якими благами життя, він все-таки незадоволений, якщо не користується пошаною у людей ... Маючи всі можливі переваги, він не відчуває себе задоволеним, якщо не займає вигідного місця в умах ... Ніщо не може відвернути його від цієї мети ... Навіть зневажають рід людський, нехтують людей, як худобу, і ті хочуть, щоб люди поклонялися і вірили їм ». Можна стверджувати, що людина для досягнення внутрішньої і зовнішньої гармонії зобов'язаний бути адаптивним. Однак, слід пам'ятати про те, що здатність завжди пристосовуватися до нових умов і на будь-якому рівні може обернутися дисгармонією характеру у вигляді конформізму. Отже, для того, щоб говорити про гармонійність параметра адаптивності слід уточнити його власні властивості. Вони складають три групи, що включають: 1) реалізм у сприйнятті навколишньої дійсності (перцептивна складова), 2) бажання людини адаптуватися до навколишнього оточення (мотиваційна складова) і 3) здатність адаптуватися - «приймати» - оточуючих такими, якими вони є (регулятивна складова).

5. Особистість

У структурі індивідуальності особистість займається вищою щабель ієрархічної градації. Особистісні якості формуються на базі нижчих рівнів, проте не визначаються виключно їх типами і властивостями. На відміну від типів темпераменту і рис характеру, які є стійкими і практично незмінними параметрами психічної індивідуальності, якості особистості можуть змінюватися протягом життя, мати тенденцію до різноскерованості в залежності від зовнішніх і внутрішніх устремлінь.

Особистість - це відносно стійка система соціально значущих рис, що характеризує індивіда як члена того чи іншого суспільства або спільності. Іншими

словами, для становлення і прояви особистісних якостей істотно значення має соціум.

Якщо властивості темпераменту або риси характеру можуть виявлятися незалежно від соціального оточення (наприклад, емоційність, охайність і акуратність відлюдника, що не бачить людей багато років), то якості особистості неможливо проявляти поза спілкуванням і взаємодії з людьми або іншими живими істотами. Нерідко особистісні якості змішують з індивідуально-психологічними і використовують в якості синонімів слова «особистість» і «індивідуальність». Л.М. Баткін в зв'язку з цим писав, що в різні епохи в різних країнах для позначення цих понять використовувалися різні терміни. Так, греки, маючи на увазі індивіда з соціально значущими рисами, говорили про «доброго чоловіка», «героя», «мудреця». Римляни використовували-термін «громадянин», індуси - «атман», англійці XVIII століття - «джентльмен».

Висновок. Основними відмінностями особистісних якостей від характерологічних рис є: ступінь вольової регуляції поведінки, використання моральних підстав, світоглядних установок, схильностей і соціальних інтересів для при виборі системи вчинків. Вчинок або система вчинків як відображення особливостей характеру відбуваються в силу виробленої і засвоєної індивідом традиції, звичці і до певної міри автоматизовані, то в рамках особистісних якостей вони опосередковуються мотивами, інтересами, схильностями, потребами і регулюються за допомогою вольових актів.

Питання до теми

1. Що розуміється під індивідуальністю в сучасній психології.
2. Назвіть структуру індивідуальності.
3. Назвіть три типи соматичної конституції людини.
4. Характеристика темпераменту.
5. Характеристика характеру
6. Характеристика особистості.
7. Розкрийте поняття «гармонійні риси характеру».
- 8. Які форми і методи відіграють основну роль у формуванні рис характеру?**

Рекомендована література:

Основна: [1-3]

Допоміжна: [2,5,7,9]

Інформ. ресурси Інтернет: [1-3]

Міжнародні видання: [1,2]

ТЕМА 4. СІМЕЙНА КЛІНІЧНА ПСИХОЛОГІЯ

Мета. Вивченню підлягають питання сімейних відносин: патогенні антиципаційні патерни, типи неблагонадійних сімей, непорозуміння цілей і суті виховання дітей.

Ключові слова: *антиципаційні патерни, неблагонадійні сім'ї, виховання, саногенне та патогенне мислення, радикал поведінки, потенційний невротик.*

Вступ. Для цілей і завдань, що вирішуються клінічною психологією, психологічні стосунки в родині розглядаються крізь призму впливу на соматичне й психічне здоров'я її членів, а також їх особистісне зростання.

План

1. Психологія сімейних відносин.
2. Патогенні антиципаційні патерни
3. Типи неблагонадійних сімей
4. Непорозуміння цілей і суті виховання

Висновок.

1. Психологія сімейних відносин

Психологія сімейних відносин — це розділ психологічної науки, що вивчає особливості формування сім'ї, мотиви вибору подружжя і взагалі соціальну сутність сім'ї та вплив сімейних стосунків на суспільство і гармонію окремої людини. Для цілей і завдань, що вирішуються клінічною психологією, психологічні стосунки в родині розглядаються крізь призму впливу на соматичне й психічне здоров'я її членів, а також їх особистісне зростання.

Функції сім'ї:

- виховна;
- господарськопобутова;
- емоційна;

- духовного спілкування;
- первинного соціального контролю;
- сексуально-еротична.

Кожна з функцій здатна виступати як гармонізуюча, так і дисгармонізуюча, що дезадаптує людину. У сфері відношення до здоров'я сім'я здатна формувати певні патерни, які направлятимуть людину, сприятимуть появі у неї патогенного або саногенного мислення (за Ю. М. Орловим).

Саногенне мислення — мислення, яке зменшує внутрішній конфлікт, напруженість і завдяки якому людина контролює емоції, потреби й бажання і, відповідно, запобігає захворюванням.

Патогенне мислення діє, виходячи з протилежних принципів — звичних автоматизмів і традицій. Природно, що людина здатна запобігти розвитку аж ніяк не всіх захворювань, а лише тих, які формуються психогенним шляхом. До них належать невротичні та психосоматичні розлади й захворювання. Саногенне та патогенне мислення включає досить велику кількість патернів поведінки, серед яких особливо виділяється антиципаційний патерн (В. Д. Менделевич). Під ним розуміються сформовані у процесі соціалізації у родині шаблони побудови ймовірнісного прогнозування та антиципації.

Особи, які страждають неврозами, відрізняються від тих, хто уникає протягом життя невротичного типу реагування (неврозостійких) тим, що ігнорують прогнозування подій, які згодом стають психотравмуючими. Найчастіше вони виключають з прогнозу небажані події, обмежуючи тим самим можливість підготовки до сприйняття й переробки невротизуючого конфлікту.

2. Патогенні антиципаційні патерни

Патогенні антиципаційні патерни формуються у процесі сімейного виховання та передаються дітям у вигляді стереотипів поведінки, взаємин з людьми, збереження емоційної стабільності. Одним із таких сімейних антиципаційних патернів є переконаність у необхідності й корисності для психічного здоров'я прогнозування лише бажаних результатів життєвих ситуацій та блокування роздумів про небажані. Цей сімейний патерн лежить в основі не лише невротичних (психогенних) розладів, а й визначає психопатологічне синдромоутворення в межах

психотичних порушень, зокрема при шизофренії. Родина здатна також відпрацьовувати у своїх членів інші патерни поведінки: нозогностичний (тривожний, депресивний, істеричний, іпохондричний) та анозогностичний.

Нозогностичний патерн поведінки. При так званій “сімейній тривозі” переважаючим при зіткненні з будь-якою неординарною ситуацією стає радикал занепокоєння, паніки, страху. Депресивний радикал може виявлятися у почутті незадоволеності, провини, самоприниження.

У межах *істеричного радикалу* переважаючими стають екстрапунітивні реакції зі спробами звинувачувати в події навколишніх.

При *іпохондричному радикалі* переважає фіксація на соматичному неблагополуччі з перебільшенням наявної тяжкості розладів.

Анозогностичний патерн відпрацьовує у члена сім'ї ігнорування наявності проблем або захворювань. Найбільш патогенний вплив на членів сім'ї може надати сім'я, яку позначають як таку, що сприяє психічній травматизації (З. Г. Ейдемільер, В. В. Юстицький).

У подібному випадку психічна травматизація зумовлена не лише прямими конфліктами сім'ї з одним із членів, а й самим психотравмуючим середовищем, непрямим впливом традицій сімейних стосунків на особистість людини.

3. Типи неблагонадійних сімей

Вирізняють *три типи так званих неблагонадійних сімей:*

- конфліктні;
- кризові;
- проблемні.

До *конфліктних* подружніх союзів належать такі, в яких між подружжям існують сфери, де їхні інтереси, потреби, наміри й бажання постійно приходять у зіткнення, породжуючи особливо сильні й тривалі негативні емоції.

До *кризових* — такі, де протистояння інтересів і потреб подружжя носить особливо різкий характер та охоплює важливі сфери життєдіяльності родини.

До *проблемних* подружніх союзів відносять такі, перед якими виникли особливо важкі життєві ситуації, які можуть завдати відчутного удару по

стабільності шлюбу (відсутність житла і засобів для існування, важка й тривала хвороба одного з подружжя, осудження на тривалий термін тощо).

При оцінюванні типів та вираженості неблагополуччя в родині насамперед звертають увагу на суб'єктивну оцінку подружжям ступеня добробуту в їхній сім'ї, а не на формальні ознаки конфліктності.

Родина бере участь у формуванні непосильної психічної напруги її члена наступними *способами*:

1. Створюючи для індивіда ситуації постійного психологічного тиску, важкого чи навіть безвихідного становища. Прикладом може служити ситуація дружини алкоголіка, яку він тримає в постійному страху, забирає гроші, і яка через свій беззахисний характер не в змозі протистояти йому. Подібний спосіб може бути названий навчанням безпорадності.

2. Створюючи перешкоди для вияву членами сім'ї певних, надзвичайно важливих для них почуттів, задоволення важливих потреб.

Це, *по-перше*, можуть бути почуття, несумісні з рольовими уявленнями члена сім'ї. Так, невістці може коштувати величезних зусиль приховувати свою антипатію до свекрухи, почуття протесту у зв'язку з її прагненням втручатися у взаємини з чоловіком.

По-друге, що більші неблагополучні взаємини в родині, то більші зусилля доводиться докладати, щоб стримувати почуття фрустрації, роздратування, агресії.

По-третьє, це почуття потреби, які сім'я повинна задовольняти, однак унаслідок тих чи інших обставин цього не робить.

Останнє стосується задоволення сексуально-еротичних потреб.

3. Створюючи або підтримуючи внутрішній конфлікт у індивіда. Члени сім'ї часто використовують для чинення тиску на інших членів сім'ї або дружину непрямий вплив за допомогою подружніх (невербальних) ігор. До них Е. Берн відносив: "скандал" або "гру в ревності" з метою уникнути сексуального контакту й покарання таким способом чоловіка за будь-які провини; "фригідна жінка" та "фригідний чоловік" з метою провокування чоловіка на скандал та ін. Сім'я здатна формувати патерн реагування на психічні травми, тобто створити фрустраційну

толерантність члена сім'ї або зробити з нього “потенційного невротика” (В. Д. Менделевич).

Потенційний невротик — не індивід, який через склад психічної діяльності більшою мірою, ніж інші схильний до невротичних типів реагування. Формуванню готовності одного з членів сім'ї до невротичного або психосоматичного типу реагування сприяють не лише психотравмуючі події. Нерідко патогенними стають мікротравми й непорозуміння між членами родини, пов'язаними з певними очікуваннями і традиціями. На думку Н. Пезешкіан, існує кілька подібних сімейних традиційних патернів, здатних викликати в одного з членів родини психічну або соматичну патологію та проблеми зі здоров'ям. Так звані “непорозуміння” поділяються на наступні групи:

- батьківські (між батьками та дітьми);
- партнерські;
- концептуальні (світоглядні, філософські);
- терапевтичні (лікар–хворий).

Кожне з непорозумінь вказує на зіткнення концепцій взаємодіючих сторін у процесі багаторазового спілкування або тривалого протистояння. Подібні ситуації непорозуміння можуть бути спонтанними і викликаними свідомо, спровокованими. Іноді людина не тільки і не стільки не розуміє намірів партнера, скільки імітує нерозуміння, яке автоматично звільняє його від небажаних дій. До нерозуміння, що викликає психологічні відхилення і психічні симптоми у батьків, належать нерозуміння цілей і суті виховання дітей. У багатьох матерів розвиваються клінічні симптоми невротичних розладів у зв'язку з невідповідністю дій їхньої дитини ідеальній поведінці.

Одних дратує впертість власних дітей,
інших — повільність,
третьох — наївність і довірливість,
четвертих — навпаки, недовірливість і скритність,
п'ятих — неорганізованість,
шостих — навпаки, надмірна організованість, пунктуальність і т. ін.

4. Непорозуміння цілей і суті виховання

Непорозуміння цілей і суті виховання засноване на нездатності та невмінні батьків розрізняти два процеси: навчання і тренінг (дресура). Іншим батьківським непорозумінням вважається нездатність розрізняти ідентичність криз і особистісного розвитку.

Криза виховання, що живить психологічні девіації у батьків і дітей включає упередження про те, що дитина повинна вчитися на чужих помилках і запобігати власним неправильним діям. У житті це виявляється бажанням батьків навчити дитину не помилятися, даючи їй різноманітні поради. Однак у дитини є бажання випробувати себе, переконатися у правильності сентенцій, знайти свій власний шлях. Саме це позначається поняттями “особистий ріст” і “розвиток”.

Наступне непорозуміння позначається, як “**унікальність– тотожність**”. Воно відображає конфлікт між сімейними традиціями, наприклад, у виборі професії або роду занять, і бажаннями, що йдуть з ними врозріз. Не рідкісні випадки, коли батьки заздальгідь готують своїм дітям ту чи іншу долю, конструюють їх майбутнє на підставі сімейних уподобань: “Дід і батько були інженерами (адвокатами, лікарями), значить і син повинен продовжити їхню справу”. Проте діти можуть вибрати унікальний і аж ніяк не тотожний шлях свого розвитку, що здатне викликати сімейну кризу та розлади в кого-небудь із членів сім’ї.

До батьківських непорозумінь належить і “**справедливість– любов**”. Воно описується як спроба будь-що обґрунтувати емоційність (любов) тими чи тими якостями людини, раціоналізувати почуття. Зазвичай батьки використовують принцип справедливості в бесіді з дитиною: “Я тебе не люблю, бо ти — неслухняний (нечемний або неорганізований)”. Як показує цей приклад, любов намагаються опосередкувати за допомогою вторинних, соціально значущих здібностей.

До *групи партнерських непорозумінь* відноситься насамперед таке, як “**ідентифікація–проекція**”. Коли ми оцінюємо поведінку інших, то міряємо їх своєю міркою. Ми уявляємо, як би ми вчинили, а також, що добре і що погано з нашої точки зору. Це означає, що ми зводимо все розмаїття людської мотивації і поведінки до єдиного вірного шляху та оцінки. Невміння або небажання поставити себе на місце партнера, представити альтернативні варіанти мотивації й поведінки

призводять іноді до конфліктів і психологічних проблем у партнерських взаєминах. *Наприклад*, пізній прихід додому дружини може однією людиною трактуватися як зрада, іншою — як непунктуальність, третьою — як захопленість роботою. Оцінка однієї і тієї самої події будується на ідентифікації та проєкції, уявленні про те, щоб це означало, будь я на місці партнера.

До партнерського непорозуміння належить і така група, як **“чоловік–жінка”**. Сутність її полягає у конфлікті рольової поведінки, коли за людиною тієї чи іншої статі тягнеться шлейф типових уявлень про його призначення, форми поведінки, стилі життя. Часто це виявляється в гіпероузагальненнях на зразок: “Усі чоловіки гуляки, всі жінки — пліткарки” тощо. Коли говорять про нерозуміння “секс–сексуальність–кохання”, та мають на увазі однобічне оцінювання такого почуття, як любов. Вона характеризується лише з позиції сексуальної привабливості партнера. Якщо шлюбні узи будуються на такій основі, то можливі розчарування й психологічні труднощі партнерів у зв’язку з віковими змінами. Близьким до описаного вважається нерозуміння сенсу любові (недорозуміння “карикатура любові”), коли виділяють такі різновиди любові: любов як досягнення, як цікавість, як споживання, як релаксація, як сексуальне збудження, як конформність, як конкуренція.

Непоодинокими є і **концептуальні непорозуміння**, які створюють сприятливе підґрунтя для виникнення невротичного конфлікту. Це може бути упередження, забобони, догми й традиції. Одним із таких непорозумінь є **“здоровий глузд–упередження”**, що відображає два принципово різних підходи до розуміння і пояснення дійсності: раціональний та ірраціональний.

До концептуального непорозуміння відносять і **“інтеграцію та втрату спільності”**, при якому людина схильна оцінювати ту чи іншу подію песимістично або оптимістично, виходячи із структури індивідуально-психологічних особливостей особистості. Важливими концептуальними непорозуміннями є: **“відносність цінностей”** та **“узагальнення–диференціація”**. До концептуальних непорозумінь належить також **“несвідоме–свідоме”**, що характеризується неправильною оцінкою діяльності навколишніх. Однак найбільш принциповими

вважаються непорозуміння, що позначаються “віра–релігія–церква”, “умовність та безумовність долі”, “смерть та ставлення до смерті”.

Висновок. Невротичний конфлікт може виникнути у зв’язку з міркуванням про вказані принципові аспекти життя та смерті, віри й відданості релігії, розуміння фатальності або зумовленості внутрішніми факторами долі. Сімейні традиції в галузі харчування, рухового режиму, способів відпочинку поряд із стереотипами психічних реакцій і сприйняття подій, здатні формувати схильність до тих чи інших психосоматичних розладів.

Питання до лекції

1. Чинники непорозуміння цілей і суті виховання
2. Характеристика непорозуміння “унікальність– тотожність”.
3. Характеристика непорозуміння “справедливість– любов”
4. Характеристика непорозуміння “ідентифікація–проекція”
5. Характеристика непорозуміння “чоловік–жінка”
6. Характеристика непорозуміння “інтеграцію та втрату спільності”.
7. Характеристика непорозуміння “несвідоме–свідоме”.

Рекомендована література:

Основна: [1-3]

Допоміжна: [2,5,6,8]

Інформ. ресурси Інтернет: [1-4]

Міжнародні видання: [1,2]

ТЕМА 5. ВІКОВА КЛІНІЧНА ПСИХОЛОГІЯ

Мета. Вивченню підлягають соціальні й біологічні складові нормального та аномального розвитку особистості. З’ясувати періоди вікових психологічних криз. Викласти психічні особливості та психосоматичні розлади в періоди: новонародженості, дитинства, раннього дитинства, дошкільного та молодшого шкільного віку, підлітків, ранньої юності, зрілого, літнього та похилого віку.

Ключові слова: нормальний і аномальний розвиток, психологічна криза, психічні особливості, психосоматичні розлади, період новонародженості, раннього

дитинства, дошкільного віку, молодшого шкільного віку, підлітків, ранньої юності, літнього віку, похилого віку.

Вступ. Під час аналізу процесу потрібно брати до уваги, що для кожного періоду розвитку дитини є характерним новий тип відносин між нею та навколишнім соціальним середовищем. Становлення психіки дитини, її розвиток можливі при адекватному залученні до світу соціальних взаємин та навчанні запасам знань, накопичених попередніми поколіннями.

План лекції

1. Соціальні та біологічні складові нормального і аномального розвитку людини
2. Періоди вікових психологічних криз.
3. Психічні особливості та психосоматичні розлади в період новонародженості, дитинства та раннього дитинства.
4. Психічні особливості та психосоматичні розлади у дітей дошкільного та молодшого шкільного віку.
5. Психологічні особливості та психосоматичні розлади у підлітків.
6. Психологія і психопатологія ранньої юності.
7. Психологічні особливості та психічні розлади осіб зрілого, літнього та похилого віку. зрілого, літнього та похилого віку.

Висновок

- 1. Соціальні та біологічні складові нормального і аномального розвитку людини**

Навчання, на думку Л. С. Виготського, завжди має йти попереду розвитку, створюючи у дитини “найближчу зону розвитку”.

“Найближча зона розвитку” — це різниця між тим, що дитина може робити сама і що — з допомогою дорослих. Розвиток та навчання неправильно розглядати як ізольовані процеси: вони єдині. Навчання, йдучи попереду, має враховувати закономірності психічного розвитку дитини та її можливості. Тому для лікаря та клінічного психолога-практика вкрай важливим є розуміння закономірностей

розвитку психіки дитини, тому що це не простий кількісний перехід від одного віку до іншого, а завжди певні якісні стрибки.

Для діагностики психічного розвитку дитини особливо важлива оцінка провідної діяльності, яка характеризується:

- формуванням усередині неї нових видів діяльності, характерних для наступного вікового періоду; дозріванням або перебудовою психічних процесів;
- основними психологічними змінами особистості.

Однак провідний тип діяльності й те соціальне середовище, в якому росте та розвивається дитина, дуже швидко починають вступати в суперечність з новими потребами дитини і старими умовами їх задоволення. Саме ці суперечності виступають рушійними силами розвитку психіки. Тому **критеріями розвитку психіки** є новоутворення, які представляють собою ті психічні та соціальні зміни, які вперше виникають на цьому віковому рівні і визначають свідомість дитини, її відношення до середовища, внутрішнє та зовнішнє життя. Самі новоутворення, своєю чергою, позначаються важливими виявами розвитку, коли стабільний період переривається стрибкоподібними змінами в психіці дитини у вигляді вікових криз.

2. Періоди вікових психологічних криз.

Вікові психологічні кризи — особливі, відносно нетривалі за часом (до року) періоди онтогенезу, що характеризуються різкими психологічними змінами. Для них також характерні:

- 1) розмитість між початком та кінцем;
- 2) різке загострення в середині вікового періоду;
- 3) відносна важкість виховання дітей порівняно з періодом стабільного розвитку;
- 4) негативний, руйнівний характер.

Чим неповноцінніше первинний матеріал, чим гірше враховує соціум індивідуальні особливості розвитку дитини, чим більше виражені вікові кризи, тим гірше вони можуть відбитися на майбутній особистості. Тому для лікаря та клінічного психолога важлива роль періодів та основних закономірностей розвитку психіки кожного з них. Нині більшістю психологів прийнята наступна **вікова періодизація**:

- період новонародженості — до 1 місяця;
- період дитинства — 1–12 місяців;
- період раннього дитинства — 1–4 роки;
- дошкільний період — 4–7 років;
- молодший шкільний — 7–12 років;
- підлітковий період — 12–16 років;
- рання юність — 16–19 років;
- пізня юність — 19–21 рік;
- молодість (рання зрілість) — 21–35 років;
- зрілість — 35–60 років;
- перша старість (похилий вік) — 60–75 років;
- старість (похилий вік) — 75–90 років;
- довгожителство — старше ніж 90 років.

Кожний з вікових періодів має свої специфічні параметри норми та аномалії, в кожному з них можлива ретардація або прискорення розвитку, поява рис, властивих іншим віковим періодам, а також типові характерологічні реакції та психосоматичні взаємовпливи.

3. Психічні особливості та психосоматичні розлади в період новонародженості, дитинства та раннього дитинства

Народження дитини різко змінює звичне середовище перебування, характерне для ембріона. З перших хвилин вступають у дію безумовні рефлекси, які контролюють роботу основних систем організму — дихання, кровообіг, травлення, що забезпечують основні біологічні потреби дитини. Однак цього набору рефлексів було б явно недостатньо для адаптації до навколишнього світу, якби поруч не було дорослого, який активно взаємодіє з дитиною. Необхідні їй здібності дитини до навчання у вигляді придбання спочатку простих, а потім і складніших умовних рефлексів. На відміну від тварин, новонароджений виявляється настільки безпорадним, що дорослий для нього завжди є “психологічним центром”. У цей період розвитку дитина виявляється особливо чутливою до мови дорослого і готовності до спілкування. Почуття задоволення вона виявляє емоційною реакцією — мімікою, жестами, вокалізацією. Позитивна емоційна реакція на людину, частіше

матір, виникає раніше, ніж на фізичні об'єкти. Це явище було позначено як **комплекс пожвавлення**. До кінця першого місяця у відповідь на ласкавий вираз обличчя дорослої людини у дитини починає з'являтися посмішка — перший соціальний жест, психічне новоутворення, що знаменує перехід від періоду новонародженості до періоду дитинства.

На *третьому місяці* життя немовляти “комплекс пожвавлення” оформлюється в цілісну систему, що включає в себе додатково рухове пожвавлення та вокалізацію. На третьому етапі весь “комплекс пожвавлення” стає вже звичною формою вираження позитивних емоцій, що виконує соціальну функцію спілкування. Сенсорна й емоційна психічна депривація, особливо протягом першого півріччя, навіть за умови повноцінного догляду за дитиною може призвести до затримки його психічного, а нерідко й моторного розвитку. Встановлено, що емоційне спілкування дорослого з дитиною значно збільшує емпатичний потенціал дитини, робить її психіку більш гнучкою та пластичною, розвиває пізнавальну активність. Своєю чергою, зміна емоційного спілкування на ситуативно-ділове з використанням мови підвищує мовну активність дитини, вона осягає ази соціальної взаємодії, опановує моторикою, пізнає простір. До кінця періоду дитинства з'являється здатність до розуміння людської мови, починають вимовлятися перші самостійні слова. Немовля опановує найпростіші предметні дії.

Провідне значення у психічному розвитку дитини набуває задоволення його нових потреб — у спілкуванні з людьми, у нових враженнях. Дитячий вік закінчується кризою першого року життя, зумовленим становленням ходьби й мови. У цей період для немовляти бувають характерними акти протесту, опозиції, протиставлення себе іншим. У деяких випадках опозиція дитини виражається в “істериках”, афективно-респіраторних судомах, припадках. Становлення ходьби знаменує собою період раннього дитинства (1–3 роки). Соціальне середовище розвитку характеризується тим, що дитині стає доступним навколишній світ речей і предметів, які її притягують або відштовхують. Дії дитини і навіть мова визначаються цією наочною ситуацією. Поведінка характеризується єдністю моторних і сенсорних функцій (усе, що вона бачить, потрібно помацати руками) та недостатньою диференційністю афектів і сприйняття. Провідна діяльність дитини

цього віку — *предметно-маніпулятивна*. Вона стосується насамперед гри. Для дитини немає уявної ситуації, немає ролей, вона освоює функції предметів та речей; м'яч катає, автомобіль штовхає, ляльку водить або вкладає у ліжко тощо. Важливим є виникнення розуміння, що кожна річ має своє ім'я, своє призначення. Якщо для немовляти навколишній світ — фон, то словесне сприйняття дитини (“А що це?”, “Як це називається?”) дає можливість структурувати зовнішній світ. Відбувається виділення фігури з фону. Будучи провідною для дитини, предметна діяльність сприяє розвитку пізнавальних процесів. Зароджується наочно-дієве мислення, формуються загальні поняття. Активно розвивається мова: зростає словниковий запас, з'являються речення з двох слів. До трьох років дитина оволодіває граматиною, майже всіма відмінками і всіма предметними відносинами. Предметна діяльність призводить до зміни і в мотиваційній сфері: відбувається поступова зміна афективних вчинків контрольованими. Ставлення дитини до навколишніх її людей, їхнє оцінювання залежать від того, як вони ставляться до дитини. Поступово до 3-х років формуються більш тонкі емоції. Важливим новоутворенням цього віку є усвідомлення власного “Я”, виділення себе з навколишнього світу, що супроводжується прагненням до самостійності: “Я сам”, “Я хочу”, найяскравіше виявляється в кризі 3-х років.

Основні прояви кризи 3-х років — негативізм, норовистість, свавілля. Ступінь вираженості кризи 3-х років залежить від того, наскільки дорослі враховують ситуацію, що змінилася у розвитку. Якщо вони продовжують обмежувати її самостійність, утискають свободу дитини, обмежують його ініціативу, то виникає своєрідний бунт — протест, який свідчить про необхідність корекції виховних заходів з боку дорослих.

Із *психопатологічних та психосоматичних розладів*, характерних для періоду новонародженості, дитинства і раннього дитинства виділяють (В. В. Ковальов) такі **синдроми**: синдром невропатії, синдром раннього дитячого аутизму, гіпердинамічний синдром, синдроми страху. При **невропатії** характерними стають різноманітні астенічні вияви: підвищена дратівливість і збудливість, примхливість, нестійкість настрою, швидка виснажливість, виражена полохливість, порушення

сну й соматовегетативних симптомів (зригування, блювота, запори, порушення апетиту, вибірковість харчування, вегетативні кризи та непритомність).

Синдром раннього дитячого аутизму (РДА) характеризується вираженою недостатністю або повною відсутністю потреби в контакті з тими, хто оточує, емоційною холодністю або байдужістю до близьких, страхом новизни, будь-яких змін у навколишньому середовищі, одноманітністю поведінки зі схильністю до стереотипних рухів, розладами мови, іноді до повної “мовної блокади”. Першою ознакою раннього дитячого аутизму часто виступає відсутність властивого здоровим дітям “комплексу пожвавлення”, а потім порушенням здатності диференціювати людей і неживі предмети, небажанням вступати в контакт, беземоційністю або паратіміями (неадекватними афективними реакціями) у поєднанні зі страхом новизни. У ранньому дитинстві до вказаних клінічних виявів приєднуються одноманітні маніпуляції з предметами, використання нетрадиційних для ігрової діяльності предметів. Типовими є і порушення психомоторики у вигляді незграбності, невідповідності довільних рухів, відсутності співдружних рухів, а також розлади мови (від відсутності до переважання “автономної мови” — розмови із самим собою).

Гіпердинамічний синдром виявляється насамперед руховим розгальмуванням, непосидючістю та іншими ознаками гіперактивності у поєднанні з порушеннями уваги (іноді він позначається синдромом дефіциту уваги). Характерними виявами цього синдрому є:

1. Часто спостерігаються неспокійні рухи в кистях та стопах (сидячи на стільці, дитина корчиться, звивається).
2. Неможливість спокійно сидіти на місці, коли від неї це вимагають.
3. Легке відволікання на сторонні подразники.
4. Нетерплячість.
5. Поспішність (на запитання часто відповідає не замислюючись, не вислухавши їх до кінця).
6. При виконанні запропонованих завдань зазнає труднощів (це пов'язано з недостатнім розумінням).
7. Насилу зберігає увагу при виконанні завдань або під час ігор.

8. Часто переходить від однієї незавершеної дії до іншої.
9. Не може грати тихо та спокійно.
10. Виявляє балакучість.
11. Нав'язливість (часто заважає іншим, чіпляється до навколишніх, наприклад, втручається в ігри інших дітей).
12. Часто складається враження, що дитина не слухає звернену до неї мову.
13. Неуважність (часто втрачає речі, необхідні в школі та вдома, наприклад, іграшки, олівці, книги тощо).
14. Зниження відчуття небезпеки (часто здійснює небезпечні дії, не замислюючись про наслідки, наприклад, перебігає вулицю, не озираючись по сторонах).

Синдроми страху є типовими для дітей періоду раннього дитинства. Вони становлять гаму різноманітних за клінічною формою феноменів. Страху можуть носити диференційований та недиференційований характер, бути нав'язливими, надцінними або маячними за структурою. Специфічними є нічні страхи та страх темряви.

До характерних для дітей у період новонародженості, дитинства та раннього дитинства є такі **психосоматичні розлади** (за Д. Н. Ісаєвим): дитяча коліка, аерофагія, відрижки, відсутність апетиту (анорексія), спотворення апетиту, жуйка (меріцизм), недостатнє збільшення маси тіла або ожиріння, запор, енкопрез (нетримання калу).

Дитяча коліка, або “коліка тримісячного” виявляється у вигляді приступів, що супроводжуються фізичним болем та емоційною реакцією на неї у вигляді гучного крику у дитини 3–4-х місяців, що виникають, звичайно, у другій половині дня і тривають від кількох хвилин до кількох годин.

Аерофагія характеризується заковтуванням великої кількості повітря у дітей, що жадібно смочуть, з наступним голосним звуком викидання повітря назовні (відрижкою). Зригування у вигляді виверження невеликих кількостей їжі, що надійшла до дитини під час годування, спостерігаються у віці 4–18-ти місяців і при психосоматичному генезі пов'язані з процесом надмірно жадібного заковтування їжі, швидкого смоктання.

Анорексія належить до структури невропатичних виявів та характеризується втратою потягу до їжі і негативізмом при годуванні. Значущим є психогенний фактор у вигляді неправильного виховання (наприклад, відриву від матері).

Спотворення апетиту (симптом Піка) зазвичай розвивається на 2–3-му році життя і характеризується вживанням у їжу неїстівних речовин (вугілля, глини, паперу), що може бути пов'язано з неправильним типом виховання.

Жуйка (меріцизм) розглядається як невропатичний симптом і виявляється у вигляді повторного пережовування їжі після того, як проковтнута та переварена їжа відригується. Зміни маси тіла (недостатня прибавка або огрядність) характерні для невропатичних реакцій при депривації тих чи інших психогенних факторах.

Запор може пов'язуватися з емоційними порушеннями, що виявляються у вигляді депресії, порушень комунікації з формуванням нав'язливого страху перед дефекацією через хворобливість акту або підвищеної сором'язливості дитини. У другому випадку запор виявляється у нових умовах або поза домом, а потім це стає пов'язаним із фізіологічними закономірностями.

Енкопрез (нетримання калу) у вигляді мимовільного виділення калу у відповідній ситуації, що зумовлено ретардацією формування контролю за діяльністю анального сфінктера. Нерідко цей симптом зумовлений невропатичними розладами та психогеніями.

4. Психічні особливості та психосоматичні розлади у дітей дошкільного та молодшого шкільного віку

Соціальна ситуація розвитку дошкільного віку полягає в розширенні предметного світу і необхідності дій у світі реальних речей унаслідок формування самосвідомості. Для дитини цього віку не існує абстрактного пізнання, критичного споглядання, і тому спосіб освоєння навколишнього світу — це дії у світі реальних предметів і речей, але дитина поки не володіє способами здійснення цих дій. Ця суперечність може вирішитися тільки в одному типі діяльності — грі, мотив якої лежить не в результаті, а в змісті самої дії.

Гра для дошкільників є *провідною діяльністю* і характеризується: уявною ігровою ситуацією; виділенням знань і смислів, що лежить в основі формування образно-схематичного мислення; розвитком активного запам'ятовування;

узагальненим характером ігор, наявністю ролей (такі ігри, в яких розігруються узагальнені соціальні функції (вершник, доктор, солдат тощо). У процесі гри дитина починає виконувати певну соціальну роль. Беручи на себе ті чи інші ролі, вона ніби приміряє певні соціальні функції. У рольовій грі можна порівняти свої можливості з можливостями інших дітей, краще пізнати себе. Натомість “Я сам” поступово формується справжня самосвідомість. Із розвитком дитини рольові ігри переростають в ігри з правилами. Ігри з правилами стимулюють досягнення певних соціально значущих цілей. Формується самооцінка, рівень домагання. З іншого боку, в іграх з правилами дитина навчається обмежувати свої бажання, підкорятися заборонам. Вона набуває досвід керівництва, але не такий, який їй хочеться, а відповідно до певних вимог, норм та заборон. У грі відбувається становлення моральних основ, формуються мотиви поведінки і волі дитини як провідного виду діяльності, в якому активно формуються психічні процеси: збагачуються сприйняття, активна пам’ять і увага.

Рольова гра спричинює перехід від наочно-дієвого мислення до словесно-логічного, освоєння смислів, формування уяви, розвитку моторики. Гра створює “зону найближчого розвитку”. Л. С. Виготський писав: “Гра в конденсованому вигляді містить у собі, як у фокусі збільшувального скла, всі тенденції розвитку...” Ігрова діяльність як провідна повинна підготувати дитину до школи, розвинути у дошкільнят ті властивості особистості й психічні процеси, які необхідні для успішного навчання в початкових класах.

До старшого дошкільника висуваються такі вимоги: сформованість насамперед образного мислення та наявність умінь виділити навчальну задачу і перетворити її в самостійну мету діяльності (пізнавальна потреба).

Інтелектуальна готовність дитини до школи важлива, але не єдина передумова успішного навчання. Важливим є ставлення дитини до школи, до навчання, до вчителів, до самого себе (“соціальна позиція”). Формування “соціальної позиції” відносно школи вимагає не лише усвідомлення як джерела знань, а й її емоційного ставлення. Дитині потрібно навчитися входити в дитяче товариство, діяти спільно з іншими, поступатися, підкорятися. Особливе місце в психологічному розвитку старшого дошкільника займає спілкування з дорослими,

яке носить переважно особистісний характер. Таке спілкування характеризується засвоєнням дитиною особливої позиції стосовно дорослого — позиції учня, що є цінною передумовою для навчання у школі.

Перехід із дошкільного віку в молодший шкільний нерідко супроводжується **кризою 7-ми років**, для якої характерні:

1. втрата дитячої безпосередності;
2. манірність, капризи, у поведінці — безглуздість, вертлявість, блазнювання;
3. початок диференціації внутрішньої та зовнішньої сторони особистості дитини;
4. об'єктом аналізу стають суб'єктивні переживання: “Я радію”, “Я засмучуюсь”;
5. формування афективного узагальнення, логіка почуттів.

До віку 6–7 років однією з основних змін психологічної діяльності дитини, її особистісних особливостей є **формування нової провідної діяльності — навчальної**. Сутність навчальної діяльності полягає у засвоєнні наукових знань через збагачення й перебудову особистості дитини, що виявляється у змінах рівня знань, навичок, умінь, у розумових операціях і в особливостях особистості. Проте перехід із дошкільного в молодший шкільний вік відбувається не автоматично, а шляхом переведення ігрової діяльності в навчальну.

Розвиток особистості молодшого школяра може порушуватися унаслідок двох причин:

1. неправильного розуміння ієрархії потреб у результаті недоліків виховання й навчання;
2. недостатнього розвитку функціональних систем мозку, що забезпечують навчальну діяльність.

Своєю чергою, *навчальна діяльність пов'язана з формуванням самооцінки особистості*. Для дітей позначки, які вони отримують, важливі не тільки як спосіб оцінювання їхніх знань, а й одночасно як оцінка їхньої особистості, їхніх можливостей і місця серед інших. Тому у відмінників формується завищена самооцінка, а в тих, хто погано встигає — занижена.

Корекція самооцінки — важливий момент, який вимагає порівнювання дитини лише із самим собою. Значущим є і використання заохочення. Похвала важлива у присутності інших, осуд — наодинці. Як похвала, так і осуд повинні

стосуватися не глобально людини, а окремих сторін її особистості або окремих операцій. Навчальна діяльність приводить до зміни й психічних процесів, серед яких велике значення відіграє розвиток вищих почуттів — почуття товариства, боргу, відповідальності, колективізму; інтелектуальних почуттів — допитливості, здивування, сумніву, задоволення від вдалого виконання завдання. Успіх у навчанні — єдине джерело внутрішніх сил дитини, що народжують енергію для подолання труднощів. З типових для дитини дошкільного та молодшого шкільного віку **психопатологічних синдромів** можна назвати синдром уходу та бродяжництва, синдроми *патологічного фантазування*.

Синдром уходу та бродяжництва характеризується повторюваними уходами дитини з дому чи школи, поїздками в інші райони міста чи інші населені пункти, прагненням бродяжити і подорожувати. Нерідко він зумовлений мікросоціальним середовищем та реакцією дитини на психотравмуючу ситуацію в сім'ї або в школі.

Синдроми патологічного фантазування включають жвавість уяви, схильність до змішування вимислу, фантазії і реальності. Часто першою ознакою синдрому патологічного фантазування виступає своєрідність ігрової діяльності дитини, під час якої вона на тривалий період здатна “перевтілитися” в тварину, вигаданий образ чи неживий предмет. Можливі різні шляхи формування такого синдрому — від психогенно-особистісного, пов'язаного із формуванням та переважанням шизоїдного або істеричного радикалу в характері дитини, до ендогенного (шизофренічного), зумовленого порушеннями комунікативних здібностей.

Із **психосоматичних розладів** провідну роль відіграють цефалгії (головні болі) та болі в животі, лихоманки неясного генезу, психогенна блювота, запори або проноси (діарея) та енкопрез.

5. Психологічні особливості та психосоматичні розлади у підлітків.

У наш час до підлітків прийнято зараховувати дітей 12–15 років, причому період 11–12 років визначається як предпубертатний період, а 13–15 років — як пубертатний. Підлітковий вік як перехідний від дитинства до зрілості завжди вважався критичним, однак криза цього віку (пубертат) значно відрізняється від криз молодших віків. Він є найгострішим і найтривалішим. Пов'язано це з

поєднаною дією на підлітка низки соматичних, психологічних і соціальних факторів. В основі соматичних змін організму підлітка лежить *інтенсивна перебудова ендокринної системи*, що закінчується досягненням статевої зрілості. Крім формування вторинних статевих ознак у підлітків відбувається зміна співвідношення частин тіла (дитячий тулуб при швидкому розвитку кінцівок). Рухи при цьому стають незграбними. Часто за швидким ростом тіла (різке збільшення м'язової маси і зріст) не встигають внутрішні органи, що призводить до розвитку ряду функціональних захворювань, особливо серцево-судинної системи. За принципом бінарності дії гормонів перебудова ендокринної системи не може протікати без відповідних змін у психіці. У зв'язку з цим у момент особливо різких ендокринних зрушень у підлітків відзначається виражене психічне занепокоєння, підвищений рівень тривожності. Намагаючись позбутися цієї тривожності, виплеснути її назовні, вони часто вступають у конфлікти, нерідко відмічаються колективні бійки. Цим самим пояснюється підвищена схильність підлітків до відвідування масових галасливих рок-концертів, вживання наркотиків та алкоголю.

Поряд із психічними змінами, зумовленими виключно гормональним впливом, у підлітків спостерігаються і глибоко психологічні, особистісні зміни, не пов'язані безпосередньо з перебудовою ендокринної системи. До таких змін слід віднести формування нової самосвідомості з підвищеним почуттям власної гідності, власних можливостей і здібностей. Розвиваються високі почуття дружби і любові, причому любов аж ніяк не зумовлена сексуальними потребами, а навпаки носить виключно платонічний, духовний характер. Протягом підліткового періоду ламається та перебудовується колишнє ставлення дитини до навколишнього світу і до самого себе, формується та життєва позиція, з якою підліток починає своє самостійне життя. Вступ у доросле життя — не одномоментна подія, а тривалий процес, біологічні та соціальні сторони якого мають свої сили, свій ритм і темпи розвитку. У зв'язку з високими, але не синхронними темпами фізичного й психічного розвитку підлітків у них виникає багато таких потреб, задовольнити які в умовах ще недостатньої соціальної зрілості не завжди можливо. Тому депривація потреб у підлітковому віці спостерігається частіше і виражена значно сильніше, ніж

у молодшому віці, і подолати її через відсутність синхронності в психічному та соціальному розвитку підлітка дуже важко.

Основним новоутворенням підліткового віку є фрпмування дорослості, тобто стан, коли основна маса потреб підлітка нічим не відрізняється від таких у дорослих. Однак при об'єктивно наступаючому подорослішанні соціальна ситуація для нього, звичайно, не змінюється — він залишається учням і перебуває на утриманні у батьків, позбавлений низки цивільних прав. Високі домагання приводять до нерозв'язних труднощів, входять у конфлікт з реальною дійсністю. У цьому й криється основна причина психосоціальної кризи підліткового віку. Одним з найбільш помітних і важливих виявів психологічної перебудови підлітка є різка зміна відносин з дорослими, зокрема з батьками. Відбувається зміна значущих осіб, і підлітки в багатьох життєвих ситуаціях орієнтуються виключно на думку однолітків, майже повністю ігноруючи думку батьків та інших дорослих. Пік впливу батьків на формування особистості дітей припадає не на перехідний вік, а на перші роки життя дитини. В підлітковому віці явно слабшають емоційні зв'язки батьків і дитини. Підліток прагне звільнитися від опіки. Розширення прав призводить до того, що він не пасивно очікує від батьків будь-яких благ, а навпаки активно пред'являє до батьків завищені матеріальні вимоги. Якщо в дитинстві батько часто виступає прикладом для наслідування, то в підлітковому періоді його гідності критикуються, а недоліки помічаються. Однак, незважаючи на помітне падіння авторитету сім'ї в очах підлітка, вона все одно залишається тим місцем, де він почуває себе впевнено й спокійно. І якщо підлітки вважають за краще проводити дозвілля, розважатися, ділитися інтимними переживаннями виключно з однолітками, то за порадою в скрутну хвилину вони звертаються до батьків. Психологічний бар'єр між батьком і підлітком пояснюється не тільки віковим егоцентризмом і максималізмом підлітка, а й абсолютною впевненістю у непогрішності власного досвіду, неможливістю поглянути на світ очима підлітка з боку батьків. Відомо, що підлітки більш об'єктивно оцінюють своїх батьків, ніж ті своїх дітей. Слід зауважити, що потреба в неформальному спілкуванні з батьками дуже велика у підлітків, але задовольняється вона менше ніж наполовину. Так, лише третина підлітків задоволена спілкуванням з матір'ю і лише кожний десятий — з

батьком. Серед школярів, що мають довірчі відносини з батьками, стійку самооцінку дають переважна більшість із них, а серед тих, у кого спілкування жорстко регламентовано, — тільки чверть. Крім батьків, іншими значущими дорослими в житті підлітка є вчителі.

Слід визнати, що останнім часом робота вчителя помітно ускладнилася, причому особливо важко мати справу зі старшокласниками. Статус сучасного підлітка-школяра неоднозначний. З одного боку, положення старшого накладає на підлітка додаткову відповідальність, перед ним ставлять складніші завдання, з нього більше питають. З іншого боку, за своїми правами він цілком залежить від учителів і шкільної адміністрації. Внутрішня позиція учня щодо школи складається з його ставлення до неї як установі, до процесу навчання і знань, до вчителів, до однокласників. При цьому слід зауважити, що на відміну від старшокласників установка підлітків менш диференційована і зводиться до того, що вони просто “люблять” або “не люблять” школу. Провідною діяльністю підлітка залишається навчання. Якщо в 1–2 класах дитина ще не усвідомлює самого змісту навчання та орієнтується головним чином на оцінку, за якою до нього стоїть певне відношення вчителя, то для підлітка навчання стає насамперед засобом завоювати престиж в однолітків, заслужити репутацію хорошого учня, хоча можна помітити, що така репутація далеко не завжди сприяє завоюванню авторитету, якщо не навпаки. У підлітковому віці значно складнішими й диференційованими стають відносини з учителями, що й становить одну з причин шкільної дезадаптації підлітків. Подібно батькам, учитель у свідомості дитини виконує такі функції: заміна батьків, влада, розпорядження покараннями та заохоченнями, авторитетне джерело знань у певній галузі, старший товариш і друг. Молодший школяр не розрізняє цих функцій, сприймаючи вчителя загалом і оцінюючи за тими самими критеріями, що й батьків. З віком ситуація змінюється. Підліток вже не бачить у вчителі втілення батька й матері. Вчительська влада так само невелика — він навіть не може відсторонити недбайливого учня від відвідування занять. Підліток починає пред’являти з відповідним йому максималізмом певні вимоги до вчителя. Так, в образі “ідеального вчителя” на перший план виходять його індивідуальні якості — здатність до розуміння, емоційного відгуку, сердечність. На *другому місці* стоїть професійна

компетентність, рівень знань і якість викладання, *на третьому* — вміння справедливо розпоряджатися владою. Природно, далеко не всі вчителі мають гармонійну сукупність цих якостей, звідси диференціація вчителів і самих відносин з ними, виникнення усіляких конфліктів, що часто призводять до наполегливого небажання підлітків відвідувати школу. З іншого боку, нерідкі випадки прихильності до улюбленого вчителя у формі пристрасного захоплення та безоглядної відданості. Однак таких уподобань не може бути багато, в більшості підлітків тісний емоційний зв'язок існує з одним-двома вчителями, причому з віком ці відносини стають усе більш виборчими. Головною перешкодою, що заважає взаєморозумінню учня і вчителя, є абсолютизація рольових відносин, наївно-бюрократична “школа”, за якими криється низький рівень підготовки педагогів, небажання, а часом і страх побачити у своїх учнях особистості. **Особистісний підхід** — не просто врахування індивідуальних особливостей учнів. Це послідовне, щире завжди і в усьому ставлення до учня, як до особистості, як до відповідальної і самостійної людини.

Одна з головних тенденцій перехідного віку — *переорієнтація спілкування з батьками, вчителями і взагалі старшими ровесниками*. Потреба в спілкуванні з однолітками, яких не можуть замінити батьки, виникає у дітей досить рано, а з віком посилюється. Поведінка ж підлітків за своєю сутністю є колективно-груповою. Спілкування з однолітками представляє дуже важливий специфічний канал інформації. *Наприклад*, переважну частину інформації з питань статі підліток отримує від однолітків. Також спілкування підлітків — це специфічний вид міжособистісних відносин. Групова гра та інші види спільної діяльності виробляють необхідні передумови соціальної взаємодії, уміння підкорятися колективній дисципліні і водночас обстоювати свої права, співвідносити особисті інтереси із суспільними. І, нарешті, це специфічний вид емоційного контакту. Свідомість групової належності, солідарності, товариської взаємодопомоги не лише полегшує підлітку автономізацію від дорослих, а й дає йому надзвичайно важливе почуття емоційного благополуччя та стійкості. Необхідно знати особливості підліткового віку не тільки у плані психологічних і соціальних підходів, а й у плані підліткової психіатрії. Тут треба звернути увагу на певні форми типових

поведінкових реакцій підлітків на ту чи іншу соціальну ситуацію, ще не є патологічними, а іноді криють у собі небезпеку переростання у “крайові психопатії”. До зазначених реакцій прийнято відносити реакції опозиції, імітації, компенсації, гіперкомпенсації, емансипації, групування та деякі ін.

Реакція “опозиції” — це активний протест, причиною якого можуть бути занадто високі вимоги, що пред’являються до підлітка, непосильні навантаження, втрати, брак уваги з боку дорослих. Виникаючи в дитинстві, опозиція посилюється в підлітковому віці.

Реакція “імітації” виявляється у прагненні наслідувати певним зразкам, модель якого диктується, зазвичай, компанією однолітків. Реакція може бути причиною порушення поведінки, якщо зразок для наслідування асоціальний.

Реакція “гіперкомпенсації” виражається у наполегливому прагненні підлітка досягти успіху у тій сфері, в якій він слабкий. Невдачі в деяких випадках закінчуються нервовим зривом.

Реакція “емансипації” виявляється у прагненні звільнитися від контролю і опіки старших. Вона поширюється і на порядки, закони й “стандарти” дорослих. Потреба в емансипації пов’язана з боротьбою за самостійність, за самоствердження себе як особистості. У повсякденній поведінці — це прагнення зробити усе “по-своєму”, в крайніх варіантах — втечі з дому.

Реакція “групування” — філогенетичний стадний інстинкт. Групи в середовищі підлітків виникають і функціонують за своїми, ще недостатньо вивченими, соціально-психологічними законами, серед яких найбільшу небезпеку становить так звана “автономна мораль”, що не збігається з вимогами батьків, школи, законів. Особливо сильна вона у неповнолітніх правопорушників і злочинців. Саме група стає регулятором поведінки для педагогічно занедбаних підлітків. Легко об’єднуються в групи наркомани, нестійкі підлітки, які мають досвід асоціальної поведінки. Слід зауважити, що перехідний вік, особливо 12–14 років, супроводжується значними змінами в змісті та структурі “Я-концепції”. У підлітків помітно посилюються схильність до самопостереження, сором’язливість, егоцентризм, знижується стійкість образів “Я”, дещо знижується загальна самоповага й істотно змінюється самооцінка деяких якостей. Підліткам значно

частіше, ніж іншим дітям, здається, що батьки, вчителі й однолітки про них погані думки, і вони частіше відчують депресивні стани. Самі юнаки та дівчата насамперед сприймають період “важкого віку” як період фізичних змін, становлення психосексуальної ідентифікації. У перехідному віці люди частіше, ніж коли б то не було, стають жертвами синдрому дисморфоманії, приділяючи велику увагу своїй зовнішності. Таким чином, у підлітковому віці у людини починає активно формуватися самосвідомість, починається становлення образу “Я”, який вже остаточно затверджується в ранньому юнацтві.

6. Психологія і психопатологія ранньої юності.

Центральним психологічним процесом розвитку самосвідомості в періоді ранньої юності є формування особистої ідентичності — почуття індивідуальної самототожності, наступності та єдності. До теперішнього часу в психології прийнято виділяти **чотири етапи розвитку ідентичності, що вимірюються ступенем професійного, релігійного і політичного самовизначення молодої людини:**

1. “Невизначена, розмита ідентичність” характеризується тим, що індивід ще не виробив чітких переконань, не вибрав професії і не зіткнувся з кризою ідентичності.

2. “Дострокова, передчасна ідентифікація” має місце, якщо індивід включився у відповідну систему відносин, але зробив це не самостійно, в результаті пережитої кризи, а на основі чужих думок, слідуючи чужому прикладу й авторитету.

3. Для етапу “мораторію” характерно те, що індивід знаходиться у процесі кризи самовизначення, вибираючи свій, єдиний варіант розвитку.

4. Етап “зрілої ідентичності” характеризується завершенням кризи, індивід переходить від пошуку себе до самореалізації. Зазвичай до етапу “зрілої ідентичності” молоді люди приходять у віці 16–18 років, хоча деякі можуть назавжди залишитися на рівні розмитої ідентичності чи піти шляхом дострокової ідентифікації, відмовившись від активного вибору та самовизначення. Водночас поняття “зрілої ідентичності” і самі його критерії неоднозначні. Уявлення, що ідентичність формується насамперед у сфері професійної орієнтації, відображає традиційно чоловічу точку зору. У жіночій самосвідомості велике значення

надається сім'ї, професії, хоча останнім часом усе більше стає жінок, орієнтованих на професійні досягнення. Юнаки оцінюють себе головним чином за своїм предметним досягненням, тоді як для дівчат важливіше міжособистісні відносини. Звідси — різне співвідношення компонентів чоловічої та жіночої ідентичності. Юнак, який не здійснив професійного самовизначення, не може відчувати себе дорослим. Дівчина ж може засновувати свої претензії на дорослість на інших показниках, наприклад, на наявність серйозних претендентів на її руку та серце. На відміну від підлітків, юнаки набагато більше стурбовані формуванням власних переконань, розвитком філософського світогляду. Приблизно в 16 років з'являються власні критерії значущості, а 17–18-річні оцінюють себе передусім з точки зору своєї внутрішньої шкали цінностей, уявлень про своє щастя й благополуччя. Головне психологічне надбання ранньої юності — відкриття свого внутрішнього світу. Для юнака зовнішній світ — лише одна з можливостей суб'єктивного досвіду, осередком якого є він сам. Знаходячи здатність занурюватися в себе, у свої переживання, він заново відкриває цілий світ нових емоцій, красу природи, звуки музики. У цей час людина починає сприймати й осмислювати емоції вже не як похідні від якихось зовнішніх подій, а як стан власного “Я”.

Психологічні статеві відмінності виявляються у юнаків та дівчат саме у сфері самосвідомості. Дівчата набагато частіше юнаків стурбовані тим, що про них думають інші, значно більш вразливі, чутливі до критики, глузуванням тощо. Дівчата раніше, ніж юнаки, починають вести щоденники, частіше роблять записи, і, найголовніше, дівочі щоденники відрізняються великою інтимністю — це опис та аналіз почуттів і переживань, особливо любовних, і постійна розмова із собою і про себе. Юнацькі щоденники більш різноманітні і предметні, в них відбиваються насамперед інтелектуальні інтереси та інтереси авторів, їх практична діяльність. Емоційні переживання описані набагато стриманіше.

Самосвідомість і самооцінка юнаків та дівчат залежать від стереотипних уявлень про те, якими мають бути чоловіки та жінки, а ці стереотипи, своєю чергою, походять від історично прийнятих в тому чи іншому суспільстві диференціацій статевих ролей. Жінки зазвичай більш тривожні та частіше відчують страх, ніж чоловіки. У той же час об'єктивні (за допомогою електрофізіологічних приладів)

дослідження емоційних реакцій у стресових ситуаціях показують, що статеві відмінності невеликі. Ймовірно тут має місце вплив традиційної чоловічої ролі, яка забороняє хлопчикові відчувати страх, у зв'язку з чим юнаки пригнічують або приховують частину своїх відчуттів, не відповідних ідеалу мужності, тоді як дівчата говорять про них відкрито. Юнаки схильні вважати себе більш сильними, енергійними, владними і діловими, ніж дівчата, при цьому вони нерідко переоцінюють свої здібності й положення серед однолітків, не люблять визнавати свої слабкості. Дівчата більш самокритичні та чутливі. Характерно, що юнаки, вдаючи, на відміну від дівчат, байдужість до реакції навколишніх, в той же час значно більше вихваляються заради зовнішнього ефекту. Знання відмінностей психічної діяльності юнаків та дівчат, що становить основні психологічні механізми статевої поведінки, здатне допомогти клінічному психологу в роботі з підлітками та молодими людьми.

7. Психологічні особливості та психічні розлади осіб зрілого, літнього та похилого віку.

Віковий період, наступний за юністю, характеризується стійкістю психічної діяльності людини, набуттям цілісності й, головне, зрілості. Під зрілістю особистості розуміють усвідомлення свого місця серед інших людей, самоідентифікацію, прийняття та інтеріоризацію соціальних норм, відповідальність за власні вчинки.

Основною у зрілому віці є професійна діяльність, яка до літнього та похилого віку поступається місцем цінності існування та загальнолюдських цінностей. Б. С. Братусь визначає два рубежі розвитку зрілої особистості: у віці 30 ± 2 роки у вигляді переоцінки свого життєвого шляху, коли людина не лише замислюється над правильністю її вибору, а й багато в ньому виправляє ("криза середнього віку" у віці Христа) та передпенсійна криза у віці 55 ± 3 роки, коли настає період планування свого пенсійного життя.

У зрілому віці основною психологічною проблемою стає ідентичність, самовираження та прийняття себе (об'єктивізація особистості). Частіше за інших ідентифікація зрілого віку ґрунтується на ідентифікації у сфері професійної діяльності, досягнень та статусу, а трудова діяльність виступає як умова та форма

вияву зрілості (Б. Г. Ананьєв). К. А. Абульханова-Славська виділяє наступні типи ідентифікації у професії:

- I тип — ідентифікація відбувається через вибір професії, що максимально відповідає, близька до характеристик особистості (наприклад, якщо особистість схильна до ризику, то обирається професія, пов'язана з роботою у важких умовах, небезпекою для життя);

- II тип — ідентифікація з професією, що дає можливість руху особистості у професії;

- III тип — ідентифікація, при якій рух у професії здійснюється через розвиток і вдосконалення якостей та здібностей особистості (якщо в момент вибору професії здібності перебували у потенційному стані, то професія актуалізує їх і тим самим відкриває перспективу розвитку особистості);

- IV тип — ідентифікація, для якої збіг з професією зумовлений не лише наявними здібностями, а й творчою активністю особистості загалом. Криза середнього віку може виникнути в разі істотної розбіжності при звірці наявної ситуації з віком, коли людина очікує “пожинати плоди”. Неузгодженість у сфері професійної ідентичності, що включає незадоволення успішністю кар'єри, сформованим авторитетом, рівнем матеріального благополуччя, є лише одним із значущих неузгодженостей більш важливих для чоловіка, ніж для жінки.

Другою такою сферою виступає сімейне життя, в якому криза може викликати незадоволення сімейним статусом, вибором партнера та друзів, відносинами з близькими, добробутом сім'ї тощо.

Третя сфера, за якою відбувається процес звірки ідеалу й реальності, — це сфера особистісного зростання, що включає задоволеність собою — самоактуалізацію. Людина середніх років схильна аналізувати затребуваність себе для суспільства, ступінь розкриття у процесі життя своїх потенційних можливостей та здібностей.

При переході до літнього й похилого віку людина поступово упокорюється тій ролі та положенню, яких вона досягла у процесі життя. Вона націлюється на гідне завершення життя, орієнтується на власне здоров'я й загальнолюдські цінності (наприклад, справедливості). У старовинному французькому прислів'ї —

“Кожен старіє так, як він жив” — намічено лише одну з тенденцій, властивих літньому й похилому віку. Вона не відображає інших закономірностей цього вікового періоду. Насправді старості притаманний свій образ, що ріднить досі несхожих людей. Сюди відноситься і деяка егоцентричність, і повільність в ухваленні серйозних рішень, і особлива недовірливість. Вважається, що вихід на пенсію є немов би розділом між віком активних дій, здоров'я й бадьорості та періодом старості, коли активність змінюється пасивністю, життя перетворюється на боротьбу за здоров'я, інтереси знижуються — життя тече за типом “сімейнопобутових картинок”.

Прийнято вважати, що для старості характерні хвороби, як для молодості — здоров'я. Відомою є історія, яку цитують американські лікарі, що спеціалізуються на лікуванні людей похилого віку: 90-річний чоловік на ім'я Морріс звернувся до лікаря зі скаргою на ліве коліно і почув у відповідь фразу, що його здивувала: “Заради Бога, чого ви чекаєте у вашому віці?” На що Морріс весело відповів: “Розумієте, лікарю, моєму правому коліну теж 90 років, і воно не болить”. Це вигадана історія, але зміст її зрозумілий. З незапам'ятних часів старість і хвороби асоціювалися. Зрештою більшість людей вважали, що вік означає неминучий перехід до хвороб, безсилля й нерухомості. Однак тепер це не так. Сьогоднішні особи похилого віку, наприклад у США та інших економічно розвинених країн, спростовують ці подання. Рівно половина людей, яким від 75 до 84, не відчують проблем зі здоров'ям, яке вимагало б спеціального лікування або обмежувало їхню діяльність.

Соціолог Б. Нойгартен стверджує: “Навіть у найстарішій віковій групі, серед тих, кому за 85, більше третини стверджують, що вони не відчують обмежень, пов'язаних зі здоров'ям”. У психічному та психологічному плані основною проблемою старості є самотність і внаслідок цього втрата необхідних і бажаних контактів, беззахисність перед навколишніми, що несе, як здається літнім, лише загрозу їх добробуту та здоров'ю. При цьому стосунки між літніми сусідами не завжди носять доброзичливий характер. Найчастіше болісна підозрілість самотньої літньої людини провокує спалахи гніву у його близького оточення. Вияви психічної

хвороби у літніх, залучених до конфлікту із сусідами, дуже схожі з виявами недружніх стосунків, проте їх можливо розпізнати.

До типових **психологічних або психопатологічних феноменів** осіб літнього й похилого віку відносять *підвищену тривожність, підозрілість та недовіру, страх бути обдуреним*. Із особистих якостей визначається зменшення з віком таких якостей, як честолюбство при одночасному зниженні товариськості та людинолюбства (М. М. Тульчинський). Якщо порівняти вияви емоційних переживань літніх та молодих людей, то з віком відбувається значне зменшення переживань у вигляді туги й печалі зі збільшенням тривоги, дратівливості, похмурості, страху (В. П. Єфименко). Виникненню афективних розладів сприяє поява “рольової невизначеності” й соціальної ідентичності.

К. Висневська-Рошковська виділяє такі основні “життєві позиції” літніх людей:

1. “Конструктивна” позиція. Люди з такою орієнтацією усе життя були спокійними і задоволеними. Вони позитивно ставляться до життя, здатні змиритися зі смертю, що наближається, активні й налаштовані на надання допомоги іншим. Із старості трагедії не роблять, шукають розваг та контактів з людьми.

2. “Залежна” позиція властива літнім людям, які все життя не цілком довіряли собі, були слабовільними, пасивними. Старіючи, вони ще з більшим зусиллям шукають допомоги, визнання, не отримуючи яке відчують себе нещасними.

3. “Захисна” позиція формується у людей з підвищеними механізмами опору. Вони не прагнуть зближення з людьми, не бажають отримувати від кого б то не було допомоги, тримаються замкнено, відгороджуючись від людей, приховуючи власні почуття. Старість сприймається ними з обуренням та ненавистю.

4. Позиція “ворожості до світу”. Це “гнівні старі”, схильні звинувачувати навколишніх та суспільство в усіх невдачах, які вони зазнали в житті. Такі люди підозрілі, агресивні, нікому не вірять, не хочуть від кого-небудь залежати, відчують відразу до старості, намагаються триматися за роботу.

5. Позиція “ворожості до себе і свого життя” виражається у пасивності, зниженні інтересів та ініціативи. Такі люди схильні до зниженого настрою і фаталізму, відчують себе самотніми й непотрібними. Своє життя вони вважають

невдалим, до смерті ставляться безболісно, як до позбавлення від існування. Коло інтересів по мірі старіння значно звужується і поступово людина схильна концентрувати свою увагу лише на собі й власних потребах (егоцентризм).

Тож специфічним психічним відхиленням літніх людей виступає “маячення збитку (обкрадання, псування)”.

Висновок. Слід враховувати знання про вікові особливості при проведенні експериментально-психологічного обстеження, діагностики психопатологічних симптомів і синдромів, а також при інтерв'юванні та наданні терапевтичної допомоги. У психічному та психологічному плані основною проблемою старості є самотність і внаслідок цього втрата необхідних і бажаних контактів, беззахисність перед навколишніми, що несе, як здається літнім, лише загрозу їх добробуту та здоров'ю.

Питання до лекції

1. Соціальні й біологічні складові нормального й аномального розвитку людини
2. Психічні особливості та психосоматичні розлади в період новонародженості та раннього дитинства.
3. Психічні особливості й психосоматичні розлади в дітей дошкільного та молодшого шкільного віку.
4. Психологічні особливості та психосоматичні розлади в підлітків.
5. Психологія та психопатологія раннього юнацтва.
6. Психологічні особливості осіб літнього й похилого віку.

Рекомендована література:

Основна: [1-3]

Допоміжна: [2,5,7]

Інформ. ресурси Інтернет: [1-4]

Міжнародні видання: [1,2]

ТЕМА 6. ПСИХІЧНЕ РЕАГУВАННЯ НА ЗАХВОРЮВАННЯ І ПСИХОЛОГІЯ СОМАТИЧНО ХВОРОГО

Мета. З'ясувати поняття “психосоматична медицина” та “внутрішня картина хвороби”. Викласти медико-психологічні аспекти соматичних хвороб,

порушення психіки при соматичних захворюваннях. Вивченню підлягають — класифікація, клініка та профілактика психосоматичних розладів особистості.

Ключові слова: *внутрішня картина хвороби, медико-психологічні аспекти, психосоматична медицина, клініка розладів, профілактика.*

Вступ. Увага клінічного психолога, який працює в соматичній клініці (непсихіатричного профілю), спрямована на психічні реакції людини, що захворіла тим чи іншим розладом. Значущим стає аналіз як їх клінічних особливостей і різноманітності, так і оцінка факторів, що сприяють виникненню у конкретної людини певного типу психічного реагування на власну хворобу.

План

1. “Внутрішня картина хвороби”
2. Медико-психологічні аспекти соматичних хвороб
3. Психосоматична медицина, порушення психіки при соматичних захворюваннях
4. Психоматичні й соматопсихічні розлади
5. Класифікація
6. Клініка
7. Профілактика.

Висновок

1. “Внутрішня картина хвороби”

Вважається, що тип реагування на соматичне захворювання пов’язаний насамперед з оцінкою пацієнтом його тяжкості. При цьому говорять про існування феномену “об’єктивної важкості хвороби” і “суб’єктивної важкості хвороби”. Практично неможливо кількісно оцінити важкість захворювання, не можна скласти реєстр важкості хвороб. Однак дозволено в межах етно- та соціокультуральної особливостей, рівня розвитку медицини говорити про те, що деякі захворювання тяжчі за інші (наприклад, на підставі критерію летальності, ймовірності інвалідності та втрати працездатності).

Для терапевта апріорно очевидно, що рак шлунка важче гастриту, для психіатра безсумнівно, що шизофренія важче неврозу. Отже, суїцидальна поведінка після постановки діагнозу онкологічного захворювання може бути розцінена як

адекватне або принаймні більш адекватне (“зрозуміле” у феноменологічному вираженні), ніж суїцид хворого на вазомоторний риніт.

У психіатрії прийнято вважати, що захворювання психотичного рівня якісно важче, соціально більш небезпечне (для самого пацієнта та для оточення), ніж непсихотичні. Втім є спірним: чи справді маніакальний стан при біполярному афективному розладі важче переживань хворого з контрастними нав’язливостями або психотична (реактивна або ендогенна) депресія важче невротичної депресії? Зрозуміло, що підходити до оцінювання параметра адекватності психологічного реагування на захворювання необхідно також з позиції феноменологічної, а не ортодоксальної. Більш значущим виявляється в цьому контексті суб’єктивно оцінювана пацієнтом тяжкість хвороби.

Своєю чергою, на вироблення суб’єктивного ставлення до тієї чи іншої хвороби впливають кілька факторів. *Суб’єктивне ставлення* до захворювання називається також “**внутрішньою картиною хвороби**” (Р. А. Лурія), концепцією хвороби, нозогнозією.

Сутність його полягає в інтелектуальній інтерпретації діагнозу захворювання, когнітивному оцінюванні його важкості й прогнозу та у формуванні на цій основі емоційного й поведінкового патерну. Для пацієнта внутрішня картина хвороби складається з розуміння механізмів виникнення неприємних і хворобливих відчуттів, оцінки їх значення для майбутнього, а також відреагування на хворобу у вигляді емоційних переживань і вибору способу дій і поведінки в нових для людини умовах.

Об’єктивна тяжкість хвороби — інформація про летальність після подібного розладу, ймовірності інвалідизації та хроніфікації хворобливого процесу є одним із чинників для формування внутрішньої картини хвороби. Однак зазвичай пацієнт рідко повністю довіряє медичним даним. Він схильний аналізувати ситуацію крізь призму суб’єктивної важкості хвороби, ґрунтуючись на відомих лише йому або його субкультуральній групі (сім’ї, мікроколективу) відношенню до захворювання.

Суб’єктивне ставлення до хвороби формується на базі безлічі факторів, які можна згрупувати в наступні групи: соціально-конституційну та індивідуально-

психологічну. Під соціально-конституційними параметрами розуміється вплив статі, віку та професії людини, під індивідуально-психологічними — вплив властивостей темпераменту, особливостей характеру та якостей особистості. Кожний із факторів має певні особливості.

Стать. Параметр статі людини впливає на суб'єктивне ставлення до хвороби та формування типу реагування на захворювання. До особливостей, що мають кореляції зі статтю людини, можна віднести відомі факти кращої переносимості жінками больового відчуття, станів тривалої обмеженості рухів або нерухомості. Цей факт може бути пояснений як психофізіологічними особливостями статі, так і психологічними традиціями ролі жінки й чоловіка у певних суспільствах і культурах. Відомо, що у народів країн Заходу вважається, що пологи пов'язані з одними із найсильніших больових відчуттів, які може відчувати людина. Внаслідок цього формується певне ставлення до болю, готовність її випробувати і власне виражені хворобливі відчуття жінок. Протилежне ставлення до пологів описується у жінок африканських народностей. Там жінка, яка очікує дитину, продовжує активно фізично трудитися, ставлячись до пологів як до звичайного явища не поєднаного з больовими відчуттями. Фактично подібна predisпозиція до больового відчуття сприяє легшому переносенню пологів.

Відомо, що чоловіки значно гірше, ніж жінки, емоційно переносять тривалий період обмеження рухів або повної нерухомості. Особливо яскраво це представлено в травматологічній клініці, коли пацієнтові доводиться перебувати у вимушеній позі упродовж кількох місяців. Фізична хвороба або каліцтво значно змінюють суб'єктивну цінність різних частин тіла.

Із психологічної точки зору, самооцінка людини і особливо виплеканий груповими традиціями і сімейним вихованням реєстр цінностей різних частин власного тіла здатні опинитися під впливом психотравмуючих факторів при виникненні будь-якого дефекту в “цінному органі”. За результатами деяких психологічних експериментів, найбільш “цінними” виявилися нога, око і рука. При цьому психічно хворі суб'єкти “дешевше” оцінювали тіло, ніж психічно здорові випробувані, а жінки — “дешевше”, ніж чоловіки.

В іншому дослідженні близько 1000 чоловіків і 1000 жінок повинні були кваліфікувати відповідно до їх значущості 12 частин тіла. Чоловіки оцінили статевий член, яєчка і язик як найважливіші. При цьому оцінювання не залежало від віку, тільки у людей похилого віку дещо нижчою була оцінка статевих органів. Оцінювання жінок виявилось менш визначеним тільки у тих, кому було за 70, язик стабільно опинявся на першому місці (Вейнштейн). Також було відзначено, що цінність окремих тілесних якостей може змінюватися під впливом суспільних процесів. Наприклад, у японок під час Другої світової війни в образі тіла повністю знецінилися груди, а ідеальною вважалася пласка грудна клітка (жінки носили чоловічу військову форму). Однак після війни під впливом західної культури образ тіла радикально змінився, і вже в 50-х роках японські жінки прагнули мати груди “голлівудських” розмірів.

Вік. Вікові особливості людини також істотно впливають на формування суб’єктивного ставлення до хвороби і становлення певного типу реагування на неї. Відомо, що для кожної вікової групи існує свій реєстр тяжкості захворювань — своєрідний розподіл хвороб із соціально-психологічної значущості й тяжкості. Для дітей, підлітків та молоді найважчими в психологічному відношенні являються хвороби, які змінюють зовнішній вигляд людини, роблять її непривабливою. Пов’язано це із системою цінностей, розстановкою пріоритетів, наявних у молодій людини, для якої найвищу цінність набуває задоволення основної потреби — “задоволеність власною зовнішністю”.

Таким чином, найважчі психологічні реакції можуть викликати хвороби, що не несуть з медичної точки зору загрози життю. До них належать будь-які хвороби, що змінюють зовнішність (шкірні, алергічні), призводять до каліцтва (травми та операції, опіки). Ні в якому іншому віці, як у підлітковому, не спостерігаються настільки важкі психологічні реакції людини на появу у неї на шкірі обличчя фурункулів. Яскравим прикладом відображення психологічної значущості зовнішності для самоствердження підлітка і молоді людини та реагування її на зовнішню непривабливість, пов’язану з хворобами, може слугувати існування тільки у цій віковій групі такого психопатологічного синдрому як дисморфоманія. Під дисморфоманічним синдромом розуміють помилкову переконаність людини

(частіше у дівчат) у наявності в неї каліцтва. Хибна впевненість зазвичай поширюється на оцінку повноти або диспропорцій тіла. Багато дівчат-підлітків вважають, що навколишні звертають на них увагу і навіть “підсміюються” у зв’язку з надмірною повнотою. Таке переконання штовхає дівчат на пошук способів схуднення. Вони починають катувати себе дієтами, голодуванням, важкими фізичними вправами. Йдеться про ті випадки, коли фактично за медичними критеріями не виявляється ознак надлишку ваги. Деякі пацієнтки, переконані в тому, що у них “потворна, що кидається в очі навколишнім” будова носа, очей або вух, ніг або рук, активно домагаються хірургічної корекції уявного дефекту.

Особи зрілого віку психологічно більш важко реагуватимуть на хронічні та інвалідизуючі захворювання. Це пов’язано також із системою цінностей і відображає спрямованість людини зрілого віку задовольняти такі соціальні потреби, як потреба у благополуччі, добробуті, незалежності, самостійності. Саме задоволення подібних потреб може бути заблоковано появою будь-якої хронічної або інвалідизуючої хвороби.

Психологічно важкими для осіб зрілого віку є такі хвороби, як онкологічні, хронічні соматичні захворювання тощо. Другою підвищено значущою групою захворювань для людини зрілого віку вважаються так звані “соромні” хвороби, до яких зазвичай відносять венеричні та психічні захворювання. Психологічна реакція на них пов’язана з переживаннями з приводу того, як зміниться соціальний статус і авторитет хворого такими хворобами у випадку, якщо про це стане відомо навколишнім.

Список “соромних” захворювань не вичерпується венеричними та психічними. До них може належати багато захворювань, що носять відтінок суб’єктивної непрестижності.

Наприклад, для деяких людей соромно хворіти (або вважатися хворим) гемороєм, соромно проводити переривання вагітності (аборт). Існують групи населення (передусім люди, які обіймають керівні пости), для яких соромними є хвороби серця (інфаркт), що пов’язано з можливістю просування по службі. Для літніх людей найзначущими є хвороби, які можуть призвести до смерті. Інфаркт,

інсульт, злоякісні пухлини страшні для них не тим, що можуть призводити до втрати працездатності, а тим, що асоціюються зі смертю.

Професія. Людина, особливо зрілого віку, дуже часто оцінює важкість хвороби, виходячи з впливу симптомів захворювання на його теперішню і майбутню працездатність. Значущим стає професійно зумовлена цінність того або іншого органу. Приміром, оперний співак може значно важче психологічно переживати з приводу ангіни або бронхіту, ніж гастриту чи виразки шлунка. Це пов'язано з тим, наскільки істотно впливають симптоми хвороби на якість виконання професійних обов'язків. Для спортсмена або людини, зайнятої активною фізичною працею, значущим може виявитися швидше остеохондроз хребта, ніж депресія, а для людини творчої професії — навпаки. Високоймовірно, що машиніст баштового крана гостріше буде переживати гіпертонічну хворобу й церебральний атеросклероз з частими кризами та симптомом запаморочення, ніж контролер.

Особливості темпераменту. Темперамент — це характеристика індивіда з боку динамічних особливостей його психічної діяльності, тобто темпу, ритму й інтенсивності окремих психічних процесів і станів. Суб'єктивне відчуття інтенсивності відчуття болю істотно впливає на ступінь зосередження уваги людини на цьому відчутті і, як наслідок, на її переносності. Крім того відомо, що екстраверти та інтраверти по-різному реагують на біль. На думку Айзенка, екстраверти сприймають усі рівні стимуляції (у тому числі больовий) менш інтенсивно, ніж інтраверти. Вважається, що сприйняття болю у різних людей залежить від їхніх “больових порогів”. У однієї людини через психофізіологічні особливості може бути низький поріг, і вона відчуває біль при незначному пошкодженні або впливі ззовні, тоді як в іншій — високий поріг, і вона відчуває біль лише при серйозному пошкодженні. Нерідко поріг больової чутливості корелює з рівнем емоційності. У межах відомих типів темпераменту більш низькі больові порогови в холерика і меланхоліка порівняно із сангвініком і флегматиком. *Складовою темпераменту є параметр загальної рухової активності або імпульсивності, тобто режим рухової активності, рухливість, швидкість рухів та інші моторні характеристики людини зумовлені спадковими психофізіологічними факторами.* Внаслідок цього обмеження рухливості або знерухомлених, викликані хворобою

(прикутість до ліжка, необхідність дотримуватися постільного режиму), можуть служити психологічною фрустрацією для осіб, руховий режим яких націлений на швидкість дій, схильність до інтенсивних фізичних навантажень. Деякі дослідники погану переносимість станів вимушеного обмеження рухів відносять до властивостей екстраверсії або інтраверсії.

Особливості характеру.

Феноменологічна та синдромологічна оформленість типу психічного реагування на захворювання ґрунтується на особливостях характеру людини. Тип акцентуації може визначати вибір того чи іншого типу реагування. Слід визнати, що суб'єктивне ставлення до хвороби формується на підставі сімейного виховання і, зокрема, виховання ставлення до хвороб, способів переносності хвороб, визначення місця параметра здоров'я-хвороба в ієрархії цінностей дитини. Існують дві протилежні сімейні традиції виховання суб'єктивного ставлення до хвороб — “стоїчна” та “іпохондрична”. У межах “стоїчної” традиції дитина постійно заохочується до поведінки, спрямованої на самостійне подолання недуг, поганого самопочуття. Її хвалять, коли вона, не звертаючи увагу на наявну біль, продовжує займатися тим, чим займалася до її виникнення. “Стоїчна” традиція ґрунтується на гаслі “Не скиглити”. Протилежна їй сімейна традиція формування надцінного відношення до здоров'я. Коли батьками заохочується уважне ставлення до стану свого здоров'я, ретельність в оцінюванні хвороби, виявлення у себе перших ознак захворювання. У сім'ї дитина навчається при щонайменшій зміні самопочуття звертати власну увагу та увагу навколишніх (спочатку батьків, а потім вихователів, учителів, подружжя та інших осіб) на хворобливі вияви. Девізом у подібному випадку слугує вислів “Будь пильний, в іншому випадку захворієш і помреш”. Сімейні традиції визначають своєрідне ранжування хвороб за ступенем їх тяжкості. *Наприклад*, до найважчих можуть відноситися не “об'єктивно” важкі, а ті, від яких найчастіше помирили або якими частіше хворіли члени сім'ї.

Таким чином, суб'єктивно найбільш значущою хворобою може виявитися гіпертонічна хвороба, а не рак чи психічне захворювання. Крім того, в сім'ї, де є прецеденти тривалої і стійкої ремісії після лікування онкологічного захворювання

або навіть одужання, подібна хвороба може виявитися менш психологічно важкою, ніж у родині з протилежною традицією, заснованою на власних спостереженнях.

Особливості особистості.

До особистісних особливостей, звичайно, належать ціннісні орієнтації людини, її моральноетичні критерії та інші соціально зумовлені феномени. Насамперед серед особистісних особливостей, що впливають на формування суб'єктивного ставлення до хвороби, слід виділити світогляд та філософську позицію з приводу сенсу життя та життя після смерті. Психологічні реакції на захворювання глибоко різняться у віруючих людей та атеїстів. Найчастіше віруючі більш адекватно, психологічно комфортно відносяться до хвороб, що призводять до смерті (“Бог дав, Бог узяв”). Атеїсти ж нерідко реагують неадекватно на інформацію про хворобу, яка може призвести до втрати працездатності або навіть до смерті. Вони починають шукати винуватців захворювання, створюють навколо себе ворожу обстановку й самі психологічно неадекватно реагують на все. Виокремлюють кілька світоглядних установок щодо походження захворювань:

- хвороба як кара;
- хвороба як випробування;
- хвороба як наука іншим;
- хвороба як розплата за гріхи предків.

Усі вказані трактування походження хвороб засновані на вірі у зв'язку між поведінкою людини, його моральністю та виникненням у неї недуги. При цьому підкреслюється пасивна роль індивіда. Він не здатний протистояти хворобі за винятком можливості кардинально змінити свою поведінку й спокутувати провину та замолити гріхи. Іншою групою світоглядних установок є сприйняття хвороби як викликані спадковими або середовищними причинами:

- хвороба як неминучість;
- хвороба як збіг обставин;
- хвороба як власна помилка.

У межах такого світогляду всі процеси (в тому числі й походження хвороб) розглядаються крізь призму зовнішньої або внутрішньої заданості. Багато людей переконані в тому, що “погана спадковість” є фатальним фактором у генезі

захворювань. Усе, що відбувається з людиною, трактується представниками цієї позиції, базуючись на спадково-конституціональному принципі причинності (“І твій батько так кульгав”, “Уся в матір — далекозорість”). Протилежна тенденція повністю заперечувати значення спадковості і розглядати виникнення хвороби, ґрунтуючись на зовнішніх факторах та поведінці людини (“Говорила тобі — не жуй жуйку — через це захворів на СНІД”). Обидві представлені позиції відображають побутову думку, і є вкрай стійкими та консервативними. Позиція “Сам винен” зазвичай пов’язана з “локусом контролю” людини.

Третя світоглядна платформа оцінювання механізмів походження захворювань базується на містичному підході до процесів етіопатогенезу:

- хвороба внаслідок заздрощів;
- хвороба внаслідок ревнощів.

У межах подібного підходу джерела хвороб бачаться в упередженому ставленні близьких, які оточують (сусіди, знайомі, родичі, товариші по службі), до людини. Процес виникнення хвороб розглядається як екстраполяція “негативної енергії” ревнощів або заздрощів.

Таким чином, можна відзначити поширення містичного тлумачення походження хвороб, відсутність у багатьох пацієнтів наукового підходу до аналізу причин його захворювання.

До особливостей особистості, що впливає на вибір типу психологічного реагування на захворювання, відносяться й забобони. Спектр забобон широкий і включає містичне (ірраціональне) тлумачення витоків хвороби (“наврочили”, “навели порчу”, “подіяв енергетичний вампір” та ін.). Містична концепція хвороби носить характер переконаності, пацієнт не здатний критично оцінювати свої висловлювання і вимагає від лікаря не лікування, а “зняття порчі” та інших містичних маніпуляцій.

Ставлення до хвороби містить у собі когнітивний, емоційний і поведінковий компоненти (Л. І. Вассерман).

Когнітивний — включає знання про хворобу, її усвідомлення, розуміння її ролі та впливу на життєве функціонування хворого, передбачуваний прогноз; емоційний — відчуття й переживання хвороби та всієї ситуації, з нею пов’язаної;

поведінковий — пов'язані з хворобою реакції, що сприяють адаптації або дезадаптації до неї та відпрацювання певної стратегії поведінки у життєвих ситуаціях у зв'язку з хворобою (прийняття ролі хворого, активна боротьба з хворобою, ігнорування, песимістичні установки тощо).

А. Е. Лічко виділив такі типи психологічного реагування на захворювання: **Гармонійний тип**. Тверезе оцінювання свого стану без схильності перебільшувати його тяжкість та без недооцінки тяжкості хвороби. Прагнення в усьому активно сприяти успіху лікування. Небажання обтяжувати інших доглядом за собою. У разі несприятливого прогнозу в сенсі інвалідизації — переключення інтересів на ті сфери життя, які залишаються доступними хворому. При несприятливому прогнозі — зосередження уваги, турбот, інтересів, на долі близьких, своїй справі. При гармонійному типі психічного реагування важливим є реалізм у сприйнятті симптомів та розумінні тяжкості захворювання. При цьому пацієнт повинен спиратися у своїх реакціях на відомі науці (медицині) факти про можливість лікування від конкретної хвороби, про походження симптомів тощо. Активності людини протистоїть при дисгармонійних типах психічного реагування **пасивність**, за якої пацієнт як би “вручає себе медичному працівнику”, не докладаючи власних зусиль для оздоровлення. Пацієнт при пасивному відношенні розцінює свій організм як апарат, машину, технічний механізм, річ, яку він здає в ремонт і пасивно очікує повернення речі “як новенької”. Безсумнівно значущим є й небажання хворого обтяжувати інших тягарем догляду за собою, що впливає з принципових положень гармонійного характеру й особистості.

Гармонійний пацієнт розуміє, що з появою у нього хвороби близькі йому люди знайшли нову додаткову турботу. Як гармонійна людина, він не має права вимагати від них цього піклування. Він може лише чекати її і приймати в тому обсязі, який вони готові йому надати.

Тривожний тип. Безперервне занепокоєння і недовірливість щодо несприятливого перебігу хвороби, можливих ускладнень, неефективності і навіть небезпеки лікування. Пошук нових способів лікування, додаткової інформації про хворобу, можливі ускладнення, методи терапії, безперервний пошук “авторитетів”.

На відміну від іпохондрії більше цікавлять об'єктивні дані про хворобу (результати аналізів, висновки фахівців), ніж власні відчуття.

Тому вважають за краще більше слухати висловлювання інших, ніж без кінця пред'являти свої скарги. Настрій насамперед тривожний, пригніченість виникає унаслідок цієї тривоги. Тривожний тип психічного реагування на захворювання є одним із типових. Він базується на тому, що з'являється у зв'язку із захворюванням і зміною буденного перебігу життя. Тривога проектується в майбутнє і викликана часто побоюваннями, що хвороба надовго й істотно змінить звичний стереотип життя. Виявом тривоги може бути підвищений інтерес пацієнта до медичної літератури, прискіпливість до медичного персоналу, націленість на повторну перевірку отримуваних від лікарів відомостей про його хворобу.

Іпохондричний тип. Зосередження на суб'єктивних хворобливих та інших неприємних відчуттях. Прагнення постійно розповідати про них навколишнім, на їх основі перебільшення дійсних і вишукування неіснуючих хвороб і страждань. Перебільшення побічної дії ліків. Поєднання бажання лікуватися і невіра в успіх вимоги ретельного обстеження та побоювання щодо шкідливості й болючості процедур. Пацієнт з іпохондричним типом реагування схильний до егоцентризму. Він не здатний стримуватися під час бесіди з будь-якою людиною і звертає увагу співрозмовника на незвичність і важкість наявних хворобливих ознак. Іпохондрик відчуває полегшення, якщо співрозмовник ставиться до нього співчутливо. Крім того, при такому типі реагування з'являється схильність до деталізації свого самопочуття при описі його лікарям або іншим слухачам. Мотивом докладного викладу власних скарг є страх пропустити щось важливе, істотне для розуміння спеціалістом його стану й правильної діагностики. Реакція іпохондрика викликає недовіру до його скарг з боку навколишніх, підозру в симуляції і перебільшенні тяжкості розладів з метою отримати з цього вигоду. Меланхолійний тип. Пригнічений хворобою, невіра в одужання, у можливе поліпшення, в ефект лікування. Активні депресивні висловлювання аж до суїцидальних думок. Песимістичний погляд на все навколо. Невіра в успіх лікування навіть за сприятливих об'єктивних даних.

Меланхолійний, або депресивний тип реагування на хворобу нерідко зумовлений наявною у пацієнта негативною інформацією про можливості лікування від недуги. Нерідко він зустрічається у медичних працівників у силу їх різноманітних знань, отриманих у процесі навчання й практики. Націленість на найгірший результат, нездатність бачити й використовувати механізми саногенезу призводять до песимістичної оцінки майбутнього, невіри в можливість лікування та суїцидальних намірів. Апатичний тип. Повна байдужість до своєї долі, до результатів лікування. Пасивне підпорядкування процедурам і лікуванню при наполегливому спонуканні з боку. Втрата інтересу до всього, що раніше хвилювало.

Апатичний тип психічного реагування правильніше позначити як гіпопатичний, оскільки істинної і повної байдужості у пацієнта не відзначається. Байдужість зазвичай зумовлена депресією і фіксацією на власному стані. У пацієнта пропадає інтерес щодо всіх сторін життя за винятком здоров'я.

Неврастенічний тип. Поведінка за типом “дратівливої слабкості”. Спалахи роздратування, особливо при болях, при неприємних відчуттях, при невдачах лікування, при несприятливих даних обстеження. Роздратування нерідко виливається на першого-ліпшого і завершується часто каяттям та сльозами. Непереносність больових відчуттів. Нетерплячість. Нездатність чекати полегшення. У подальшому — каяття за нестриманість. Неврастенічний (більш правильно — астенічний) тип реагування є найпоширенішим і неспецифічною відповіддю організму й особистості на захворювання. Його основою є дратівливість, що виникає як на фізичні явища (яскраве світло, голосні звуки, різкі запахи), так і на ставлення навколишніх. Пацієнт стає примхливим, вимогливим. Він шукає ласки, участі, заспокоєння. Схильний до спалахів гніву, якщо його очікування щодо поведінки тих, хто його оточує, не виправдовуються (“Ви спеціально галасуєте, хочете мене в труну звести”, “Вам байдужа доля мами”).

Обсесивно-фобічний тип.

Тривожна помисливість насамперед стосується побоювань не реальних, а малоймовірних ускладнень хвороби, невдач лікування, а також можливих (але маловірогідних) невдач у житті, роботі, сімейній ситуації у зв'язку з хворобою. Уявні небезпеки хвилюють більше, ніж реальні. Захистом від тривоги стають

прикмети і ритуали. При obsесивно-фобічному реагуванні на хворобу домінуючими стають нав'язливі думки, побоювання і, особливо, ритуали. Пацієнт стає забобонним. Він надає великого значення дрібницям, які перетворюються для нього на своєрідні символи (наприклад, розцінює шанси свого лікування залежно від того, у якому порядку увійдуть в його палату лікар і медична сестра, від того, тролейбус якого маршруту підійде до зупинки раніше). Невротичні ритуали пов'язані з підвищеною тривожністю пацієнта і спрямовані на захист від них.

Сенситивний тип.

Надмірна занепокоєність можливим несприятливим враженням, яке можуть справити на навколишніх відомості про свою хворобу. Побоювання, що навколишні стануть уникати, вважати неповноцінним, зневажливо ставитися, розпускати плітки або несприятливі відомості про причини й природу хвороби. Побоювання стати тягарем для близьких через хворобу, недобррозичливе ставлення з їхнього боку у зв'язку з цим. Основою сенситивного ставлення до хвороби є рефлексивний стиль мислення, орієнтація на думку й оцінку тих, хто оточує. У зв'язку з цим істотним стають не власні хворобливі або неприємні відчуття унаслідок хвороби, а реакція на інформацію про хворобу з боку референтної групи. Такі пацієнти схильні до вибачення. Вони нерідко на шкоду своєму здоров'ю соромляться звертатися до лікаря або медичної сестри (“Навіщо їх відволікати через дрібниці”) навіть у випадках загрозливого для життя стану. Відзначається боязкість, сором'язливість, підвищена скромність таких пацієнтів.

Егоцентричний тип.

“Занурення у хворобу”, виставлення напоказ близьким та навколишнім своїх страждань і переживань з метою повністю заволодіти їхньою увагою. Вимога виняткової турботи — усі повинні все забути і кинути та піклуватися лише про хворого. Розмови навколишніх швидко переводяться “на себе”. В інших людях також вимагають уваги й турботи, бачать лише конкурентів і ставляться до них неприязно. Постійне бажання показати своє особливе становище, свою винятковість щодо хвороби. Егоцентричний тип реагування іноді називають істеричним, оскільки основним мотивом поведінки людини стає привернення до власної персони уваги інших людей. “Втеча у хворобу” нерідко використовується

ними для докорів і шантажу навколишніх. Скарги описуються хворими дуже барвисто і супроводжуються манірною жестикуляцією та вираженою мімікою. Емоції пацієнта носять гротескний характер.

Ейфорійний тип.

Необґрунтовано підвищений настрій, нерідко наганий. Зневага, легковажне ставлення до хвороби та лікування. Надія на те, що “саме собою усе обійдеться”. Бажання отримувати від життя усе, незважаючи на хворобу. Легкість порушень режиму, хоча ці порушення можуть несприятливо позначатися на перебігу хвороби. Ейфорійний тип відображає безпечність людини щодо власного здоров'я. Вона стає награно весела, балакуча, метушлива. Подібне реагування може носити захисний характер або відображати характерологічні особливості.

Анозогностичний тип.

Активне відкидання думок про хворобу, про можливі її наслідки. Невизнання себе хворим. Заперечення очевидного у виявах хвороби, приписування їх випадковим обставинам чи іншим несерйозним захворюванням. Відмова від обстеження та лікування. Бажання “обійтися своїми засобами”. Випадки невиконання себе хворим і заперечення наявності у себе симптомів хвороби (анозогнозія) досить часті. Вони можуть відображати внутрішнє неприйняття статусу хворого, небажання помічати реальний стан речей. З іншого боку, вони можуть відображати оману людини з приводу значущості ознак хвороби. Активне невиконання себе хворим зустрічається, наприклад, при алкоголізмі, оскільки сприяє ухиленню від лікування.

Ергопатичний тип.

“Втеча від хвороби в роботу”. Навіть у разі тяжкості хвороби і страждань намагаються продовжувати працювати. Трудяться із ще більшим завзяттям, ніж до хвороби, роботі віддають весь час, намагаються лікуватися та проходити обстеження так, щоб це залишало можливість продовження роботи. Деякі пацієнти розцінюють будь-яку недугу через призму виклику своєму “Я”. Тому вони намагаються не піддаватися хворобі, активно переборюють себе, долають нездужання і болі. Їх позиція полягає в тому, що немає такого захворювання, якого не можна було б подолати самотужки. При цьому часто такі пацієнти є

принциповими противниками ліків (“Я за своє життя жодного разу анальгетиків не приймав” — з гордістю говорять вони).

Паранойяльний тип.

Упевненість у тому, що хвороба є результатом чийогось злого наміру. Крайня підозрілість до ліків і процедур. Прагнення приписувати можливі ускладнення лікування або побічні дії ліків недбалості або злого наміру лікарів і персоналу. Звинувачення та вимоги покарань у зв’язку з цим. Паранойяльний (у даному контексті — маячноподібний) тип реагування відображає світоглядну позицію хворого, який вбачає таємний сенс його хвороби й причин її виникнення. Цей тип реагування виникає переважно на ґрунті особистісних особливостей.

Висновок. У психіатрії прийнято вважати, що захворювання психотичного рівня якісно важче, соціально більш небезпечне (для самого пацієнта та для оточення), ніж непсихотичні. Зрозуміло, що підходити до оцінювання параметра адекватності психологічного реагування на захворювання необхідно також з позиції феноменологічної, а не ортодоксальної.

Питання до лекції

1. Співвідношення об’єктивного і суб’єктивного аспектів захворювання.
2. Поняття “внутрішньої картини хвороби”.
3. Особливості психічного реагування на патологію залежно від статі, віку, професії, темпераменту, характеру, особистісних нюансів.
4. Світоглядні й забобонні основи та установки в контексті наявності соматичної патології.
5. Можливості психологічної допомоги та психокорекції.

Рекомендована література:

Основна: [1-3]

Допоміжна: [2,3,4,6,7]

Інформ. ресурси Інтернет: [1-3]

Міжнародні видання: [1,2]

ТЕМА 7. ПСИХОСОМАТИЧНІ Й СОМАТОПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ (4ЧАС)

Мета. Викласти типи психічного реагування на хворобу й психологію поведінки соматичного пацієнта. Довести місце психічного фактора в соматичній патології. З'ясувати передумови формування психосоматичних захворювань. Вивченню підлягають психологічні особливості хворих при різних соматичних захворюваннях, дефектах тіла й органів чуття.

Ключові слова: *психоматичні й соматопсихічні розлади, етіологія і патогенез, фізіологічні реакції*,

Вступ. У “Хармідах” Платон писав: “...найбільшою помилкою у лікуванні хвороб є те, що існують лікарі для тіла і лікарі для душі, оскільки одне невіддільне від іншого... Бо там, де ціле відчуває себе погано, частина його не може бути здоровою”. Понад 2000 років тому гіппократівська школа “Коса” протиставила динамічно-гуморально-духовну (за своєю сутністю — психосоматичну) концепцію *механістично-органному* спрямуванню школи Кнідоса.

План

1. Психосоматичні й соматопсихічні розлади. Етіологія і патогенез.
2. Класифікація
3. Клініка
4. Профілактика

Висновок

1. Психоматичні й соматопсихічні розлади.

Знамениті філософи Декарт, Спіноза, Лейбніц підтвердили перспективність поглядів Платона, Коса та їхніх послідовників. Так, Декарт розвинув теорію психофізичного дуалізму, створивши вчення про взаємозв'язок тіла і свідомості. Спіноза в антропологічній теорії стверджував, що все, що відбувається з тілом, має відповідність у душі, а власне душа є нічим іншим, як “ідеєю тіла”. Лейбніц підґрунтям психофізичної взаємодії вважав гармонію тілесних і душевних процесів. Ці та багато інших історичних наукових орієнтацій стали основою сучасних поглядів на психосоматичні і соматопсихічні розлади.

Психосоматичними (термін запропонував Гейнрот, 1918) називають вторинні функціональні та органічні розлади внутрішніх органів і систем, першопричиною виникнення та загострення яких виступають психологічні чинники.

Соматопсихічними (термін Якобі, 1822) є психічні розлади, що розвиваються вторинно під час соматичних недуг і не стосуються мозку. До останніх належать хворобливі стани серцево-судинної, дихальної, травної, сечостатевої, ендокринної систем, опорно-рухового апарату, очей, крові, шкіри, а також екстракраніальні онкологічні захворювання, патологія вагітності і післяпологового періоду та ін.

Етіологія і патогенез

Для розуміння причин і механізмів розвитку розглядуваних розладів доцільно нагадати особливості нормальних психосоматичних відношень. Тільки засвоївши їх, вдається визначити ту хитку межу між нормою і патологією.

У нормі взаємовплив психіки і соми найвиразніше виявляється під час емоційних реакцій. Скажімо, радощів, гніву, страху тощо. Коли людина надто схвильована, ми кажемо: “стиснулося серце”, “підкотив клубок до горла”, “став блідим або почервонів”, “упав камінь із серця” та ін. Усі ці образні вислови вказують на соматичні зміни, що виникають під час емоційних переживань. Спостерігаються психосоматичні відхилення від емоційного компонента. Наочно продемонстрували подібну реакцію малолітні бешкетники, які прогулювалися перед духовим оркестром з лимонами в руках, чим змусили музикантів припинити грати — надто посилювалося слиновиділення. Останній приклад вказує на можливість психосоматичних реакцій, що виникають за участі першої сигнальної системи. Однак початковим пунктом може бути і дія через другу сигнальну систему. *Наприклад*, під час словесного опису лимона вторинно виникає в уяві його образ, а відтак — і відповідна реакція соматичної сфери.

Фізіологічні реакції на психічні процеси можуть відбуватися в різних органах і системах організму:

- серцево-судинній (зміни серцебиття і кров'яного тиску, звуження або розширення судин, унаслідок чого людина блідне або червоніє);

- дихальній (прискорення, сповільнення, затримка);
- травній (посилення або сповільнення моторики шлунка і кишечника, нудота, блювання, посилення або припинення виділення слини);
- статевій (ерекція, люмбрикація та ін.);
- м'язовій (тремтіння, заціпеніння, збудливість) тощо.

Як приклад поєднання соматопсихічних процесів можна навести відчуття голоду, що виникає за порожнього шлунка. З'являються невдоволення, напруження, підвищується психічна і фізична активність, що спрямована на досягнення відчуття ситості. Відповідною точкою фізіологічного механізму цього відчуття є гіпоглікемія, що розвивається під час недостатнього надходження їжі до організму. Деяким чином вона впливає на клітини мозку. Схожі психічні зміни відбуваються і через дефіцит в організмі рідини, коли людина відчуває спрагу. *Психосоматичні взаємини* можуть набувати і стійкого патологічного характеру. *Наприклад*, відчуття страху зумовлює серцебиття, що, своєю чергою, наводить на думку про ураження серця. Така підозра сприяє збільшенню страху і посиленню неприємних відчуттів у ділянці серця. Тут йдеться про так званій позитивний зворотний зв'язок. Характер цих взаємин багато в чому залежить від конституційних особливостей суб'єкта. Так, у відповідь на емоційне навантаження можуть виникати серцево-судинні реакції, реакції з боку органів травлення або ж м'язові та ін. Можна навести чимало прикладів незвичних виявів патологічних психосоматичних впливів.

Так, Кеннон спостерігав у Центральній Африці плем'я вуду, яке упродовж багатьох поколінь існувало ізольовано. Зрештою його члени так звикли один до одного, що найстрашнішим покаранням було відлучення від племені. Це була справжнісінька катастрофа для психіки нещасних — через кілька днів самотності вони гинули без будьякого фізичного насильства. Найімовірніша причина смерті — зупинка діяльності серця внаслідок аритмії і коронарного спазму. Таку раптову смерть було названо на честь племені — “смерть вуду”. Цікавий випадок трапився з французьким письменником Флобером. Описуючи картину отруєння героїні свого роману миш'яком, він так яскраво уявив собі це, що деякі ознаки отруєння виникли у нього самого.

Моделі подібних відносин розглядалися і під час експериментів. Так, у Сухумському мавп'ячому заповіднику спостерігали стійкі судинні зміни у самців мавп після розлучення із самкою, з якою вони довго жили в одній клітці. Самку садовили в клітку іншого самця. І той на очах у колишнього “чоловіка” упадав за самкою. Через тривале “обурення” у ревнивця виникало нервово перенапруження, а згодом і стійко підвищувався артеріальний тиск. Цінні дані отримали під час спостереження за хворими з фістулою шлунка. Вивчали зміни слизової оболонки. У стані розчарування, емоційного пригнічення, душевного дискомфорту, обурення або гніву посилюється діяльність шлунка, червонішає слизова оболонка і змінюється активність його секреторної функції. Якщо названі емоційні стани підтримуються тривалий час, збільшується ламкість тканинних мембран. А повторні психотравмівні ситуації призводять до появи ерозій на слизовій оболонці, цяткоподібних крововиливів, а нерідко — і до пептичної виразки шлунка.

Етіологія і патогенез психосоматичних розладів досі з'ясовані не остаточно, напевно, їхній генез має багатofакторний характер. Різноманітні ланки пояснює теорія специфічності, що вказує на особливі (неусвідомлені) конфлікти, що зумовлюють специфічні розлади (Ф. Александер).

Існують також певні особистості, для яких є типовими ті чи ті групи психосоматичних захворювань (Ф. Данбар). За неспецифічною теорією, будь-який стрес може спричинити патологічні зміни в генетично ослабленому, “шоковому органі”.

За теорією Г. Сельє, надмірна секреція кортизолу внаслідок реакції системи гіпоталамус – гіпофіз – надниркова залоза на стрес призводить до структурних змін в органах і системах. Дж. Енгл вказує на появу в деяких особистостей у відповідь на стресогенну ситуацію “комплексу капітуляції” (пригнічений настрій, безпорадність та безнадія), що порушує гомеостатичну рівновагу, збільшуючи сприйнятливність до інфекційних та інших патогенних чинників. Значний вклад внесли теорії кортико-вісцеральних взаємодій (розвивають ідеї невризму та умовних рефлексів, за І. П. Павловим) та функціональних систем П. Анохіна тощо.

2. Класифікація

Першим найповнішу класифікацію психосоматичних розладів запропонував Е. Блейлер (1970), який розподілив їх на **три види**.

1) Класичні психосоматози, тобто психосоматичні захворювання, що супроводжуються органічною патологією внутрішніх органів і систем. До них належать есенціальна гіпертензія, або ідеопатична (не пов'язана з інфекцією або фізичним подразненням), пептична виразки шлунка. Сюди зараховують також ішемічну хворобу серця, бронхіальну астму, що виникають після ситуацій-стресів, запальні процеси кишечника (хвороба Крона, неспецифічний виразковий коліт), нейродерміт, ідеопатичну кропив'янку, деякі патології ендокринної системи та ін. Ця група є нечисленною.

2) Функціональні психосоматичні розлади, які спостерігаються найчастіше. Вони мають стійкий перебіг. У деяких випадках їх відносять до так званих системних неврозів. Ідеться про функціональні кардіальні реакції (деякі різновиди аритмії, стенокардії, коронарних спазмів), синкопе (непритомність), гіпотензію, головний біль, хворобу Рейно, заїкання, енурез, невротичний тик, блювання, синдром подразнення товстої кишки, більшість форм сексуальних порушень, функціональну неплідність та ін.

3) Психосоматичні розлади в широкому (непрямому) розумінні. Здоров'я порушується через особливості поведінки людини, що пояснюється характером особистості та її переживаннями. Тут слід назвати схильність до фізичних травм, опіків, так званого психогенного ожиріння, алкоголізму, токсикоманії тощо. Слід зауважити, що Буреш на підставі узагальнення досвіду понад 70 досліджень дійшов висновку, що люди, які схильні до виробничого або побутового травматизму, зазвичай недисципліновані, безвідповідальні, неточні та недбалі.

У багатьох осіб гіперфагія (ненажерливість) ослаблює відчуття тривоги. Якість та кількість їжі також може стати індикатором психосоціальної позиції. *Наприклад*, Н. Мейлер стверджує: "Політики не можуть бути худими. Худі люди на високих посадах не викликають довіри. У народів, які довго потерпали від голоду, їжа нерідко відіграє роль винагороди. Її велика кількість є ознакою гараздів, престижності. Прагнення потовстішати може бути захистом від небажаного одруження, компенсацією за поразку в соціальних відносинах".

Показовим щодо цього є приклад, який наводять Р. Конечний і М. Боухал (1983). Вони наводять слова однієї надто огрядної жінки: “Ви дивуєтеся, що я люблю попоїсти? Та хіба у мене є на світі що-небудь, окрім їжі?”

Причини формування стану психічної залежності від токсичних речовин (алкоголь, деякі препарати, тютюн та ін.) передусім пов’язані з особливостями характеру людини, її переживаннями, мікро- та макросоціальним оточенням. На другій стадії хвороби формується фізична залежність. Її наслідком можуть бути найрізноманітніші органічні соматичні відхилення.

При *курінні* спостерігаються помірні локальні зміни у верхніх дихальних шляхах і вища захворюваність на легеневі та серцево-судинні недуги.

При *алкоголізмі і наркоманії* — токсичний міокардит і міокардіодистрофія, гепатит і цироз печінки, панкреатит, поліневрит, енцефалопатія та багато інших змін, що нерідко спричинюють смерть.

Б. Лубан-Плоцца та інші науковці (1977) розрізняють такі групи психосоматичних розладів: психосоматози, функціональні синдроми (аналогічно Блейлеру), конверсійні симптоми.

Конверсійні симптоми виникають у відповідь на невротичний конфлікт, мають символічний характер і виявляються, головним чином, патологічними феноменами, що зачіпають діяльність органів чуття (амаврозом, сурдомутизмом, бодем, анестезією) або порушують моторику (параліч, парези, судоми, астазія, абазія, блювання, афонія, істеричний клубок) та ін.

Поняття “**психосоматика**” об’єднує низку феноменів, що їх складно сформулювати однозначно. Однак можна виділити два аспекти: психосоматичні розлади та психосоматичну медицину. Психосоматична медицина визначає загальний підхід до надання медичної допомоги, концептуальною основою якої є комплексність соматопсихосоціальної взаємодії під час розвитку, в процесі перебігу та терапії хворих.

У DSM-IV психосоматичні розлади позначають категорію — “Психологічні фактори, що впливають на соматичний стан”. Сюди належать також розлади, що мають загальносоматичні симптоми, які зумовлені емоційними чинниками або сприяли їх появі. Зазвичай ідеться про систему окремих органів, діяльність яких

контролює вегетативна нервова система. Наприклад, атопічний дерматит, поперековий біль, бронхіальна астма, гіпертензія, мігрень, виразкова хвороба і коліт.

У МКХ-10 термін “психосоматичні” не використовують, щоб не склалася думка, що на розвиток інших захворювань не впливають психологічні чинники. Розлади, описані в інших класифікаціях як психосоматичні, можуть бути схарактеризовані в наступних категоріях.

F45 — соматоформні розлади;

F50 — розлади в прийманні їжі;

F52 — сексуальна дисфункція;

F54 — психологічні й поведінкові чинники, пов’язані з розладами або захворюваннями, класифіковані в інших розділах. Особливо важлива категорія

F54, яку використовують для позначення емоційного походження фізичних розладів, класифікованих в інших (не про психічні розлади) розділах

МКХ-10. Наприклад:

астма (F54 плюс J45);

дерматит і екзема (F54 плюс L23 — L25);

кропив’янка (F54 плюс L40);

виразкова хвороба шлунка (F54 плюс K25);

мукозний коліт (F54 плюс K58);

виразковий коліт (F54 плюс K54).

Поділ хвороб на психічні, соматичні, психосоматичні і соматопсихічні умовний. За будь-якого з названих варіантів хворобливих станів уражується весь організм. При цьому на всіх етапах розвитку хвороби численні зміни об’єднуються в патологічні комплекси за типом своєрідного “зачарованого кола”.

Нейрофізіологія психічних розладів. Психічні розлади виникають під дією на мозок як соматогенних (інфекційно-алергічних, обмінних, судинних, інтоксикаційних, гіпоксичних та інших патологічних чинників, притаманних цій соматичній патології), так і психогенних впливів, тобто усвідомлення хворим своєї недуги, що загрожує життю. Крім того, психогенно травмівним є погіршення через соматичну хворобу соціального статусу або взаємин у сім’ї, на роботі тощо. Своєю

чергою, психічні розлади, порушуючи центральну й периферичну вегетативну регуляцію внутрішніх органів і систем, зумовлюють функціональні, а потім нерідко й органічні зміни в соматичній сфері, особливо в ділянках генетично ослаблених органів або внаслідок перенесеного в минулому патологічного процесу.

Вторинний несприятливий вплив на внутрішні органи може виявлятися неадекватною загальному стану поведінкою хворого, яка пояснюється неправильною особистісною реакцією. Скажімо, пацієнт з ішемічною хворобою серця, будучи впевненим у тому, що у нього інфаркт міокарда, попри рекомендації лікаря, “приковує” себе до ліжка. При цьому через гіпокінезію погіршуються функції міокарда і судин серця. Аналогічно пояснюють контрактури та інші патологічні зміни у хворих на поліартрит. Іноді неадекватне ставлення пацієнтів до недуги, приміром, надмірна активність, поглиблює зміни в соматичній сфері.

Обмеження низки соціальних функцій, наприклад, втрата через хворобу емоційно значущих контактів або припинення звичної інтелектуальної діяльності, звуження кола соціальних зв'язків тощо, є психогенно травмівними чинниками. Вони негативно позначаються на психічній діяльності, а отже, на стані внутрішніх органів. Подібні хворобливі комплекси передусім формуються в осіб з відповідною конституційно-типологічною схильністю, оскільки у них знижена резистентність до стресогенних впливів. Насамперед тут ідеться про людей з акцентуїтованим, інфантильним та психопатичним типами особистості. Найчастіше спостерігається неадекватне ставлення до недуги. *Наприклад*, розвивається іпохондрія, за якої пацієнт драматизує свій стан, безпричинно вважаючи, що тяжко, невиліковно, навіть смертельно хворий. Однак бувають й інші ситуації, коли він анозогнозично ставиться до своєї недуги. Всупереч порадам фахівців, поводить себе легковажно, не усвідомлюючи небезпеки, не дотримується режиму тощо.

Спостерігаються також депресивні, істероїдні та інші варіанти неадекватного реагування на повідомлення про соматичне захворювання. У такому разі йдеться про негармонійний тип “внутрішньої картини хвороби” (Л. А. Лурія). Психологічні й психопатологічні чинники ускладнюють соматичну патологію. Це є однією з причин її хронічного перебігу, “відхилення” від типових схем розвитку, що ускладнює надання медичної допомоги, негативно позначається на ефективності

лікування, профілактики й реабілітації. За етіопатогенетичними та клініко-динамічними ознаками соматопсихічні розлади класифікують (О. К. Напреєнко, 1995) як непсихотичні, психотичні та дефективно-органічні.

Непсихотичні — невротичні, психопатичні, неврозоподібні та психопатоподібні розлади (астенічний, астено-депресивний, астено-іпохондричний, астено-абулічний, астено-апатичний, тривожно-фобічний, obsесивно-фобічний, депресивний, депресивно-іпохондричний, істеро-іпохондричний синдроми, псевдодеменція), які перебігають за типом:

- 1) реакції;
- 2) стійкого стану;
- 3) патологічного розвитку особистості.

Психотичні розлади (коматозний, сопорний, астенічної сплутаності, деліріозний, онейроїдний, аментивний, потьмарення свідомості, параноїдний, депресивно-, тривожно-, галюцинаторно-параноїдний, сенесто-іпохондричний, маніакально-параноїдний, кататонічний, симптоматична манія, корсаковський синдром). За їх перебігом розрізняють: -гострі симптоматичні;

- підгострі (протраговані, проміжні, перехідні);
- хронічні (затяжні).

Дефективно-органічні, або енцефалопатичні, розлади (простий психоорганічний, епілептиформний, корсаковський, псевдопаралітичний синдроми, неспецифічна органічна деменція).

3. Клініка

Серцево-судинна система. До найпоширеніших психосоматичних розладів належить ішемічна хвороба серця. За словами Ф. Данбара та деяких інших учених, удвічі частіше вони бувають у “коронарних особистостей” з патерном поведінки типу А, головні риси яких: честолюбність, прагнення до конкуренції, ворожість, постійне відчуття дефіциту часу, надмірна втома, зосередження на життєвих обмеженнях, заборонах.

До *психосоціальних чинників* ризику належать соціально-економічні негаразди та інші тривалі ситуації-стресори. Стенокардія, аритмія, коронарний спазм виникають переважно в осіб з поведінкою типу А на фоні тривалих тривог,

дратівливості, гніву, агресії, фрустрації. *Стенокардія* часто супроводжується атиповим болем за грудниною, задишкою, тахікардією, що з'являються під час поглиблення тривоги, панічного розладу. Спазми периферичних судин при хворобі Рейно безпосередньо пов'язані з таким видом токсикоманії, як куріння, а також тривалим дистресом.

Соматопсихічні розлади при серцево-судинних захворюваннях виникають переважно з двох причин:

1. гіпоксія мозку (як наслідок зниження насосної функції серця, що призводить до погіршення мозкового крово- обігу, а також поєднання вінцево-церебральних судинних змін);

2. психогенні механізми (наслідок переживань стосовно набутих або уявних ускладнень кардіологічної патології).

У *першому* випадку спостерігаються перехідні або більш стійкі неврозоподібні та психопатоподібні стани, а також синдром безладної свідомості.

Психогенії насамперед мають перебіг фобічних і тривожно-фобічних, рідше — депресивних, астено- та депресивно-іпохондричних порушень.

При ***інфаркті міокарда*** (у перші дні) нерідко з'являються тривога та гострі психоорганічні синдроми, а в період реабілітації — порушення когнітивних функцій, депресії. Хворі скаржаться на безсоння, втому, неухважність, іпохондричність. Після операції на серці, крім психогенних синдромів, особливо на фоні погіршення загального стану, спостерігається деліріозне, деліріозно-аментивне та деліріозно-онейроїдне потьмарення свідомості.

При ***гіпертонічній хворобі*** та атеросклеротичних змінах вінцевих та церебральних судин, залежно від стадії “основного” захворювання, формуються різноманітні психічні розлади — від неврастеноподібних до інтелектуально-мнестичних (у тому числі неспецифічної органічної деменції). У цих хворих, особливо в разі поєднання судинної патології з іншими етіологічними та патогенетичними чинниками (соматичне захворювання, алкоголізм, наслідки черепномозкової травми або нейроінфекції тощо), спостерігаються епізоди порушення свідомості, параноїдного і депресивно-параноїдного станів, а також епілептоформні напади.

Синдром да Кости (“збуджене серце”) описано під час громадянської війни в 1871 р. у США. Безпідставне переконання в тому, що розвинулася хвороба серця, супроводжується тахікардією, задишкою, болем за грудниною, надмірною втомою. Цей синдром особливо поширений і нерідко призводить до появи інтенсивної тривоги, панічного стану.

Захворювання органів дихання.

Психосоматичний механізм розвитку має синдром гіпервентиляції легенів: унаслідок генералізованої тривоги, панічного розладу дихання прискорюється, стає поверхневим, долучаються запаморочення, шум у вухах, головний біль, заніміння й поколювання в кінцівках, неприємні відчуття у ділянці серця, непритомність, а згодом — ядуха. Коронарна недостатність може спричинити смерть.

Напади **бронхіальної астми** нерідко вперше виникають і рецидивують під впливом гніву, страху, збудження. Прикладом соматичного розладу є тривога й депресія у пацієнтів з хронічним бронхітом. За наявності гіпоксемії можуть порушуватися когнітивні процеси. Захворювання органів травлення.

Можливість *психосоматичних механізмів* походження виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки і стравоходу підтверджують результати численних досліджень. Найчастіше вона уражує осіб, які зазнають стресогенних впливів.

Ф. Александер зауважував, що нереалізоване кохання також є підсвідомим психологічним стимулом, який безпосередньо пов'язаний з психологічними процесами і призводить зрештою до появи виразки. Існують теорії і щодо інфекційного походження недуги.

Психопатологічні симптоми можуть зумовлюватися гіперактивністю симпатичного відділу вегетативної нервової системи (сухість у роті, аерофагія, часті або рідкі випорожнення), істеричними виявами, тривожно-фобічними розладами. Біль у животі, в тому числі хронічний, іноді має психологічне підґрунтя.

Наприклад, психопатологічна симптоматика, яка супроводжується психологією, інколи спричинює апендектومیю за нормального червоподібного відростка. Пригнічений настрій, емоційний дистрес, психосоціальні проблеми

нерідко передують маніфестації і рецидивам хвороби Крона, неспецифічного виразкового коліту, синдрому подразнення товстої кишки.

Захворювання **травного каналу** можуть розвиватися на фоні соматичного астенічного і астено-іпохондричного станів невротичного регістру. Рідше спостерігаються нав'язливі, надцінні, а подеколи й паранойяльні думки, переважно канцерофобічного характеру. Якщо при гастриті психічні розлади зазвичай обмежуються невротичними відхиленнями різного ступеня вияву, то при **захворюваннях печінки** (внаслідок інтенсивної інтоксикації та інших порушень обміну речовин) спостерігаються стійкі неврозо- і психопатоподібні стани з переважанням депресивних, істероїдних, іпохондричних відхилень та їх поєднань. За значних порушень дезінтоксикаційної функції печінки можуть виникати практично усі форми зміни свідомості — дисфорія та депресивно-параноїдні розлади.

При **гепатолентикулярній дистрофії** внаслідок дегенеративних змін як печінкової, так і мозкових тканин психопатологічні відхилення вирізняються розмаїттям клініки (дисфорія, психопатоподібні зміни особистості, кататонно-параноїдні стани, епілептиформні напади, інтелектуально-мнестичне зниження).

При **цирозі печінки** спостерігаються інтелектуальне зниження, астено-, а згодом і апатоабулічні розлади. В пацієнтів з демпінг-синдромом на фоні невротичних відхилень виникають гіпо- та гіперглікемічні вегетативні кризи. Майже у половини хворих після коло- й ілеостомії формуються депресивні та інші психопатологічні стани, спричинені переважно низкою психосоціальних проблем через наявність стоми.

При **пухлинах** органів травлення часто бувають депресія, сонливість, ангедонія. Захворювання сечостатевої системи.

До психосоматичних розладів, що спостерігаються в **урологічній** практиці, належать: так званий подразнений сечовий міхур (часте, іноді болісне сечовипускання і нетримання сечі), цисталгія (болісність у ділянці сечового міхура, підвищена його чутливість під час пальпації), біль під час сечовипускання (часто поєднується з “уретральним синдромом”). За відсутності яких-небудь патоморфологічних, інфекційних або інших об'єктивних змін у таких хворих

спостерігаються стійкий невротичний депресивноіпохондричний стан, патохарактерологічний розвиток особистості. Психогенну природу таких страждань засвідчує ефективність психотерапії.

При захворюваннях **сечостатевої системи** діапазон клінічних виявів соматопсихічних розладів широкий. У їх появі (у разі гострої або хронічної ниркової недостатності) головну роль відіграють порушення водно-електролітного та кислотно-основного гомеостазу, білкового або ліпідного обміну, артеріальна гіпертензія, патологічні аутоімунні процеси, які є суто соматогенними чинниками й зумовлюють органічні зміни в тканинах головного мозку. Внаслідок цього формуються неврозо-, психопатоподібні розлади та психоорганічний синдром. У таких хворих можуть виникати тяжкі форми запаморочення — делірій, аменція, онейроїд, астенія зі сплутаною свідомістю, глибоке оглушення, кома.

Вирізняють *три етапи формування нервово-психічної патології*.

Для *першого* — характерні симптоми астенії різного ступеня вияву: спочатку — гіперстенічна астенія (інколи з іпохондричними проявами), потім — гіпостенічна, з елементами депресії, астено-абулії з діенцефальними пароксизмами. За поглиблення патологічних змін у нирках і декомпенсації їх функції розвивається оглушення, а з часом — сопор і кома. Такі ускладнення іноді спостерігаються й під час сеансів гемодіалізу. Вони спричинюються різкими змінами водно-електролітного обміну і перепадами мозкового кровообігу.

Внаслідок хронічної уремичної інтоксикації, особливо за умов приєднання стійкої гіпертензії, формується *другий етап* психічної патології, коли на описані ознаки функціонально-структурних розладів нашаровуються симптоми структурноорганічних змін з переважним ураженням мозкових судин у діенцефальній ділянці. При цьому хворі помічають зниження пам'яті, шум у вухах, частий і сильний головний біль. Спостерігаються запаморочення, помітне погіршення самопочуття під час зміни погоди, а також навесні і восени.

З цих ознак психоорганічного синдрому починає розвиватися *третій* — енцефалопатичний етап. Для нього характерні: гіперестезія, розумове і фізичне виснаження, запаморочення, епілептиформні напади, значне погіршення пам'яті, конкретність мислення, звуження кола зацікавлень, експлозивність та інші вияви

неспецифічної органічної деменції. Якщо немає значних порушень обміну речовин, психічні відхилення можуть виникати за механізмами психогенії. *Наприклад*, перші напади сечокам'яної хвороби, що супроводжуються інтенсивними больовими відчуттями, можуть спричиняти емоційний дистрес, а подеколи — відчуття тривожного напруження, очікування ускладнень і несприятливих у соціальному плані наслідків.

Індивідуальні реакції не виходять за межі резервів особистості, і досить швидко їх інтенсивність зменшується до початкового рівня. Однак у хворих з тривожними преморбідними особистісними якостями можуть розвиватися невротичні реакції, а коли напади бувають часто — і стійкі астено-іпохондричний, астено-фобічний та депресивно-іпохондричний стани. В окремих випадках, особливо за психосоціального обтяження, психопатологічні стани трансформуються у невротичний або психопатичний тип особистості.

За *механізмом психогенії* у більшості випадків формуються психічні розлади й при запальних захворюваннях органів сечостатевої системи. До *причин розвитку психопатологічних станів* у цієї групи хворих, з одного боку, належать психогеннотравмівні чинники, а з другого — вони мають деякі специфічні риси, зумовлені особливою персоногенністю хвороб сечостатевої системи. У багатьох пацієнтів виявляють внутрішньоособистісний конфлікт інтимного характеру (переживання з приводу таких можливих наслідків хвороби, як безплідність і сексуальні розлади). Психотравмівним моментом можуть стати думки про венеричну хворобу, про те, що всі їхні біди є наслідком абортів тощо. Хоча насправді запальні захворювання органів сечостатевої системи найчастіше виникають через інші причини. Серед описаного патологічного комплексу особливе значення мають психосоціальні чинники. Передусім йдеться про так званий закритий механізм психічної травми, яка свідчить про набутий характер хвороби. Важливий також негативний вплив хвороби на міжособистісні взаємини пацієнта з дружиною (чоловіком) або сексуальною партнеркою.

Динаміку розвитку психічних порушень при захворюваннях органів *сечостатевої системи* слід розділити на два етапи. Для *першого* етапу характерні: дратівливість, зниження настрою з відтінком тривожності, швидка фізична

втомлюваність і психічне виснаження, порушення сну, головний біль, коїтофобія. При цьому у чоловіків можуть спостерігатися сексуальні розлади у вигляді прискореної еякуляції, періодичного погіршення адекватних ерекцій на фоні збереження спонтанних, іноді — зниження лібідо тощо.

На *другому* етапі хворі скаржаться на пригнічений настрій, загальну слабкість, втрату ініціативи, нахил до іпохондричних переживань, страхи (в тому числі ті, що належать до сфери інтимних спілкувань). Сексуальні розлади можуть ускладнюватися помітним зниженням лібідо, стійким погіршенням як адекватних, так і спонтанних ерекцій, стертим оргазмом. Другий етап психічних і сексуальних розладів настає, переважно, в разі затяжного, часто рецидивуючого, характеру запальних захворювань внутрішніх статевих органів.

При *ендокринних захворюваннях* психічні розлади виникають унаслідок впливу порушеної нейрогуморальної регуляції на обмінні процеси, а також психотравмівних перевантажень, що виникли після усвідомлення негативних соціальних наслідків хвороби.

Для *клініки психічних розладів* цієї групи захворювань характерні деякі закономірності. *Перша* з них полягає в тому, що у разі підвищення функції тієї чи тієї залози зазвичай посилюється і психічна функція. Наприклад, базедовій хворобі властиві: гіперестезія, дратівливість, прискорення мислення, помірна акатизія, схильність до фобій (іноді виникає страх смерті), інсомнія, послаблення пізнавальної здатності, концентрації уваги. Хвороба супроводжується зменшенням маси тіла, вегетативними розладами з переважанням функціональної активності симпатичного відділу автономної нервової системи (тахікардія, тремор, іноді — судоми та інше, посиленням сухожильних рефлексів).

При *тиреотоксикозі* тяжкого ступеня описані розлади посилюються і доповнюються маніакальними, галюцинаторно-маячними, деліріозними, аментивними станами. На противагу згадуваній симптоматиці у хворих на мікседему спостерігаються сонливість, афективна загальмованість, сповільнення темпу мислення, іноді — маніакально-подібні психічні стани, паранойя, галюцинації, брадикардія. Помітно погіршується фізична й психічна працездатність, знижуються рефлекси тощо.

Для *гіперпаратиреозу* характерні депресія, параноя, сплутаність свідомості. У хворих на *гіпопаратиреоз* бувають порушення пам'яті, тривога, депресія, сплутаність свідомості. При синдромі Кушінга симптоматика розмаїта — від маніакальноподібного психотичного стану до депресивного із суїцидальними тенденціями.

Хвороба Аддісона супроводжується сонливістю, депресією, спостерігаються деліріозні стани. Частими виявами феохромоцитоми є тривога, страх, паніка, тремор, профузна пітливість, думки про неминучу загибель.

Другим загальним положенням є залежність особливостей психопатологічних виявів від стадії і тяжкості перебігу ендокринної хвороби. *Наприклад*, на фоні *гіпотиреозу* виникають стани потьмарення свідомості, епілептиформні напади, кататонічні розлади. Для пацієнтів з природженим значним *недорозвиненням щитоподібної залози* (кретинізм) характерна затримка інтелектуального розвитку, що досягає ступеня ідіотії.

При порфірії спостерігаються тривога, загальна слабкість, пітливість, а в період загострення — депресія, параноя, зорові галюцинації. Закономірним є те, що в клінічній картині психічних розладів домінують вияви гіпо- або гіперстенічної астенізації, на фоні якої формуються гострі або хронічні психотичні або непсихотичні відхилення. У разі погіршення функціонування ендокринних залоз вияви астенії наростають. При цьому можуть формуватися астено-абулічні та апато-абулічні стани. Нерідко порушується психоорганічне коло, аж до неспецифічної органічної деменції.

Ортопедія та травматологія.

Психосоматичні механізми розвитку спостерігаються при таких хворобах сполучної тканини, як системний червоний вовчак і ревматоїдний артрит. Розвиток і загострення цих хвороб пов'язують з хронічним дистресом, депресією, гнівливістю. Під час системних розладів формуються психоорганічні синдроми. Тривога й депресія впливають на розвиток остеоартриту.

При захворюваннях і травмах *опорно-рухового апарату* клінічні вияви психічних розладів багато в чому визначаються ступенем обмеження рухової активності хворих та інтенсивністю больового відчуття. Виявляють вказані нижче

психопатологічні феномени, які на фоні фізичного дефекту сприяють формуванню певних якостей особистості. З'являються безпричинні тривога за долю рідних, невпевненість у майбутньому, емоційна напруга, боязнь болю тощо. Зменшується почуття власної гідності.

Астенія зумовлюється як органічним процесом (інфекція, порушення обміну речовин та ін.), так і психологічною реакцією на психічну травму. У разі іпохондрії пацієнт надто переймається власним здоров'ям, сумнівається в можливості одужання, сприятливого перебігу "основної" недуги, компенсації втраченої функції тощо. Все це має характер психогенно зумовленої нав'язливої ідеї. Впевненість у тому, що хвороба тяжка, гіперболізація її негативних наслідків (як для себе, так і для близьких), загальне нездужання, біль у різних частинах тіла може бути виявом психогенної депресії.

Депресія, або субдепресія, спричинюється відчуттям безпорадності, зміною соціального статусу, погіршенням взаємин на роботі, в сім'ї, недостатнім матеріальним забезпеченням, перевтомою, безсонням, наявністю косметичного дефекту тощо.

Обсесивні симптоми (образні, афективно насичені з критичним осмисленням, нав'язливі страхи, рідше — сумніви) мають психогенний характер. Вони поєднуються між собою та з астенією, депресією або субдепресією. Порушення мислення насамперед полягає в появі компенсованих або декомпенсованих надцінних ідей, які є патологічно зміненою емоційно напруженою, домінуючою у свідомості реакцією на фізичний дефект, біль, соціальні наслідки хвороби.

Психалгії (больові відчуття різної локалізації, зумовлені не об'єктивними змінами в органах і тканинах, а хворобливими переживаннями) розвиваються під впливом ситуації стресора. Вони можуть поєднуватися зі справжніми больовими відчуттями й потенціювати їх. Тому важливо визначити питому вагу психалгій у клінічній картині. Це може бути окремий синдром невротичних розладів, особливо у тих, хто зазнав інтенсивного болю в минулому. Інколи психалгії виникають як захисна реакція організму у відповідь на складну життєву ситуацію (гіперкомпенсація), іноді є виявом рентних установок.

Вегетативно-судинні дистонічні розлади можуть бути наслідком впливу на центральні структури вегетативної нервової системи інфекційно-алергічних, патологічних обмінних, нейрогуморальних чинників, гіпоксії та ін. Істотну роль у загальній дезадаптації хворих відіграють порушення сну, уваги, роздратування, зниження апетиту з різних причин і, насамперед, — через біль та гіподинамію. Особливістю вказаних психопатологічних виявів у хворих з порушенням опорно-рухового апарату порівняно з такими в загальній популяції є їхня іпохондрична прив'язаність до інтероцептивних відчуттів. У разі впливу на мозок інфекції, гіпоксії, інтоксикації, патології процесів обміну, інших чинників, притаманних ортопедичній патології, відчуття у кістково-м'язово-суглобовій системі нерідко переходить в інтероцептивну гіперпатію, спричинену зниженням порогу сприйняття больових подразників. Думки пацієнта фіксовані на ураженому органі, часто недужі скаржаться на локалізований біль, що відповідає рефлекторним зонам ураженої ділянки опорно-рухового апарату. Ці відчуття досить поліморфні, але один і той самий пацієнт однаково вказує на локалізацію та оцінює їх (колючий, розпираючий, пекучий біль та ін.). Хворобливі переживання зазвичай афективно насичені. Проте стан емоційної сфери варіює в широких межах, аж до апатії, що часто спостерігається в разі гіподинамії. Гіподинамія пояснюється об'єктивними змінами в кістках, м'язах і суглобах та (або) obsesивно-фобічним переживанням. При цьому іпохондрія може досягти маячного рівня, що супроводжується появою ідей впливу, самозвинувачення, а також зниженням активності та деяких вітальних функцій. У половини хворих спостерігається пряма залежність між стадією хвороби (загострення або ремісія) і виявом психічних розладів. У третини пацієнтів помічають так зване психосоматичне балансування. Тоді в разі поліпшення соматичного стану актуалізується й загострюється психопатологічна симптоматика. Майже у 18 % пацієнтів такої кореляційної залежності не встановлено. Психічні відхилення “відірвані” від органічної патології або останньої, за оцінкою фахівців-ортопедів, взагалі не помічається. При цьому біль має мігруючий характер, спостерігаються порушення схеми тіла, первинні розлади м'язового відчуття, що не відповідає топографічним зонам спинномозкової та периферичної іннервації. Тобто йдеться про первинну психічну патологію, що супроводжується сенестопатіями,

імітуючи симптоматику неіснуючої у даного пацієнта недуги. Типових клінічних виявів психічних розладів для тієї чи іншої локалізації ортопедичної патології загалом не виявлено. Однак спостерігається помірне збільшення частоти депресивних реакцій з функціональною недостатністю нижніх кінцівок. Мабуть, це можна пояснити схильністю до гіподинамії.

У хворих з наслідками *травм хребетного стовпа* також переважає депресивна симптоматика, нерідко виявляють суїцидальні тенденції, рідше — апатію.

Онкологічні захворювання.

За поза мозкової локалізації пухлини на початку хвороби (до виявлення об'ємного процесу) психічні порушення мають вигляд соматогенної астенії. У разі незадовільного загального стану вона поєднується з тривожним напруженням і афективною лабільністю. При цьому досить часто буває анозогностичний тип ставлення до захворювання, тобто хворий прагне “втекти від хвороби”. Сам факт виявлення пухлин зазвичай є сильним психогенно травмівним моментом і може спричинити гнів, недовіру, тривогу, розпач. Нерідко розвивається реакція у формі тяжкої депресії, навіть із суїцидальними тенденціями. Найчастіше психіатричний діагноз формулюють як розлад адаптації. У міру посилення ракової інтоксикації та інших соматичних порушень поступово наростають ознаки астенії, з'являється туга. На цьому фоні періодично виникає тривожно-фобічний стан. Тривогу, страх та інші емоційні розлади може спровокувати потреба в промене- та хіміотерапії. При цьому психогенно зумовлені нудота, загальна слабкість та інші соматичні відчуття виникають ще до початку лікування. У хворих з кахексією нерідко бувають деліріозні розлади. Ілюзорні, галюцинаторні й маячні переживання часто спрямовані на медичний персонал. Цим можна пояснити підозрливість та неадекватність поведінки пацієнта. Психологічні відхилення зазвичай скороминучі, проте інколи спостерігаються депресивно-параноїдні стани, маячіння Катара, корсаковський синдром, які набувають протрагованого перебігу.

В *претермінальній стадії* хвороби виникають астено-абулічний, а потім і апато-абулічний стани, що досягають ступеня апатичного ступору. Це свідчить про надзвичайно тяжкий загальний стан. Провісниками агонії у таких хворих часто

буває муситуючий делірій або аменція, що переходить у кому. Іноді смерть настає після тривалої ейфорії.

Нервові хвороби.

Серед психосоматичних розладів, що характерні для клініки нервових хвороб, найпоширенішою є психогенна гіперестезія. Вона виявляється підвищеною чутливістю шкіри, загостренням зорових, слухових, смакових, нюхових відчуттів, що доходить, за словами В. Д. Тополянського і М. В. Струковського (1986), до “больової гіперпатії”. Спостерігається також психогенне зниження тактильної і, особливо, больової, а також температурної чутливості шкіри та слизових оболонок, навіть до повної анестезії (найчастіше при істеричних розладах).

Гіперестезія нерідко поєднується із “психогенною невралгією і міалгією”, які в разі локалізації больових відчуттів у міжреберних проміжках ліворуч у ділянці молочної залози часто призводять до іпохондричної фіксації — кардіо- та онкофобії. На неорганічну природу таких відчуттів вказує їхній “блукаючий” характер. Переважно це вияв маскованої соматизованої депресії. Оскільки цей вид депресії часто має ендогенний характер, терміни “психогенна невралгія”, “міалгія” та інші умовні.

Афективні розлади лежать в основі низки психогенних дискінезій: пишучого спазму (утруднене, перекручене письмо), спазму музикантів (піаністів, скрипалів та інших), доярок, литкових м’язів у балерин тощо.

Соматопсихічні розлади спостерігаються в клініці багатьох неврологічних уражень. Значною мірою вони пояснюються психосоціальними проблемами хворих (інвалідизація, обмеження здатності до пересування, соціальна ізоляція та ін.). Так, у разі м’язової дистрофії у дітей спостерігаються туга, депресія, гнівливість. При розсіяному склерозі з різних причин пацієнт стає нестриманим, тривожним, ейфоричним. Можуть розвиватися маніакальні стани.

Акушерство і гінекологія.

Психогенні психічні розлади характерні переважно для першого та останнього триместрів вагітності. Насамперед вони зумовлюються страхом перед пологами й тривогою за розвиток плода. Інколи негативні переживання є наслідком того, що вагітність небажана (у самотніх жінок) або складні стосунки з чоловіком,

тяжкий матеріальний стан тощо. Психосоматичні механізми спостерігаються в разі сильного блювання вагітних. Психічні розлади і передусім депресія можуть стати першопричиною звичних викиднів. Психогенний характер має так звана удавана вагітність, коли жінка, не маючи на те підстав, переконана в тому, що вагітна. Цей стан може супроводжуватися аменореєю та іншими ознаками ранніх строків вагітності. Різноманітні невротичні розлади можуть виникати у жінок і після медичного аборту. Так, Л. Богдан (1983) описав синдром кувади (від франц. *couvade* — висиджування яєць): чоловік вагітної повідомив, що в нього з'явилися деякі ознаки вагітності, зокрема, нудота і загальна слабкість уранці, зубний біль тощо. У перші дні після пологів у багатьох жінок (найчастіше у тих, хто народив уперше або схильний до депресивного реагування, а також з “передменструальною напругою”) з'являються надмірна емоційна лабільність (від ейфорії до глибокої печалі), стан пригнічення, емоційного напруження, дратівливості. Приблизно через 2 тижні після пологів у породіль може бути післяпологовий психоз, який за перебігом істотно не відрізняється від такого в загальній популяції. Головним чином це буває у жінок, у яких у минулому спостерігалися психічні розлади, а також у тих, у кого обтяжений психіатричний сімейний анамнез. У 80 % випадків діагностують афективний (переважно маніакальний) психоз. На другому місці за поширенням стоїть шизофренічний психоз і на третьому — психоорганічний. Під час діагностики таких розладів важливо з'ясувати наміри матері щодо малюка, бо іноді трапляються агресії стосовно дітей. небезпечні також і суїцидальні наміри породіль.

Передменструальний синдром — це комплекс психопатологічних (дратівливості, тривога, депресія) і соматичних (болючість молочних залоз, дискомфорт) симптомів, що з'являються за кілька днів до менструації, а після її початку зникають. У період менопаузи частішають депресивні й тривожні стани, що супроводжуються припливами, гіпергідрозом та сухістю піхви.

Хвороби крові.

При лейкемії, лімфомі, гемофілії серед психопатологічних симптомів найпоширеніші тривожність і психогенне блювання.

Опіки.

Поява опіків певною мірою залежить від психологічних та психосоціальних чинників. Так, опіки часто бувають у гіперактивних і розумово відсталих дітей, а також дітей з проблемних сімей. Серед дорослих опіки найчастіше виникають у недоумкуватих і тих, хто зловживає алкоголем, наркотиками тощо. Соматопсихічні розлади у вигляді астенії, депресії, а в разі інтоксикації — й психотичної симптоматики, спостерігаються у понад третини пацієнтів з опіковою хворобою, особливо тоді, коли спотворена зовнішність.

Шкірні хвороби.

На думку більшості дослідників, до класичних психосоматозів належить нейродерміт, бо поява екзематозних змін при цьому захворюванні або їх загострення безпосередньо пов'язані з емоційним дистресом (наприклад, смертю близької людини), зі стриманим гнівом, сексуальними проблемами. Шкірні зміни настають на фоні стресу, хронічної тривоги, депресії (при кропив'янці, ангіоневротичному набряку). Ідіопатичний тип зазвичай не пов'язаний зі специфічними алергенами або якими-небудь фізичними збудниками. До цієї групи захворювань дехто пропонує віднести і простий лишай, вітиліго, псоріаз, atopічний дерматит, гніздову aloпецію та шкірне свербіння.

Сенсорні розлади.

В осіб з глухотою, що розвинулася до засвоєння мови, частіше спостерігаються поведінкові розлади й соціальна самоізоляція, ніж психічні розлади. Якщо глухота швидко прогресує у людини, що вже вміє розмовляти, може розвинути депресія. Було виявлено зв'язок глухоти з маячінням переслідування. Сліпота також стає підґрунтям для розвитку депресій і психосоціальної дезадаптації тоді, коли втрачають зір не в дитинстві, а пізніше.

4. Профілактика

У профілактиці психосоматичних і соматопсихічних розладів традиційно вирізняють первинну, вторинну і третинну. *Первинна профілактика* полягає в ранньому виявленні чинників, які сприяють появі психосоматичних розладів, а також ефективному лікуванню соматичних захворювань та призначенні заходів з метою недопущення соматопсихічних розладів. У межах *вторинної профілактики* проводять лікувальні й соціальні заходи, спрямовані на запобігання рецидивам як

соматичної хвороби, так і пов'язаних з нею психічних відхилень. Для цього паралельно із заходами, що стосуються соматичної сфери, проводять підтримувальні курси психокорекції в амбулаторних або стаціонарних умовах. Третинну профілактику призначають, аби запобігти різним формам патологічного розвитку особистості або психічному дефекту. Для цього аналізують структуру зміненої хворобою особистості і патогномонічні клінічні вияви та психотравмівні обставини. Потім проводять заходи щодо усунення або дезактуалізації означених ситуацій (стресорів), переорієнтації особистості на позитивні соціальні аспекти. У разі органічної церебральної патології здійснюють відповідне етіологічне й патогенетичне лікування.

Висновок. За даними експертів ВООЗ, майже 50 % стаціонарних лікарняних ліжок у світі займають пацієнти з психосоматичною патологією. З досліджень О. К. Напрєєнко (1991) випливає, що майже у 70 % соматично хворих виявляють психічні порушення різного регістру й ступеня тяжкості. Показники поширення психосоматичних і соматопсихічних розладів неоднорідні через розходження в поглядах на їхні клінічні межі, різноманітність епідобстановки в тих чи тих регіонах, неоднакове трактування цих станів різними фахівцями.

Питання до лекції

1. Психічне реагування на хворобу й психологія соматичного пацієнта.
2. Типи психічного реагування.
3. Місце психічного фактора в соматичній патології.
4. Передумови формування психосоматичних захворювань.
5. Психологічні особливості хворих при різних соматичних захворюваннях, дефектах тіла й органів чуття.

Рекомендована література:

Основна: [1-3]

Допоміжна: [1,2,3,4,7]

Інформ. ресурси Інтернет: [1-3]

Міжнародні видання: [1,2]

ТЕМА 8. КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПІЗНАВАЛЬНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ТА ЕМОЦІЙНО-ВОЛЬОВОЇ СФЕРИ

Мета. Дослідити причини розвитку розладів пізнавальної діяльності та емоційно-вольової сфери особистості. Вивченню підлягають у разі психотичних хвороб суб'єктивізм процесів пізнавальної діяльності та емоційно-вольової сфери особистості та їх класифікацію.

Ключові слова: *відчуття, сприйняття, мислення, емоції, потяги, ефекторно-вольова сфера.*

Вступ. Відчуття та сприйняття — перші кроки до пізнання людиною не тільки самої себе а й світу взагалі. Це основні складові процесу *чуттєвого* пізнання особистості. Завдяки мисленню забезпечуються рівень суджень, узагальнення фактів, умовиводів, накопичуються знання, вибудовуються гіпотези, теорії, розв'язуються задачі, які ставить особистість і суспільство. Емоції і почуття мобілізують організм до адекватної адаптації, відображають стан людини, її погляди на те, що вона робить чи відчуває. Вольові дії скеровані до свідомо визначеної мети, що супроводжується зосередженням на ній уваги.

План

1. Розлади відчуттів та сприйняття
2. Розлади мислення
3. Розлади емоцій
4. Розлади ефекторно-вольової сфери та потягів

Висновок

1. Розлади відчуттів та сприйняття

Відчуття та сприйняття — перші кроки до пізнання людиною не тільки самої себе а й світу взагалі. Це складові процесу чуттєвого пізнання.

Під *відчуттями* розуміють процес відображення у свідомості людини окремих властивостей предметів та явищ, що відбуваються у навколишньому світі.

Сприйняття є процесом цілісного відображення предметів і явищ у сукупності з їх властивостями. Безпосередньо з відчуттям і сприйняттям пов'язане

уявлення, яке є відтворенням у свідомості людини наслідків до цього сприйнятих образів.

Відчуття, сприйняття та уяву розрізняють за органами відчуттів — зору, слуху, нюху, смаку, шкірної (тактильної) чутливості, інтеро- і пропріорецепції (положення тіла у просторі). Процеси відчуття та сприйняття мають індивідуальний характер. Зовнішній світ відчувається і сприймається таким, яким він є, але з різним ступенем повноти, залежно від мотивацій, інтересів, запасів знань та життєвого досвіду людини.

У нормі зниження або загострення відчуттів супроводжується стурбованістю, страхом за власне здоров'я. У разі психотичних хвороб суб'єктивізм процесів відчуття та сприйняття робить для хворого неможливим розмежування нормального сприйняття і патологічних феноменів у певній сфері. Тоді хворобливі явища мають для пацієнта реальний характер, і людина не критично ставиться до свого психічного стану.

Класифікація розладів відчуттів та сприйняття

1. **Розлади відчуття** (*кількісні* — гіперестезія, гіпостезія, анестезія; *якісні* — сенестопатія).

2. Розлади сприйняття:

а) ілюзії (афективні, вербальні, парейдолічні);

б) галюцинації.

За *складністю* розрізняють елементарні (прості), комплексні (складні), за органами відчуттів — зорові, слухові, нюхові, смакові, тактильні, вісцеральні; стосовно особистості хворого — нейтральні, коментуючі, імперативні, антагоністичні; за повнотою розвитку — справжні й псевдогалюцинації.

3. **Психосенсорні розлади** (макропсії, мікропсії, метаморфопсії, аутометоморфопсії, дерелізація, деперсоналізація).

Гіперестезія — це загострення сприйняття звичайних зовнішніх подразників. За такого стану нормальне денне світло засліплює, звуки оглушують, запахи дратують, а найменший дотик до тіла стає нестерпним.

Гіперестезія органів відчуття спостерігається при астенії, неврозах, органічних ураженнях головного мозку, початкових виявах гострого психозу.

Гіпостезія виявляється зниженням чутливості до подразників. При цьому навколишнє оточення втрачає для хворого чіткість і визначеність. Звуки стають глухими, невиразними, кольори — тьмяними, неясними, предмети втрачають форму і яскравість, стають малорухомими. Гіпостезія характерна для неврозів, реактивних психозів, органічних уражень мозку.

Анестезія полягає у повній втраті чутливості до подразників і клінічно виявляється сліпотою, приглухуватістю, втратою нюху, смаку, чутливості шкіри. Часто виникає при істеричному неврозі (і має функціональний характер), а також ураженнях центральної та периферичної нервової системи (органічного походження).

Більш складним феноменом патології відчуття є **сенестопатія**. Це різноманітні невизначені дифузні вкрай неприємні відчуття у вигляді розтягування, стискування, печії, жару, переливання, перекручування, змертвіння та ін. Вони виникають у різних ділянках тіла та внутрішніх органах, не зумовлені їх об'єктивною патологією. Часто розвиваються у напрямку знизу вгору (по кінцівках і хребетному стовпу до голови, серця). Поява незвичних відчуттів викликає у хворих тривогу та підозру щодо тяжкого невиліковного захворювання.

Сенестопатії спостерігаються при неврозах та психозах, особливо характерні для шизофренії.

До розладів сприйняття належать ілюзії та галюцинації.

Ілюзією називають спотворене сприйняття реально існуючого предмета чи явища. Розрізняють *фізичні, фізіологічні та психічні ілюзії*.

Фізичні — виникають у всіх людей. Вони пояснюються законами фізики. Наприклад, на межі двох середовищ із різною оптичною густиною промінь світла заломлюється. Внаслідок цього ложка, занурена в склянку з чаєм, здається кривою.

Фізіологічні ілюзії пов'язані з фізіологією наших аналізаторів. Так, уміло підмальовані очі сприймаються як більші.

Психічні ілюзії виникають тоді, коли бачення об'єкта зливається з хворобливим уявленням.

Окрім поділу за аналізаторами (зорові, слухові, нюхові, смакові, тактильні та загального відчуття — положення у просторі), психічні ілюзії поділяють на афективні, вербальні, парейдолічні.

Афективні ілюзії виникають у хворих у стані страху, напруження, тривоги. Приміром куц на неосвітленій частині вулиці сприймається як злочинець, який причаївся і чекає на свою жертву. У вуличному шумі хворий чує голоси людей, які начебто погрожують.

Вербальні ілюзії полягають у спотвореному сприйнятті смислу реальної розмови, коли в нейтральних судженнях і зауваженнях хворий вбачає звинувачення, погрози.

Парейдолічні ілюзії найчастіше виникають у разі зниження психічної активності, їх зміст є фантастичним, образним. Замість тріщин та плям на стіні ввижаються дивовижні рослини, тварини, казкові герої, архітектурні ансамблі, панорами. Ілюзії можуть тимчасово виникати у психічно здорових людей під впливом несприятливих умов (у разі перевтоми, голодування, хвилювання, у стані тривоги). Однак найчастіше вони бувають у хворих на інфекційні, інтоксикаційні, алкогольні та соматогенні психози.

Ілюзії треба відрізнити від інтелектуальних тлумачень (штучно оброблене ювеліром скло сприймається як діамант) та функціональних галюцинацій, що виникають під впливом реального подразника на той аналізатор, з яким пов'язана галюцинація. Причому реальний подразник сприймається поряд із уявним. Наприклад, хворий чує голоси в шумі мотора, але коли шум припиняється, голоси зникають. Особливо актуальні для психопатологій *галюцинації* — сприйняття без реально існуючого об'єкта. Вони стають для хворого такими самими реальними, як і об'єктивний світ. Справляють величезний вплив на його вчинки та поведінку. “Хворі можуть визнавати суб'єктивне походження галюцинацій і все одно вірити в їхню реальність” (В. Грізінгер, 1886). Вчення про галюцинації пов'язане з іменами видатних психіатрів минулого — І. Есквірол, І. Бейллардж, Г. Клерамбо, В. Х. Кандинського. Сучасні вчені визначають галюцинації як несправжнє, уявне сприйняття, що виникає на хворобливому підґрунті й має для хворого характер справжнього сенсорного відображення об'єктивної реальності.

Галюцинації, своєю чергою, поділяють на зорові, слухові, нюхові, смакові, тактильні, загального відчуття та комплексні (виникають у кількох аналізаторах).

Зорові галюцинації можуть мати форму бачення окремих предметів різного ступеня чіткості (від неясного до більш чіткого за реальне), різної величини (мікро- або макрооптичні), безбарвними чи насичених кольорів. *Зорові* галюцинації інколи бувають множинними, коли хворий бачить групи людей, тварин, комах, фантастичні істоти, які нерухомі або рухаються, трансформуються чи залишаються незмінними. Зміст зорових галюцинацій у хворих викликає жах або, навпаки, захоплює, вабить.

Слухові галюцинації характеризуються надзвичайною різноманітністю. Це дзвінки, шум, оклики по імені або розгорнуті монологи (словесні, або вербальні, галюцинації), діалоги, розповіді, що звучать зверху, знизу, здалека чи зблизька. Зміст вербальних галюцинацій може бути нейтральним для хворого, приємним, заспокійливим або ж загрозливим, зловісним. Розрізняють коментуючі галюцинації (голоси, які обговорюють вчинки, відчуття, думки хворого, осміюють і критикують його) й імперативні (віддають накази, часто змушують виконати якусь небезпечну дію). Голоси можуть бути чоловічими й жіночими, знайомими або незнайомими, відрізнятися за інтенсивністю, тембром, з'являтися на певний час чи бути постійними.

Нюхові галюцинації виявляються у формі різноманітних уявних запахів різної інтенсивності, інколи приємного, але частіше неприємного характеру (дим, газ, гниття). Від нюхових практично важко відрізнити смакові галюцинації. Хворий відчуває не властивий для певної їжі смак, часто вкрай неприємний, отруйний. У разі тактильних галюцинацій виникає відчуття повзання по тілу комах, буцімто на шкірі або під шкірою з'являються якісь предмети.

До *вісцеральних* галюцинацій належить відчуття у тілі, частіше в животі, сторонніх предметів, живих істот, нерухомих чи таких, що рухаються, пересуваються, зумовлюючи неприємне відчуття. *Тактильні й вісцеральні* галюцинації слід відрізнити від сенестопатій — найелементарніших, що не мають характеру предметності, хворобливих відчуттів. За ступенем складнощів розрізняють елементарні (прості) та складні (комплексні) галюцинації. *При*

елементарних слухових галюцинаціях (акозми) хворий чує окремі невизначеного походження звуки, шум, свист, при зорових (фотопсії) — бачить іскри, смуги, дим, туман. При *простих* галюцинаціях перед хворим постає завершений образ, чути оформлені фрази.

Складні (комплексні) галюцинації виникають у кількох аналізаторах і полягають в одночасному існуванні різних видів галюцинацій (зорових, слухових, тактильних, смакових, нюхових, вісцеральних). Галюцинаторні образи, незалежно від того, якого аналізатора вони стосуються, можуть мати риси реально існуючих, конкретних, чуттєво забарвлених уявлень. Такі галюцинації називають *істинними*, галюцинаторний образ проектується назовні, тобто сприймається як предмет або явища, що реально існують у зовнішньому просторі, поза тілом хворого.

На відміну від цього, псевдогалюцинації, хоча й сприймаються як досить конкретні та чуттєво визначені, не асоціюються з реально існуючими предметами і явищами, сприймаються не у зовнішньому світі, а в середині свого тіла, частіше в голові. Хворий говорить про особливі, нереальні голоси, образи, запахи, що містяться в ньому самому (“гніздяться в мозку”, “в шлунку”, “в кишечнику”). Пацієнти, попри суб’єктивний характер псевдогалюцинаторних образів, не мають сумніву щодо їхнього існування і вірять у їхню реальність. На відміну від хворих з істинними галюцинаціями, пацієнти з псевдогалюцинаціями стверджують, що їх голоси й образи є наслідком дії ззовні (“пороблено” кимось).

Для *зорових псевдогалюцинацій* характерне відчуття, що це “наврочено”. Виникають вони при ясній свідомості в суб’єктивному просторі власного тіла у вигляді поодиноких, множинних образів чи сценподібних картин різного ступеня чіткості.

Слухові псевдогалюцинації за змістом такі самі, як істинні, виникають у вигляді “вкладених” думок, голосів, що звучать у голові.

Псевдогалюцинації нюху, смаку, тактильні та вісцеральні, на відміну від істинних, також супроводжуються відчуттям “пороблений”, нав’язливості ззовні. При кінестетичних (рухових, пропріоцептивних) псевдогалюцинаціях хворі відчують, що вони не можуть керувати власним тілом. Рухи відбуваються поза

їхньою волею, нав'язані ззовні. Про мовнорухові псевдогалюцинації йдеться тоді, коли у хворого з'являється відчуття, начебто його язиком хтось рухає, змушуючи вимовляти слова, фрази. У психіатричній практиці зустрічаються також пацієнти з антагоністичними або контрастними галюцинаціями — галюцинаторним відчуттям, що має порівняльний характер. “Голоси” сперечаються, обстоюють протилежні точки зору.

Аутоскопичні галюцинації — це такі, коли хворий бачить поруч із собою власного двійника. *Гіпногогічні* галюцинації виникають під час засинання. Гіпнопомпичні галюцинації спостерігаються під час пробудження. Галюцинації за типом порушень Шарля Боне — це галюцинаторні відчуття, що виникають в уражених аналізаторах. Сліпий при цьому “бачить”, глухий — “чує” тощо.

Екстракампінні галюцинації — це такі порушення, коли образ виникає за межами поля зору. Наприклад, бачення духу за спиною, який “переміщується”, коли хворий повертається. Через вплив на поведінку при тяжкій психічній патології галюцинації мають особливе значення під час клінічного оцінювання стану пацієнта. І хоча хворі в більшості випадків схильні приховувати (дисимулювати) або заперечувати існуючий обман сприйняття, їхня поведінка змінюється відповідно до галюцинаторних переживань. Незалежно від виду галюцинацій хворі стають надзвичайно зосередженими, заглибленими у внутрішній світ, ніби відключаються від реального життя. За наявності зорових галюцинацій очі недужого зазвичай широко розплющені, зосереджені на джерелі обману сприйняття. Зіниці розширені, очні яблука нерухомі, голова, а іноді й тулуб схилені в бік галюцинаторного образу.

При *істинних слухових галюцинаціях* голова і тіло хворого також повертаються у бік “джерела звуків”. Обличчя зосереджене. Для слухових псевдогалюцинацій характерні заплющені очі, замислено піднята догори чи нахилена вбік голова. Хворий прислуховується до чогось дуже важливого для себе, шепоче. При загрозливому характері галюцинаторних переживань у пацієнтів спостерігаються відповідний вираз обличчя, тенденції до агресії, самозахисту чи втечі. Своєрідна міміка притаманна і хворим з обманами нюху та смаку. Вони періодично затискають носа, щоб не чути неприємного запаху; під

час їжі можуть від огиди спльовувати або ж відмовляються їсти. Стійкі галюцинації завжди свідчать про порушення психічної діяльності, тому потрібне втручання лікаря-психіатра. Для різних психічних захворювань характерні певні види галюцинаторних переживань. Істинні зорові галюцинації найчастіше спостерігаються при екзогенному психозі, інтоксикаціях, інфекціях, білій гарячці, травмах голови, пухлинах мозку, епілепсії.

При *епілепсії* зорові галюцинації особливо яскраві та застрашливі.

Вербальні, нюхові та смакові псевдогалюцинації частіше бувають при шизофренії.

При *алкогольному делірії* частіше виникають істинні мікрозоологічні галюцинації. Сприйняття сигналів від різних органів чуття є матеріалом для сенсорного синтезу — пізнавального відображення навколишнього світу та власного тіла.

Наслідком дезінтеграції такого синтезу є психосенсорні розлади — спотворене сприйняття простору, життєвих реалій, власного тіла і власної особи.

До *психосенсорних розладів* належать метаморфопсії — спотворення величини чи форми предметів та простору. Всі предмети здаються хворому зменшеними (мікропсія), збільшеними (макропсія), видовженими, розширеними, скрученими (дисмегалопсія). Спотворене сприйняття величини предметів звичайно супроводжується сприйняттям зміни простору, що здається вкороченим, коли всі предмети наближені, або ж нескінченно видовженим (поропсія). Предмети, що оточують хворого, можуть у його уяві неприродно переміщуватися (психічна алестезія).

Метаморфопсія часто супроводжується аутометаморфопсією — відчуттям спотворення форми та величини власного тіла. Виникає хворобливе відчуття збільшення чи зменшення розмірів та маси власного тіла, спотворення чи зміщення його окремих частин (порушення “схеми тіла”). Інколи розлади “схеми тіла” виникають у формі уявлень про подвоєння чи зникнення.

Дереалізація. Усі навколишні здаються чужими, віддаленими, несправжніми, нечіткими, застиглими, такими, що втратили кольори або стали неприродно яскравими. Відчуття часу та простору здається зміненим. Хворі

сумніваються в реальності існуючого світу. До дереалізації належать явища “уже баченого” (Deja-vu), коли в незнайомій ситуації з’являється відчуття, що все це колись було. Пов’язані з дереалізацією і такі явища: “ніколи не баченого” (Jamais-vu) — відчуження сприйняття; “раніше чутого” (Deja entendu) — вперше почуте здається знайомим; “вже пережитого” (Deja vescu); “ніколи не пережитого” (Jamais vescu). Дереалізація супроводжується розгубленням, тривогою, страхом, хоча критична оцінка збережена і хворий усвідомлює, що в нього є це порушення, пробує звільнитися, перебороти його. Дереалізація часто поєднується з деперсоналізацією (відчуженням від самого себе), що належить до розладів сфери сприйняття з порушенням свідомості (самосвідомості). Характерними для деперсоналізації є відчуття зміни Я, зміни та втрати почуттів, думок, спогадів, які сприймаються як “чужі”, “пороблені”, штучно нав’язані ззовні. В легких випадках деперсоналізація виявляється в усвідомленості себе як нежиттєздатного, приглушеного, вицвілого. Одне слово, такого, що втратив реальність. З дереалізацією пов’язують також: відчуття присутності поруч небажаної сторонньої людини (уособлене усвідомлення); змінене сприйняття перебігу часу — то він зупиняється, то мчить надто швидко; втрату орієнтації щодо минулого і майбутнього (розлад усвідомлення часу); нездатність зв’язувати між собою окремі явища, адекватно сприймати те, що відбувається (розлад аперцепції). Вказані розлади можуть бути стійкими або набувати пароксизмального характеру. Найчастіше вони свідчать про органічне захворювання головного мозку, наприклад, енцефаліт чи травматичне його ураження.

2. Розлади мислення

Мислення — психічний процес, за допомогою якого людина відображає найістотніше, головне в явищах навколишнього світу, усвідомлює їх взаємозв’язок. Завдяки мисленню забезпечуються рівень суджень, узагальнення фактів, умовиводів, накопичуються знання, вибудовуються гіпотези, теорії, розв’язуються задачі, які ставить особистість і суспільство.

Мислення — активна функція інтелекту. Більшість учених-психіатрів розрізняють патологію мислення за темпом, зв’язком асоціацій (формою) і змістом.

Розлади мислення за темпом перебігу асоціацій. Мислення прискорене — це стан, при якому збільшується кількість асоціацій, думок, уявлень, прискорюється їх плин. Мова стає непослідовною: не закінчивши однієї думки, хворий переходить до іншої (“стрибання думок”, “стрибання ідей”). Типовим є втрата об’єкта міркувань. Судження хворих поспішні, поверхові, однобокі.

Прискорене мислення спостерігається при маніакальних станах, алкогольному сп’янінні. *Ментизм* — мимовільний, безперервний та некерований плин думок, уявлень, спогадів, образів, який має обтяжливий зміст. Хворий не може зосередитися на жодній думці. Ментизм характерний для синдрому Кандинського-Клерамбо.

Мислення уповільнене — гальмується процес виникнення асоціацій. Менше стає ідей. Думки й уявлення утворюються повільно. Мова теж стає повільною, уривчастою, з тривалими паузами. Хворі суб’єктивно відчують утруднення мислення. Скаржаться, що в них мало думок, що не можуть закінчити думку, довести своє міркування до логічного кінця. Сповільнене мислення спостерігається при депресивних та астенічних станах. Мислення деталізоване (докладність, в’язкість мислення) — характеризується утрудненням в рухах, під час переходу від однієї думки до іншої, втратою здатності відокремити головне від другорядного. Мислення сповільнене, інертне, фіксоване на певних деталях, дрібницях. У судженнях хворого переважають випадкові подробиці, що не стосуються основної думки. Деталізоване мислення характерне для хворих на епілептичну деменцію та олігофренію.

Зупинка мислення (шперунг — нім. sperrung — загорода, зупинка) — раптова, короткочасна спонтанна зупинка плину думок, що легко виявляється під час розмови. Хворий раптом замовкає. Згодом він пояснює це тим, що в нього відбулася затримка мислення. Спостерігається у хворих на шизофренію. Розлади мислення за зв’язком асоціацій (формою).

Мислення резонерське (безплідне мудрування) — характеризується тим, що доводи хворого не ґрунтуються на реальних фактах. Це порожні вербальні посилення, що не відповідають темі розмови й не досягають мети, безплідні

міркування, позбавлені конкретного змісту, але “вдягнуті” у правильну стилістичну форму. Спостерігається при шизофренії.

Мислення паралогічне — виявляється порушенням логіки висловлювання. Певне поняття замінюється символом, знаком, зрозумілим лише хворому. Пацієнт робить зовсім необґрунтовані, інколи безглузді висновки, що не мають об’єктивних доказів, не відповідають його судженням і не зрозумілі для інших. Дивує “кривою” логікою. Паралогічне мислення властиве хворим на шизофренію з параноїдним розвитком особистості.

Мислення атактичне — характеризується неправильним, парадоксальним поєднанням понять, думок, що не мають логічних зв’язків та спонтанно нанизуються одна на одну. Виявляється атактичним мовним безладом, безглуздими висловлюваннями, що незрозумілі для навколишніх, хоча конструкція речень правильна, грамотна. У висловлюваннях можуть бути неологізми, аглютинація (злиття) слів тощо. Характерне для хворих на шизофренію.

Мислення незв’язне (інкогерентне) — глибокий розлад мислення у хворих з порушенням свідомості, що виявляється у непоєднаності понять, суджень. Думки хворого уривчасті, мова безладна. Втрачена здатність до синтезу. Хворий не орієнтується у навколишньому просторі. Реальну дійсність сприймає фрагментарно. Мова має вигляд хаотичного набору слів або уривків речень, що інколи римується. Спостерігається при екзогенно-органічних психозах.

Мислення розірване — виявляється втратою смислових зв’язків між поняттями, хоча граматична та синтаксична форми речення збережені. У крайньому ступені виявів мова хворих схожа на так звану мовну мішанину (шизофазія). Її різновидом є подвійне мислення, коли хворий сприймає свої думки за чужі (явища психічного автоматизму). Розірване мислення характерне для шизофренії.

Мислення символічне — одне поняття стає символом іншого, іноді на підставі випадкових другорядних ознак. Характерне для шизофренії. Виявляється, наприклад, символічними позначками (цифри, геометричні фігури тощо) в листі хворого. Мислення персевераторне — полягає у тривалому застряганні,

домінуванні однієї і тієї самої думки чи уявлення, у повторенні одних і тих самих слів, фраз, виникненні одних і тих самих уявлень, образів, незалежно від зміни ситуації. На різні запитання хворий може відповідати однаковою фразою.

Наприклад: “Як вас звати?” “Роман Іванович.” “Скільки вам років?” “Роман Іванович”. І так далі. Спостерігається при шизофренії та органічних ураженнях головного мозку, старечій та атеросклеротичній деменції, хворобах Піка та Альцгеймера.

Мислення аутистичне — відірване від реалій. Коло асоціацій з навколишнім світом обмежене. Асоціації виникають переважно на основі ідей, уявлень, відчуттів, пов’язаних із хворобливими домінуючими переживаннями. Хворі замикаються в собі, тримаються осторонь, ні з ким не спілкуються. Відповіді на запитання формальні. Фантазія і реальність співіснують і не розділяються хворим, бажане сприймається за дійсність. Характерне для шизофренії. **Мислення кататимне** (кататимічне, афективне) — втрата логічного мислення внаслідок впливу на нього афективно забарвлених уявлень, бажань, побоювань. Спостерігається при паранойяльному розвитку особистості.

Мислення конкретне (формальне, примітивне) — обмежене конкретними, примітивними поняттями, судженнями, що не досягає рівня абстракції. Неможливість “відірватися” від формальних ознак явищ та предметів, проникнути до їхньої внутрішньої сутності. Наприклад, на прохання пояснити зміст виразу “шило в мішку не сховаєш” хворий відповідає: “Шило гостре, проколить мішок і вилізе”. Цей тип мислення характерний для хворих з олігофренією. Розлади мислення за змістом асоціацій

Серед розладів мислення особливе значення мають *хворобливі ідеї*: маячні, маячноподібні, надцінні (домінантні), нав’язливі, їх сутність полягає у тому, що в судженнях і висновках хворих з’являються ствердження, що суперечать дійсності.

Маячні ідеї (маячня) Маячні ідеї — розлад мислення з помилковим, неправильним судженням, що спотворено відображає дійсність. Цілком оволодіває свідомістю хворого і не піддається логічній корекції (переконанню). З точки зору хворого, він мислить правильно, отже, не сумнівається. Маячню неможливо виправити ні переконанням, ні за допомогою наочних доведень. Саме

цим вона відрізняється від помилкових суджень, вірувань. Маячні ідеї можуть з часом втратити свою яскравість, актуальність, але спроба щось довести тільки зміцнює віру хворого в його правоту і дає поштовх до подальшого розвитку недуги. Тут доцільно згадати афоризм: “Сто мудреців не в змозі переконати одного божевільного”. Маячні ідеї досить різноманітні за своїм змістом, структурою і роллю, яку вони відіграють у загальній клінічній картині психічного захворювання. Джерелами їх формування є повсякденне життя, духовна сфера недужого, його зовнішні враження, обставини тощо. На зміст маячні впливають індивідуальна психологія особистості, рівень інтелектуального розвитку, освіта, професія, середовище, в якому живе хворий. Конкретний зміст маячні залежить від епохи проживання особистості. *Наприклад*, у середні віки домінували ідеї диявола, чаклунства, чарівництва, пізніше — магнетизму, телепатій, гіпнозу тощо, а нині найчастіше скаржаться на дію біотоками, космічними променями, атомною енергією, радаром та ін. З цього приводу можна навести висловлювання Модслі: “Божевільня завжди більшою чи меншою мірою відображує час”. В. Грізінгер, А. В. Снежневський та інші психіатри об’єднували маячні ідеї за змістом у три групи. Група 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 стосунку. Хворий вважає, що все, що відбувається навколо, стосується його безпосередньо і має якийсь особливий сенс: усі багатозначно дивляться на нього; різні вчинки, жести, висловлювання, радіо- й телевізійні передачі, а іноді ті чи ті явища природи — то все не просто так, а має якусь причетність до хворого.

Маячні ідеї впливу. На думку хворого, причиною змін в його організмі є хтось, що на нього впливають за допомогою апаратів, променів, електричного струму (маячня фізичного впливу) або гіпнозу, телепатії, навіювання (психічного впливу).

Маячні ідеї отруєння. Хворий переконаний, що хочуть його смерті, а тому в їжу підсипають отруту, дають токсичні ліки, в квартиру напускають газ тощо. Маячні ідеї втрати, шкоди, пограбування. Хворий впевнений, що невідомі

злочинці або знайомі люди мають його пограбувати або вже обікрали, розорили, позбавили квартири, майна, заробітку. Навіть “виявляє” в квартирі сліди злочину.

Маячні ідеї звинувачення. За словами хворого, люди, що оточують, звинувачують його в причетності до брехні, поганого вчинку, аморальної поведінки тощо.

Маячні ідеї ревнощів. Хвора людина вважає, нібито 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 непереборна схильність обстоювати свої права, інтереси шляхом численних скарг, позовів, заяв до суду, прокуратури, органів влади.

Маячні ідеї еротичного змісту — різновид маячні стосунку, впливу, що іноді поєднується з маячними ідеями переслідування: певна особа протилежної статі кохає хвору (хворого), почуває сильну пристрасть до неї (нього) і тому різними способами намагається привернути до себе увагу, привабити, викликати симпатію.

Маячня персекutoryна (ставлення, переслідування, впливу, отруєння, шкоди) — супроводжується відчуттям страху, недовіри, підозри до оточення.

Група II. **Маячні ідеї величі.** Хворий переконаний у своїй винятковості (“здібний, усе може, багатий, має високе суспільне становище”). Виникає на фоні піднесеного настрою. Маячня величності виявляється по-різному.

Маячні ідеї багатства. Хворі стверджують, що їхня заробітна плата обчислюється мільярдами, що вони мають тонни дорогоцінних металів і каменів, велику спадщину тощо. Маячні ідеї високого походження. Пацієнт вірить, що він за походженням із знатного роду, має кровні зв’язки з людьми, які займають провідне становище в політиці, мистецтві, науці і т. ін.

Маячні ідеї винаходу і відкриття — розлад мислення, коли особа безпідставно, часто не маючи спеціальної освіти й 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, що виникли у процесі “розробки” і “впровадження” різних реформ — від незначних до глобальних. Хворі розробляють класифікації людських знань, складають плани “академії людського щастя” тощо.

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

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

Маячіння самозвинувачення. Хворі звинувачують себе у життєвих помилках, аморальних думках і бажаннях, у “скоєнні” аморального вчинку чи злочину, за який мають бути тяжко покарані.

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

Маячіння нігілістичне (Котара) — різновид іпохондричного маячіння. Хворий стверджує, що внутрішні органи атрофовані і не функціонують, перебувають у стані розкладу (“серце зупинилося”, “кров застигла в судинах” тощо), тобто він “чекає” смерті. Інколи вважає себе живим трупом, що розкладається.

Маячіння одержимості — це своєрідні іпохондричні маячні ідеї, зміст яких полягає в тому, що, на переконання хворого, в його тіло вселилися певні тварини, міфічні або уявні істоти. Виокремлюють *первинне* — інтерпретативне маячіння і *вторинне* — чуттєво-образне. Інтерпретативне (первинне) маячіння. Порушується опосередковане (абстрактне) пізнання дійсності. Клінічно

характеризується більш-менш складною системою ідей спотвореного (викривленого) судження, тлумачення реалій життя, безпосереднє відображення яких залишається не порушеним. Правильно сприймаючи оточення, обстановку, дійсність, хворі висловлюють помилкове, хворобливо-хибне судження про них, яке не піддається логічному виправленню. До інтерпретативного маячіння належать ідеї величності (інтелектуальної переваги, винаходу, відкриття, еротичності). Воно розвивається в осіб з паранойяльними рисами характеру (переоцінювання власної особистості, психічна ригідність, недовіра, підозра тощо). Первинне маячіння розвивається повільно, послідовно і має кілька етапів розвитку. Спочатку хворий помічає, що люди, які його оточують, події, що відбуваються навкруги, несуть якусь таємницю, щось обіцяють, мають певне відношення до хворого, але все це не визначене (К. Ясперс, 1923). Хворі очікують чогось, що має відбутися, і це їх насторожує. Згодом виникають маячні уявлення. Внаслідок цього минулі події набувають особливого сенсу, нового забарвлення, значення у вигляді “осіяння” (“нарешті я зрозумів, що я — Бог, а все, що відбувається у світі, — наслідок моїх розпоряджень” та ін). Завершальним етапом первинного маячіння є його кристалізація, в процесі якої маячні ідеї набувають “злагожденості й завершеності”. У разі первинного маячіння передусім втрачається здатність до логічного мислення. Свою точку зору такі хворі “підтверджують” упереджено підібраними доказами. Беруть до уваги лише те, що відповідає ідеї, яку вони обстоюють, а іншими аргументами нехтують.

До первинного (інтерпретативного) маячіння належать ідеї переслідування, отруєння, взаємин, винаходу, відкриття, кверулентські, величності, еротичні.

Інтерпретативне маячіння характерне для паранойяльного та парафренного (парафренічного) синдромів. Чуттєво-образне (вторинне) маячіння характеризується розладом чуттєвого пізнання, що супроводжується підвищеною афективністю та загальним розгубленням, поряд із порушенням абстрагування. При цьому не зберігається певна єдність світогляду. Хворобливі ідеї спираються не на систему доводів, а переважно на образи, фантазію, здогадки. Хворий скрізь вбачає натяки на свою адресу: в усмішках людей, статтях у газеті, на радіо, в

телепередачах, лампочках, що світяться, тощо. Скажімо, вважає, що це сигнал його уявних ворогів. На відміну від інтерпретативного, вторинне маячіння пов'язане з галюцинаторними переживаннями та афективними розладами. **Чуттєво-образне маячіння** не систематизоване. В його основі лежать чуттєво забарвлені, яскраві, образні уявлення. Це визначає фрагментарність і непослідовність їх виявів. Зміст образного маячіння різноманітний. Він то наближається до реального, то носить фантастичний характер. До нього належить антагоністичне, або маніхейське (М. Діде, П. Гіранд, 1922), маячіння. В основі його лежить боротьба двох начал — добра і зла, характер і наслідки якої залежать від поведінки хворого, його намірів і вчинків.

Афективне (голотимне за Е. Блейлер, 1906) **маячіння** має депресивне або маніакальне забарвлення. Вияви депресії досить різноманітні: маячні ідеї шкоди, втрати, різні варіанти іпохондричного маячіння аж до маячіння Котара, за якого іпохондричні переживання набувають мегаломанічного характеру (“мої страждання ніколи не закінчатся, загине світ, зникне людство, залишусь лише я і мої страждання...”).

Афективне маячіння маніакального забарвлення виявляється ідеями величності. Катастетичне маячіння (В. А. Гіляровський, 1949) — маячні ідеї, пов'язані з порушенням інтерорецепції. Хворобливі відчуття від внутрішніх органів формують, головним чином, маячні ідеї іпохондричного змісту, а також впливу і переслідування. За структурою маячні ідеї поділяють на систематизовані та несистематизовані.

Маячіння систематизоване. Маячні ідеї входять до певної системи з об'єднувальною центральною думкою. Судження стають системою поглядів, що визначають світогляд хворого загалом. На цих судженнях зосереджується усе психічне життя недужого. При цьому спотворюється певне відбиття внутрішніх зв'язків між явищами реального світу. Одне хворобливе судження пов'язується з іншим, викристалізовуючи маячну систему. Систематизованим є параноїяльне (параноїчне) та парафренічне маячіння. За механізмом утворення систематизоване маячіння є інтерпретативним. К. Ясперс писав, що при цьому “маячна робота”, яка вимагає “всіх інтелектуальних сил особистості”, внаслідок чого виникає “маячна

система”, зрозуміла нам у своїх зв’язках і стає незрозумілою відносно первинного переживання.

Маячіння несистематизоване характеризується браком послідовної системи доказів. Такі маячні ідеї уривчасті, не пов’язані між собою, фрагментарні, безглузді й швидко змінюються. За механізмом виникнення, несистематизоване маячіння є чуттєво-образним. Воно пов’язане з порушенням сприйняття (галюцинаціями). Характерне для параноїдного синдрому.

Маячіння резидуальне характеризується тим, що хворий деякий час упевнений в істинності своїх переживань, які спостерігалися в період загострення хвороби на фоні порушеної свідомості. Маячіння індуковане (наведене) виникає у родичів та інших осіб (реципієнтів), які тривалий час близько спілкуються з хворим (індуктором).

Фабула маячіння буває різноманітною (це — переслідування, сутяжництво, еротична), але завжди схожа на фабулу маячіння індуктора. Такі розлади частіше спостерігаються у людей зі зниженим критичним началом та посиленою навіюваністю, зумовленими природженими психічними аномаліями (при олігофренії, психопатії тощо) або набутими дефектами психіки (атеросклеротична деменція, затяжний астенічний стан і т. ін.). Зазвичай *індуковане* маячіння зникає через кілька діб після припинення спілкування реципієнта з індуктором. Інколи маячіння індуковане спостерігається у значної кількості осіб і навіть призводить до “психічних епідемій”. Це було особливо поширено в середні віки. Якщо реципієнтом є також психічно хворий (наприклад, на шизофренію), тоді виникає конформне маячіння, коли відбувається взаємоіндукція. Навіть після роз’єднання таких коделірантів маячіння може зберігатися і в подальшому розгортатися в кожного самостійно.

Паранойяльне маячіння. Виникають систематизовані маячні ідеї щодо тих чи тих осіб, подій або ж обстановки. Починається все з переоцінки власної особистості, появи надцінних ідей, а згодом — тлумачення маячних ідей. Розвивається паранойяльне маячіння після неприємного переживання чи конфлікту. Спочатку виникають маячні ідеї величності, до яких приєднуються маячні ідеї переслідування (стосунків, впливу, отруєння тощо). Вони пов’язані

між собою й утворюють певний маячний (паралогічний) сюжет. При паранойяльному маячінні не буває розладів сприйняття, інтелектуально-мнестичні функції збережені. На початку розвитку паранойяльних маячних ідей хворих “переслідують” уявні вороги, а згодом вони самі стають переслідувачами (“переслідувані переслідувачі”, за висловлюваннями Лассега і Фальре).

Парафренічне маячіння. У людей зрілого віку поступово, протягом тривалого часу (роки, десятиліття) розвиваються систематизовані маячні ідеї. Вони мають зв’язок з розладами сприйняття. Розпочинається парафренічне маячіння з появи ідей переслідування (стосунків, фізичного й психічного впливу, отруєння тощо). У період кристалізації маячних ідей розвиваються ідеї величності. За механізмом утворення парафренічне маячіння є інтерпретативним і чуттєво-образним. Тривалий час інтелектуально-мнестичного та емоційно-вольового зниження особистості не спостерігається. Залежно від переважання у структурі парафренічного маячіння тих чи тих психічних розладів виділяють різні його форми. Для систематизованої парафренії характерне систематизоване маячіння переслідування, а експансивне (величності) відступає на другий план. При фантастичній парафренії домінують чисельні експансивні маячні ідеї (величності). Якщо у клінічній картині переважають маячні конфабуляції, тоді йдеться про конфабуляторну парафренію, що характеризується ретроспективним маячінням. Експансивній парафренії властивий виражений підвищений афективний стан.

Параноїдне маячіння характеризується появою маячних ідей стосунку, впливу, отруєння, переслідування, величності, самоприниження тощо. Ці ідеї не систематизовані, тобто не створюють послідовної системи “доказів”. Механізм розвитку параноїдного маячіння пов’язаний з розладами сприйняття (ілюзії, галюцинації, метаморфопсії тощо). Це чуттєво-образне маячіння, що супроводжується афективною напругою (страхом, тривогою, злістю, руховим збудженням). Тлумачення дійсності має фрагментарний, непослідовний, уривчастий характер. Маячним переживанням і висловлюванням бракує “стержня”, навколо якого формувалася б маячна система.

Маячноподібні ідеї — хворобливі ідеї переоцінювання або недооцінювання власної особистості, що виникають на тлі зміненого настрою (підвищеного чи зниженого). Вони ґрунтуються на певних реальних фактах. Такі ідеї, на відміну від маячних, деякою мірою можна коригувати, але не завжди й не надовго. Вони ніколи не бувають безглуздими. Найчастіше маячноподібні ідеї спостерігаються у структурі маніакального і депресивного станів. У випадку маніакального стану на фоні піднесеного настрою хворий переоцінює можливості власного “Я”, своїх здібностей тощо. У депресивному стані виникають маячноподібні ідеї самоприпинення, самозвинувачення, гріховності, втрати. Надцінні ідеї (домінантні) — це думки, що переважають над усіма іншими. Виникають вони внаслідок реальних обставин, але згодом набувають надмірного емоційного забарвлення, займають у свідомості людини домінуюче становище і впливають на процес мислення загалом. Усі інші думки гальмуються або, навпаки, концентруються, посилюючи надцінну ідею. Такими стають частіше ті ідеї, що особливо зачіпають особистість хворого.

Надцінні ідеї не завжди є завершеним феноменологічним утворенням. За прогресування хвороби можлива їхня трансформація в маячні ідеї (обмежене маячіння стосунку). Virізняють також проміжні хворобливі ідеї, так зване надцінне маячіння К. Бірнбаума (1915), що може перейти в паранойяльне. Надцінні ідеї коригуються дуже важко, а іноді не зовсім. При цьому з інших питань хворі означеної групи можуть мати правильні судження. Найчастіше надцінні ідеї спостерігаються у психопатичних осіб, насамперед при розладі особистості паранойяльного типу.

Нав’язливі ідеї — думки, що виникають у людини, чужі для її свідомості в даний момент. Хворий критично оцінює їх, вважає безглуздими, бореться з ними, прагнучи позбутися. У пацієнта з’являються “брудні” думки, що суперечать його моралі, блюзнірські уявлення, в тому числі й стосовно тих, кого поважає і любить. Такі думки можуть з’являтися у релігійних людей під час перебування у церкві, споглядання ікон, молитви тощо. До нав’язливості відносять також безплідне мудрування, нав’язливі спогади. Такі хворі поринають у тривалі тяжкі роздуми відносно зовсім неактуальних, далеких від реальності подій, уявлень. Хворий

розмірковує, що з ним буде після смерті, як розкладатиметься його тіло, у що перетвориться його прах, які рослини виростуть і т. ін. Нав'язливі спогади про якийсь давній вчинок, непереборні, надто тяжкі. При цьому досить чітко вираженим буває відчуття сорому, розкаяння, хворий марно старається забути про це. Нав'язливі думки (ідеї) часто поєднуються з нав'язливими сумнівами, побоюваннями, страхами (фобіями), потягами, діями. У цьому разі більш правильно розглядати їх як нав'язливі стани (синдром нав'язливих станів). Нав'язливі сумніви виявляються у тому, що хворий постійно має сумніви щодо завершеності дій (чи замкнув квартиру, чи не тече вода, чи вимкнув газ тощо). Багаторазова перевірка не заспокоює хворого, хоча він і розуміє необґрунтованість сумнівів, їх хворобливий характер. Хворі переживають відчуття невпевненості щодо точності й правильності виконання роботи, часто повертаються до об'єкта занять, перевіряють самі себе, але залишаються невдоволеними, чекаючи поганих наслідків. Нав'язливі побоювання виявляються у хворих, які, виконуючи ту чи іншу дію (навіть автоматизовану), сумніваються у власних силах. Їм здається, що можуть збитися, помилитися, бути незграбними тощо.

Нав'язливі страхи (фобії) досить численні. Це інтенсивні страхи з приводу різноманітних явищ. Хворі розуміють безглуздість своїх фобій, намагаються їх подолати, але все те марно. Найчастіше спостерігаються такі нав'язливі страхи: *агорафобія* (страх відкритого простору, площ, широких вулиць), *гіпсоманія* (страх висоти), *клаустрофобія* (страх замкнутих приміщень), *мізофобія* (страх забруднення), *танатофобія* (страх раптової смерті), *токофобія* (страх померти під час пологів), *оксифобія* (страх гострих предметів), *нозофобія* — *канцерофобія*, *сифілофобія*, *снідофобія* та інше (страх захворіти), *монофобія* (страх самотності), *гідрофобія* (страх води), *сигофобія* (страх прийняття їжі), *гінекофобія* (страх бути із жінкою),

міксеофобія (страх виявитися неспроможним у ситуації інтимної близькості),
урофобія (страх мимовільного сечовипускання),
еритрофобія (страх почервоніти), *фобофобія* (страх виникнення страху),
пантофобія (всеохоплюючий страх) тощо.

Нав'язливі потяги — раптова потреба в реалізації певної дії, до якої хворий ставиться критично (розуміє її безглуздість), намагається уникнути її, але це йому не вдається. До нав'язливих потягів і дій (без фобій) належать звичні рухи, яких важко уникнути, попри значні зусилля. Наприклад, скалити зуби, постійно торкатися обличчя, відтягувати шкіру на обличчі, поправляти зачіску. Нав'язливим вважають включення у мову зайвих за змістом слів на зразок “розумієш”, “так би мовити”, “часто-густо”, “коротше кажучи” та ін. У психіатричній практиці спостерігаються нав'язливі контрастні потяги — компульсії. Наприклад, нав'язливий потяг брудно вилятися серед людей, ударити випадкового перехожого чи кохану людину, розсміятися в трагічних ситуаціях. На відміну від маячіння, контрастні нав'язливості ніколи не реалізуються. Цим вони відрізняються від імпульсивних дій. Нав'язливі дії, поєднуючись з фобіями, мають ритуальний характер. Виконання нав'язливого ритуалу полегшує психічний стан хворого (своєрідний психологічний захист). Ці дії виконують усупереч здоровому глузду, начебто для запобігання уявному лихові. Наприклад, хворі плещуть у долоні у певній послідовності, миють руки милом до появи якоїсь кількості мильних бульбашок, рахують на вулиці лисих до задуманої кількості тощо. Якщо хворий унаслідок деяких обставин не може виконати нав'язливу дію, у нього з'являється психічний дискомфорт (неспокій, тривога, паніка), який тримається доти, доки дію не буде виконано.

Нав'язливі стани спостерігаються при неврозі, психостенічній психопатії, при ураженні судин головного мозку, церебротравматичних розладах, при шизофренії.

3. Розлади емоцій

Емоції — це переживання людиною ставлення до самого себе та навколишніх. Сприйняття зовнішнього світу разом з відчуттям власного тіла

супроводжується певними почуттями, в яких виражається наше ставлення до цих вражень.

Емоції відіграють значну роль у всіх виявах людського життя — задоволенні інстинктивних потреб, професійній діяльності, комунікативній активності тощо. Емоції і почуття мобілізують організм до адекватної адаптації, відображають стан людини, її погляди на те, що вона робить чи відчуває.

Механізм виникнення емоцій пояснює низка теорій. За однією з них — теорією Джеймса-Ланге — емоції виникають унаслідок вісцеральних та м'язових реакцій. Людина плаче не тому, що їй сумно, а навпаки: їй сумно через те, що вона плаче.

Теорія Кенона-Барда стверджує, що переживання є наслідком надходження імпульсів з гіпоталамуса до стовбура головного мозку, а не з периферії.

За концепцією школи І. П. Павлова, фізіологічною основою емоцій є підкірка, а вищим регулятором емоцій — кора великого мозку.

Центральний нервовий апарат емоцій — сукупність утворень, до яких належить гіпоталамус, який називають вісцеральним мозком. Кора великого мозку відіграє певну роль в інтерпретації емоційних відчуттів. Широкий діапазон людських почуттів охоплює як пов'язані із задоволенням біологічних потягів нижчі емоції, так і вищі, соціальні форми емоційної діяльності.

Нижчі емоції (голоду, сексуального інстинкту, уникнення небезпеки та ін.) виникають за інстинктивних потреб. До **вищих емоцій** належать естетичні, інтелектуальні, моральні. Вищим почуттям властивий пізнавальний елемент, естетичні ж виникають у разі споглядання прекрасного (природи, творів мистецтва, красивих людей).

Інтелектуальні почуття супроводжують пізнання, а їх метою є істина.

Моральні почуття — почуття справедливості, дружби, обов'язку, сорому і каяття.

Вищі почуття у зрілої людини виступають домінуючими, вони модифікують та спрямовують нижчі інстинктивні імпульси. Залежно від ставлення людини до явищ внутрішнього й зовнішнього світу, оцінки її емоцій можуть бути позитивними чи негативними.

Позитивні емоції свідчать, які явища нам приємні.

Негативні ж виникають у разі невдоволення чимось. Деякі автори виділяють також нейтральні емоції, наприклад, цікавість, пасивне споглядання. Крім того, емоції діляться на *стенічні* й *астенічні*.

Стенічні емоції (радість, надія та ін.) підвищують життєдіяльність організму, активізують життєві процеси, роблять людину сильнішою, *астенічні* (страх, сум тощо) — знижують м'язовий тонус, ослаблюють волю, сповільнюють психічні процеси, знижують життєдіяльність організму.

За тривалістю та інтенсивністю переживань виокремлюють емоційні стани — *настрій*, *пристрасть*, *афект*. Відносно тривале, стійке емоційне тло — *позитивне* чи *негативне* — називають *настроєм*. Сильне й тривале почуття називають *пристрастю*.

Афект — короткочасна, з бурхливим перебігом емоція, яка супроводжується руховими й вегетативними виявами. Розрізняють фізіологічний та патологічний афекти.

Фізіологічний афект — емоційний вибух, зумовлений хвилюванням (гнів, відчай, страх тощо). За фізіологічного афекту, хоч який би він був сильний, людина здатна контролювати власні вчинки, усвідомлює їх і несе відповідальність. Для здорових людей характерні емоційні коливання. Це свідчить про здатність реагувати на враження та переживання. Коливання настрою, афекти стають патологічними, коли вони виражені такою мірою, що порушують цілеспрямованість психічної діяльності, призводять до втрати працездатності.

Класифікація порушень емоцій

Порушення емоцій можна класифікувати наступним чином:

1. Патологічне посилення емоцій (манія, депресія).
2. Патологічне послаблення емоцій (емоційне сплюснення, параліч емоцій, емоційна тупість, апатія).
3. Патологія рухливості емоцій (лабільність, слабкодухість, інертність).
4. Порушення адекватності емоцій (неадекватність, амбівалентність, дисфорія, патологічний афект, немотивований страх).

Манія (гіпертимія, маніакальний афект) — стійке підвищення настрою з посиленням потягів, активності, прискоренням мови та мислення. Для маніакального афекту характерні відчуття веселості, оптимізму, щастя, нестійкість та відволікання уваги, балакучість, загострення пам'яті. Переоцінка власної особистості. Манія є симптомом маніакальної фази маніакально-депресивного психозу.

Помірно виражена манія називається **гіпоманією**. Патологічне підвищення настрою може переходити в ейфорію — стан безпричинного щастя з відтінком безтурботності, пасивності, блаженства в поєднанні з підвищеним самопочуттям та браком активності.

Ейфорія найчастіше спостерігається в стані алкогольного та наркотичного сп'яніння, під впливом хронічних інтоксикацій, при органічних психозах. На відміну від манії для неї не притаманні прискорення мислення та підвищена рухливість. Якщо уражено лобні частки мозку, ейфорія поєднується з руховою розгальмованістю, безглуздою поведінкою, придуркуватістю, зниженням інтелекту (морія). Підвищений настрій може набувати форми екстазу-переживання надзвичайного щастя, без прискореного перебігу психічних процесів та пожвавлення моторики. Такі хворі схильні до патетичних висловлювань.

Екстаз може досягати найвищого ступеня захоплення й замилювання, які поєднуються зі скованістю рухів, заціпенінням. Стан екстазу спостерігається при епілепсії, шизофренії, істерії.

Депресія (гіпотимія, депресивний афект) — стан, коли хворий перебуває у пригніченому настрої, смутку, який супроводжується зниженням фізичної активності, загальмованістю мислення, з'являються думки про власну неспроможність, передчуття нещастя, дискомфорт з відчуттям тяжкості у грудній клітці, суїцидальні наміри та спроби. Ніщо не приносить радості. У похмурих, часто трагічних тонах сприймається минуле, сьогодення і майбутнє. Самооцінка вкрай низька, переважно з відчуттям власної нікчемності, гріховності, втратою віри у власні сили. Сповільнення психічних процесів поєднується з ослабленням потягів, втратою апетиту, сну. Такий стан характерний для депресивної фази маніакально-депресивного психозу. За помірного вияву цих відхилень кажуть про субдепресію.

Депресивний афект іноді супроводжується руховим збудженням (ажитована депресія), млявістю (адинамічна депресія), надмірним виснаженням (астенічна депресія), роздратуванням та гнівом (гнівлива депресія), відчуттям нестерпного болю від втрати почуттів (анестетична депресія). В останньому разі хворі надзвичайно тяжко реагують на свій стан, усвідомлюючи власну байдужість до всього. Нерідко вдаються до суїциду. Може спостерігатися втрата почуттів (психічна анестезія).

До патологічного ослаблення емоцій належать емоційне сплющення, емоційна тупість, параліч емоцій, апатія. Під емоційним сплющенням та емоційною тупістю розуміють необоротну наростаючу недостатність яскравості емоційних виявів, втрату переживань, душевну холодність, байдужість, спустошення в емоційній сфері. Ці стани можуть супроводжуватися розгальмованістю потягів, брутальністю, агресивністю. Спостерігаються при шизофренії (простій формі), органічних ураженнях головного мозку.

Апатія — стан емоційної тупості, байдужості, бездумності. Ніщо у хворого не викликає інтересу, емоцій, у тому числі й особиста життєва перспектива. Апатія буває наслідком тяжкої патології — шизофренії, пухлин мозку, атрофічних процесів у головному мозку, хвороб Піка, Альцгеймера. Психотравмуючі події надзвичайної сили (звістка про смерть близької людини, стихійне лихо із загибеллю людей, землетрус) можуть спричинити параліч емоцій — раптову втрату почуттів. Клінічна картина такого стану також полягає у повному зникненні інтересів, загальмуванні моторики, бездіяльності, бездумності, але, на відміну від апатії, параліч емоцій — короткочасний і обіговий процес. Порушення рухливості емоцій може виявлятися у формі їх надмірної лабільності та інертності. Для емоційної лабільності характерні легкий, швидкий перехід від підвищеного настрою до зниженого і, навпаки, без явної причини. У дитинстві емоційна лабільність є фізіологічною нормою. Як патологія вона найчастіше спостерігається в істеричних осіб, а також після травм головного мозку. З будь-якого приводу може з'явитися бурхлива, афективна реакція з вегетативними розладами, руховим збудженням. Усвідомлюючи її неприродність, хворі досить швидко заспокоюються, визнають, що не змогли стриматися.

Слабкодухість — афективне нетримання, коли з найменшого приводу людина плаче. Сльози чи сміх можуть виникнути внаслідок якогось спогаду. Слабкодухість характерна для хворих з ураженням судин головного мозку, особливо атеросклеротичним.

Інертність емоцій — тривале зосередження на неприємних емоціях, відчутті провини, образі, злості. Зустрічається при епілепсії, психопатіях (розладах особистості).

Емоційна неадекватність (паратимія) — симптом, який виражається в почутті, що не відповідає причині (кількісній і якісній), що його зумовила. Прикладом емоційної неадекватності може бути веселий настрій хворого при звістці про смерть близької людини. Паратимія також характерна для шизофренії. При амбівалентності емоцій хворий одночасно переймається двома протилежними почуттями. Наприклад, любові й ненависті, жалю та жорстокості. На думку Е. Блейлера, який вніс значний вклад у вчення про шизофренію, амбівалентність є одним із чотирьох основних симптомів цієї недуги.

До порушень адекватності емоцій належить і **дисфорія**. Хворий стає пригніченим, злостивим, похмурим. Надто чутливим до зовнішніх подразників, напруженим, гнівливим. Нерідко скаржиться на відчуття страху. Будь-яка дрібниця може стати приводом до агресивних дій, жорстокості, насильства. Стани дисфорії характерні для епілепсії та органічних уражень мозку. Вони виникають раптово і тривають від кількох годин до кількох діб.

Патологічний афект — це короткочасне порушення психічної діяльності у вигляді бурхливої емоційної реакції із затьмаренням свідомості. Патологічний афект виникає при епілепсії, травматичному ураженні головного мозку, психопатії, під впливом різноманітних несприятливих чинників (алкогольне сп'яніння, психічна травма, перевтома). Подразник незначної сили спричинює таку емоційну реакцію, що хворий стає здатним до руйнівних та агресивних дій. Патологічний афект виникає раптово, триває від кількох секунд до кількох хвилин (рідше годин) і закінчується глибоким сном з подальшою повною або частковою амнезією.

У літературі, присвяченій проблемам психіатрії, часто висвітлюються симптоми тривоги і страху. Страх виражається у відчутті напруження з очікуванням

небезпеки чи нещастя. Супроводжується прагненням уникнути небезпеки, втекти. Хворий сконцентрований на загрозі та небезпеці, які свідомо розпізнаються. Під час тривоги відчуття небезпеки не має конкретного змісту. Страх та тривога часто домінують у структурі багатьох психічних хвороб

4. Розлади ефекторно-вольової сфери та потягів

Діяльність людини визначається її потребами, інтересами та ідеалами. Вона детермінована самим життям. Усі потреби її соціально опосередковані. Діяльність слід розглядати як вияв трьох форм дії: вольової, автоматизованої та інстинктивної. Кожна з них не виявляється ізольовано: усі вони поєднані.

Воля — усвідомлена цілеспрямована психічна активність людини на виконання або затримку дії. Вольові дії скеровані до свідомо визначеної мети, що супроводжується зосередженням на ній уваги. Автоматизовані дії також спрямовані до свідомо поставленої мети, але, на відміну від вольових, не вимагають зосередження на них уваги. Інстинктивні дії також цільові, однак не супроводжуються свідомим спрямуванням їх до певної мети, а зумовлені фізіологічними потребами.

Поведінка психічно здорової людини диктується її потребами. Розрізняють вищі (пізнавати, спілкуватися, працювати, мати певне становище в суспільстві) та нижчі, або біологічні (харчова, самозбереження, сексуальна), потреби. Вищі, або психосоціальні, потреби формуються в людини протягом життя. Вони залежать від особистості та соціальних чинників.

Вищі потреби — індивідуальні для кожної людини і на їх основі формуються вищі почуття: соціально-етичні, естетичні, інтелектуальні, релігійні. Вищі й нижчі потреби суб'єктивно переживаються людиною і виявляються у вигляді потягів і бажань.

Потяг — це недостатньо усвідомлений внутрішній вияв потреби, що виявляється імпульсивним емоційним напруженням, яка спонукає до дії, визначає поведінку людини до задоволення потреби. Те, що змушує людину до дії з метою задоволення її потреб, називається мотивацією. Потреби є внутрішнім, а мета — зовнішнім виявом мотивації.

Порушення ефекторно-вольової сфери

Гіпербулія (загострення, посилення волі) полягає у підвищеній діяльності, руховому неспокої, прискоренні та посиленні мовної продукції. Такі хворі хапаються за безліч справ, але жодної не доводять до кінця. Гіпербулія спостерігається при маніакальних станах в осіб із психопатичними рисами особистості. Осередкове підвищення волі притаманне наркоманам, коли їм треба добути наркотичні речовини. Гіпербулія властива також хворим з паранойяльними та парафренічними маячними ідеями. Вони “борються” за власні ідеї, права, проти уявних ворогів тощо.

Гіпобулія (ослаблення волі) виявляється зниженням вольової активності. У таких хворих спостерігається зниження спонукань, потягів і бажань. Моторика, міміка, пантоміміка, жестикуляція збіднені. Пацієнти не стежать за зовнішнім виглядом, одягом, схильні до самотності. Гіпобулія характерна для астенічних та депресивних станів, шизофренії, енцефаліту.

Абулія — повна втрата вольової активності, прагнень, спонукань до діяльності. Через втрату вольової діяльності інколи розгальмовуються автоматизовані та інстинктивні дії. Абулія може досягти ступеня, коли у хворих залишаються лише дії, що вкрай потрібні для підтримки життєдіяльності. У таких пацієнтів спостерігається загальмованість мімічних та пантомімічних рухів, мови. Означена патологія завжди поєднується зі зниженням або втратою почуттів, унаслідок чого формується апато-абулічний синдром. Абулія є типовим симптомом шизофренії, а також виникає як наслідок інших психічних недуг.

Парабулія — це спотворення вольової активності людини, коли змінюються не лише вольові дії, а й автоматизовані та інстинктивні. Парабулія проявляється багатьма симптомами.

Розглянемо деякі з них:

Мутизм — порушення мовного спілкування за відсутності осередкових уражень мовних центрів головного мозку, тобто немотивоване мовчання. Хворі не відповідають на запитання, у них втрачена також здатність до спонтанної мови. Негативізм — немотивований протипульс, безглузда протидія, опертя з боку хворого будь-якій дії ззовні, іноді затяте прагнення чинити наперекір.

Виокремлюють активний (дії хворого протилежні інструкції) та пасивний (бездіяльність, хоча є дії відповідно інструкції) негативізм.

Атактичні дії (амбітендентність) — двоїстий характер дій як вияв двох протилежних мотивацій, розщеплення дій, коли у хворого одночасно виникає два протилежних прагнення і він виконує дві протилежні дії в один і той самий проміжок часу.

Парапраксія — спотворення рухів. Прості дії набувають карикатурного, химерного характеру (манірність, кривляння тощо).

Парамімія — потворні гримаси, мімічна гра, що не відповідають ні змістові висловлювань хворого, ні його емоціям.

Ехомімія — копіювання міміки людей, в оточенні яких пацієнт перебуває.

Ехопраксія — хворобливий стан, за якого хворий бездумно повторює дії, рухи інших.

Стереотипія рухів — повторення одних і тих самих рухових дій (похитування всім тілом, згинання та розгинання тулуба тощо). 68 Ехолалія — автоматичне повторення слів, запитань співрозмовника.

Стереотипія мови (вербігерація) — повторення одних і тих самих слів чи фраз.

Ступор — зниження або втрата рухової активності. До парабулій належить також: гебоїдна поведінка, що характеризується придуркуватістю, безглуздістю, неадекватною веселістю, “інертною ейфорією”, безпричинними сміхом, пустотливістю, карикатурністю рухів, дій, кривлянням. Хворий може говорити нісенітниці тощо.

Насильницькі дії — це нескладні дії, мимовільні рухи (ніби якась невідома сила змушує психічно хвору людину виконувати їх). Пацієнт не може протистояти цим впливам (моторний психічний автоматизм).

Нав’язливі дії — це рухи або дії, що їх виконує пацієнт проти власного бажання. Він критично оцінює їх безглуздість, але протидіяти цьому не може. Нав’язливі дії відволікають увагу людини доти, доки не будуть реалізовані. Іноді вони мають ритуальний характер (начебто з метою застерегти від лиха самого хворого чи його близьких). Нав’язливі дії поєднуються з нав’язливими сумнівами,

побоюваннями, мудруваннями, думками. Спостерігаються при невроті нав'язливих станів, психопатіях, шизофренії.

Розлади потягів

Розлади потягів виявляються непереборним прагненням, що оволодіває хворим усупереч здоровому глузду, почуттям та волі виконати безглузді дії. До них належать:

- дромоманія — непереборний потяг без будь-якої мотивації до бродяжництва;
- піроманія — неподоланна пристрасть до підпалювання без будь-яких мотивів;
- kleptomанія — бажання красти зовсім непотрібні речі без будь-якої мотивації, стимулів і зацікавлення;
- міфоманія — потяг до обману, брехні, вигадок, фантазій (без розладу пам'яті);
- арифмоманія — непереборне, нав'язливе бажання рахувати будь-які предмети;
- дипсоманія — раптовий, непереборний потяг до алкоголю, періодичні запої;
- копролалія — непереборний потяг говорити непристойності, цинічно лаятися.

Імпульсивні розлади потягів спостерігаються у психопатичних особистостей при невроті, на початку розвитку шизофренії. Хворобливі розлади харчового потягу (інстинкту) виявляються його посиленням — **поліфагія, булімія** (надмірне поїдання їжі за відсутності відчуття ситості). Спостерігаються вони при невротичних станах, шизофренії, органічних ураженнях головного мозку.

Для ослаблення харчового потягу (**анорексії**) характерна відмова від їжі. Інколи поліфагію змінює анорексія, що спостерігається при нервовій анорексії. Ослаблення харчового інстинкту супроводжує депресивні й астеничні стани, шизофренію, тривалі соматичні захворювання.

Спотворення харчового інстинкту (потягу) називається **копрофагією**.

Хворі їдять неїстівне (кал, землю, п'ють сечу тощо). Це патологічне явище буває при розумовій відсталості, деменції, органічних ураженнях головного мозку. Хворобливі розлади інстинкту самозбереження виявляються у його посиленні, ослабленні та спотворенні. Посилення цього інстинкту виражається агресивними або панічними реакціями, немотивованими скаргами, суїцидальними намірами, тенденціями та вчинками. Спотворення інстинкту самозбереження виявляється у психомоторному збудженні з нанесенням самопошкоджень. Ці розлади бувають в

осіб із психопатичною структурою особистості, у хворих на шизофренію. Хворобливі розлади статевого інстинкту й статевого потягу (**лібідо**) виявляються гіперсексуальністю, тобто загостренням статевого потягу (у чоловіків — сатириаз, у жінок — німфоманія), гіпосексуальністю, або ж ослабленням лібідо, та статевими збоченнями (статеві перверзії, парафілія).

Гіперсексуальність спостерігається при маніакальних станах, органічних ураженнях головного мозку з психічними виявами — прогресивному паралічі, старечому недоумстві, епідемічному енцефаліті, олігофренії.

Гіпосексуальність супроводжує депресивні й астеничні стани, неврози, шизофренію. Статеві перверзії виявляються зміною спрямування статевого потягу та форм його реалізації. Їх можна вважати істинними тільки тоді, коли спотворений статевий потяг реалізується, заміщуючи нормальне статеве життя. Статеві збочення досить різноманітні. Це можуть бути порушення статевої самосвідомості (**транссексуалізм**), психосексуальних орієнтацій за об'єктом, віком та статтю об'єкта.

Транссексуалізм — стійке усвідомлення власної належності до протилежної статі, попри те, що статеві залози, сечостатеві органи й вторинні статеві ознаки відповідають генетичній статі.

Патологічний онанізм — отримання статевого задоволення за допомогою тільки механічного подразнення статевих органів (фізичний онанізм) або посиленого фантазування на еротичні теми (психічний онанізм).

Нарцисизм (аутоеротизм) — спрямування лібідо на самого себе, сексуальна закоханість, милування власним оголеним тілом (культ власного тіла), що супроводжується статевим збудженням.

Експібіціонізм — отримання статевого збудження і задоволення шляхом оголювання і виставляння статевих органів перед особами протилежної статі. Спостерігається зазвичай у чоловіків.

Вуайєризм (візіонізм, скопофілія) — непереборний потяг до підглядання за статевим актом, сексуальними діями, оголеними особами, їх статевими органами з метою отримання статевого задоволення. Різновидом скопофілії є захоплення порнографією, еротичними фільмами тощо.

Фетишизм (ідолізм, символізм) — зведення до культу певного предмета (жіночої білизни, одягу, взуття або певних частин тіла — ноги, молочних залоз, статевих органів), настання статевого збудження та отримання насолоди від споглядання їх або дотику до них. Буває лише у чоловіків.

Трансвестизм — настання статевого збудження і задоволення під час переодягання в одяг протилежної статі.

Зоофілія (содомія, бестіалізм, зооерастія) — сексуальний потяг до тварин, отримання задоволення від статевого акту з ними.

Некрофілія (бертранізм) — статевий потяг до трупів, здійснення з трупами сексуальних дій і отримання від цього статевого задоволення.

Педофілія — сексуальний потяг до дітей зі спробами вступити з ними у статеві контакти.

Ефебофілія — статевий потяг до підлітків та юнаків чи юнок.

Геронтофілія — статевий потяг до осіб старечого віку, отримання статевого задоволення під час статевого акту з ними.

Гомосексуалізм (сексуальна інверсія) — порушення психосексуальної орієнтації, статевий потяг до осіб однойменної статі. Чоловічий гомосексуалізм називають уранізмом (педерастією), жіночий — лесбійством, лесбійською любов'ю, сафізмом.

Садизм — отримання сексуального задоволення під час статевих зносин тільки за умови, що зроблено боляче сексуальному партнерові. Патологічна пристрасть до жорстоких учинків, катування. Завдаючи фізичних мук іншим, садист дістає насолоду.

Мазохізм — статеве збудження і задоволення виникає лише на тлі відчуття болю, заподіяного партнером. Типи психомоторного рухового збудження — гіперкінезія

Розлади ефекторної (рухової) діяльності виявляються психомоторним збудженням, що пов'язане зі зміною свідомості та емоційної сфери.

Психомоторне збудження — надто виражена неадекватна рухова й психічна активність, патологічна за формою та силою, що створює для оточення і самого хворого ненормальні умови і навіть небезпеку. Найчастіше у лікарській практиці

зустрічаються такі види збудження: галюцинаторно-маячне, маніакальне, депресивне, кататонічне, гебефренічне, епілептичне, аментивне, хореатичне, істеричне, психопатичне, панічне, еротичне.

Галюцинаторно-маячне збудження є наслідком галюцинацій (слухових, зорових, нюхових тощо), що загрожують хворому, та маячних ідей переслідування, фізичного та психічного впливу, отруєння та ін. Збудження супроводжується афектом страху, тривоги, емоційною напругою, люттю. Хворі з підозрою ставляться до навколишнього, кожний рух тлумачать помаячному. Психомоторне збудження, спрямоване на “підозрілих”, може супроводжуватися агресивними діями (ліквідація “ворогів”). Інколи хворі “рятуються”, здійснюючи небезпечні для себе дії, наприклад, тікають через вікно, не врахувавши поверху будинку, наносять собі пошкодження, реалізують суїцидальні наміри (“краще вмерти легшою смертю”) тощо. Галюцинаторно-маячне збудження спостерігається при шизофренії та інших психічних захворюваннях, що виявляються галюцинаціями й маячними ідеями. Маніакальне збудження супроводжується немотивованими веселощами, піднесеним настроєм, прискореним плином думок (“стрибки ідей”), мова стає непослідовною (маніакальний мовний безлад). Хворі постійно прагнуть діяти. Немотивовано переходять від одного напрямку діяльності, не закінчуючи роботу, до іншого. Метушливі, неспокійні, сексуально стурбовані. Мало сплять, мало їдять, худнуть. Інколи стають дратівливими, агресивними (гнівлива манія).

Маніакальне збудження характерне для маніакальної фази циркулярного або маніакально-депресивного психозу (біполярного афективного розладу) та маніакальних станів іншого генезу.

Депресивне (меланхолічне) **збудження**, або ажитована депресія.

Депресивний синдром виявляється у пригніченому настрої, тузі, нудзї, сповільненому мисленні, загальній загальмованості.

Ажитована депресія виникає раптово, мов спалах, перериває загальмованість чи ступор. Хворі стають шаленими, не можуть усидіти на одному місці, кричать, метушаться, б'ються головою об стіну, розривають на собі одяг, виривають волосся, заломлюють руки, роблять спробу самогубства. Усе це поєднується з відчаєм, нестерпною тривогою, тугою та нудьгою. Такі хворі

висловлюють маячні ідеї самоприниження, самозвинувачення. Ажитована депресія спостерігається у депресивну фазу маніакально-депресивного психозу, при інволюційній депресії та депресії судинного походження.

Кататонічне збудження супроводжується руховим неспокоєм з безглуздими стереотипіями як мови, так і рухів. Характерними для цього стану є кривляння, манірність, карикатурність (“вишуканість”) рухів, незвичайні пози тіла, парамімії (невідповідність виразу обличчя емоціям). При кататонічному збудженні можливі імпульсивні дії, агресія, руйнівні вчинки. Характерні негативізм, амбітендентність, ехोलалія, ехопраксія тощо. Після цього зазвичай настає кататонічне заціпеніння (ступор). Такий тип збудження спостерігається при кататонічній формі шизофренії.

Гебефренічне збудження виявляється руховим і мовним збудженням з придуркуватою поведінкою. Хворі стають метушливими, на тлі піднесеного безглузлого настрою з’являються стереотипні рухи (пустотлива ейфорія): неадекватний сміх, кривляння. Вони передражнюють інших, блазнюють, копіюючи їхні дії. Стрибають, плескають у долоні, оголюються. Пози калейдоскопічно змінюються, повторюються. Можливі імпульсивні асоціальні дії. Гебефренічне збудження частіше буває у хворих з гебефренічною формою шизофренії підліткового віку.

Епілептичне збудження часто виникає в потьмареному стані свідомості, перед судомними нападами або після них і виявляється дисфорією (вираженими афектами злості, страху, спалахами гніву, агресії). Під час епілептичного збудження хворі вдаються до брутальності, можуть поранити і навіть убити. Збудження виникає раптово, без чіткого мотиву, внаслідок звуження поля свідомості. Спостерігається воно при різних видах епілепсії та епілептиформних синдромах.

Аментивне збудження виявляється безладною поведінкою. Хворі метушливі, розгублені, їхні рухи однотипні, хаотичні. Не орієнтуються в оточенні, не розуміють, що відбувається навколо, раз за разом озираються, вглядаються в обличчя людей. Постійно задають питання: “Де я?” “Хто вони?” “Що відбувається?” Висловлювання їхні непослідовні, фрагментарні (аментивний мовний безлад). Інколи хаотичний набір фраз переривається невеселим сміхом,

схлипуванням. Міміка хворих виражає здивування в поєднанні з тривогою, страхом, безпорадністю. Аментивне збудження спостерігається при інфекційних психозах та психозах виснаження.

Хореатичне збудження виникає гостро, частіше увечері або вночі, й характеризується глибокою сплутаністю свідомості та дезорієнтацією. Рухи безладні, аморфні, у межах ліжка. Хворий розмахує руками, скидає постіль на підлогу, скручує її, опускає ноги. Мова погано модульована: викрикує окремі слова, уривки фраз, склади, звуки (хореатичний мовний безлад). Соматичний стан тяжкий. Шкіра й слизові оболонки сухі, бліді. Обличчя гіперемоване. Губи з тріщинами, часто — з герпетичною висипкою. Язик сухий, вкритий сіро-коричневим нальотом. На тілі помітні синці. Гіпергідроз, фізичне виснаження. Температура тіла досягає 40–41 °С. Хореатичне збудження спостерігається при інфекційному психозі за типом “гострої маячні” і при фебрильній шизофренії.

Істеричне збудження виявляється порушеннями в афективній сфері (підвищена афективність, дратівливість, нестійкість емоцій). На фоні пригніченого настрою хворі з незначного приводу демонстративно плачуть, голосять, стукають кулаками по столу, тупають ногами, б’ють посуд, рвуть на собі одяг. Інколи знижений настрій змінюється веселістю, при цьому хворі неадекватно сміються. На висоті збудження (“рухова буря”) кричать, тремтять, метушаться, навіть до конвульсій. Демонстративно говорять про самогубство, інколи навіть роблять спробу суїциду. При істеричному збудженні можуть виникати істеричне потьмарення свідомості й істеричні напади. На поведінку хворого завжди впливає конкретна психотравмівна ситуація. Істеричне збудження може супроводжувати істеричну психопатію, істеричні форми реактивних психозів, невротичну істерію.

Психопатичне збудження найчастіше психогенно зумовлене, має певну мету й досить різноманітні вияви (залежно від форми психопатії). Психопатичні особи створюють напружену обстановку, залучаючи в конфлікт інших людей. Якщо хворого стримувати, збудження наростатиме. Зміст мови (викрики, вимоги, образи, погрози, лайка) змінюється залежно від дій навколишніх і ситуації. Спостерігається при психопатіях і у хворих з психопатоподібною симптоматикою.

Панічне збудження характеризується хаотичним, безглуздим руховим збудженням, що виникає раптово внаслідок стихійного лиха, катастроф, ситуацій, що несуть загрозу життю. Людина метушиться, виконує безтямні рухи, розмахує руками, кричить, просить допомоги, не помічаючи реальних шляхів до порятунку. Інколи раптом кудись біжить без будь-якої мети, часто — назустріч небезпеці (фугіформна реакція). Панічне збудження може супроводжуватися потьмаренням свідомості з подальшою амнезією. Для панічного збудження характерні вегетативні порушення: підвищення артеріального тиску, тахікардія, блідість шкіри, пітливість, діарея. Якщо кілька осіб охоплено таким станом, то виникає загальна паніка. Це явище інколи набуває характеру масового індукованого психозу, особливо у тих випадках, коли “індуктором” є особистість, яка піддається навіюванню.

Еретичне збудження спостерігається при олігофренії і виявляється руховим збудженням безглузлого характеру, часом руйнівними діями, супроводжується криками, інколи з нанесенням собі пошкоджень.

Типи психомоторної рухової загальмованості — *гіпокінезія*

Кататонічний ступор (лат. stupor — заціпеніння) є виявом кататонічного синдрому. Характеризується нерухомістю, тривалим перебуванням в одноманітній позі — ембріона, повітряної подушки Dupre (під час лежання на спині голова, шия, плечовий пояс припідняті), капюшона (хворі сидять чи лежать, натягнувши на голову ковдру, халат тощо, залишивши відкритим обличчя) та інші пози. При цьому людина не реагує на мокру постіль, зміни температури у приміщенні, голод, спрагу, уколи, термічні подразнення і навіть небезпеку (наприклад, пожежу). Притаманний також м'язовий гіпертонус або воскова гнучкість (утримує тіло в такому положенні, якого надають сторонні), мутизм (мовчання). Може супроводжуватися негативізмом — активним (безглузда, певною мірою активна протидія інструкціям) або пасивним (зовнішнє нереагування). Спогади на цей період зберігаються.

Субступорозний стан — це неповне заціпеніння, різного вияву мутизм, неприродна поза, часткова відмова від їжі (сторонні можуть нагодувати).

Депресивний ступор — повна або майже повна нерухомість, скорботна поза, страждальницький вираз обличчя. Вербальний контакт утруднений, відповіді односкладові. Хворі інколи бувають неохайні. Ступор раптово може змінитися

гострим збудженням, за якого пацієнт може завдати собі серйозних пошкоджень. Спостерігається при тяжких ендогенних депресіях.

Психогенний (істеричний) ступор виникає унаслідок психогенної травми — переживання катастрофи, страху, жаху, раптової смерті близьких тощо. Найчастіше буває в істероїдної особистості. Характеризується загальною загальмованістю, до заціпеніння. Іноді супроводжується мутизмом, розслабленням м'язів. Відомий під назвою “уявна смерть”.

Апатичний ступор — байдужість до всього, бездіяльність, дезорієнтування, повне безсилля, безсоння, анорексія, зниження тонуусу м'язів, неохайність. Виникає на тлі тяжкого фізичного виснаження, кахексії при затяжних симптоматичних психозах, енцефалопатіях. Називають також адинамічним, аспонтанним, абулічним ступором.

Екзогенний ступор — гіпо-, акінезія, що спостерігається при токсичних або інфекційних ураженнях головного мозку

Висновок. Зовнішній світ відчувається і сприймається таким, яким він є, але з різним ступенем повноти, залежно від мотивацій, інтересів, запасів знань та життєвого досвіду людини. Мислення є активною функцією інтелекту. Емоції і почуття мобілізують організм до адекватної адаптації, відображають стан людини, її погляди на те, що вона робить чи відчуває. Діяльність слід розглядати як вияв трьох форм дії: вольової, автоматизованої та інстинктивної. Кожна з них не виявляється ізольовано: усі вони поєднані.

Питання до теми

1. Типи психомоторної рухової загальмованості: кататонічний, істеричний, депресивний, апатичний, екзогенний ступор, субступорозний стан.
2. Характеристика поняття “Гомосексуалізм”
3. Характеристика поняття “Садизм”
4. Характеристика поняття “Мазохізм”
5. Психомоторне збудження, його види

Рекомендована література:

Основна: [1-2]

Допоміжна: [2,3,4,5,7,8]

Інформ. ресурси Інтернет: [1-3]

Міжнародні видання: [1,2]

ТЕМА 9. ОСНОВНІ СИМПТОМИ ТА СИНДРОМИ РОЗЛАДІВ ПСИХІКИ: ПОРУШЕННЯ ПАМ'ЯТІ, ІНТЕЛЕКТУ, СВІДОМОСТІ, ОЗНАКИ ДЕФІЦИТАРНОСТІ ПСИХІЧНИХ ФУНКЦІЙ

Мета. Вивченню підлягають основні симптоми та синдроми розладів психічних пізнавальних процесів. Слід з'ясувати причини порушень пам'яті, інтелекту, свідомості. Викласти ознаки дефіцитарності психічних функцій особистості.

Ключові слова: *дефіцитарність психічних функцій, синдром, симптом.*

Вступ. Подібно до того, як сприймається відображення об'єктивної реальності у певний момент, пам'ять відтворює реальність, яка була раніше сприйнята. Пам'ять пов'язує минуле з теперішнім, надає людському досвіду характеру безперервності, є основою психічного розвитку та однією з передумов інтелекту. Як організуючий чинник активної поведінки увага дає можливість зосередитися на об'єкті, який, своєю чергою, здатний привернути до себе увагу. Інтелект— це здатність людини до користування операціями мислення: аналізом, синтезом, порівнянням, абстракцією, узагальненням, конкретизацією.

План

1. Розлади пам'яті та уваги.
2. Розлади інтелекту.
3. Синдром розладу свідомості.

Висновок

1. Розлади пам'яті та уваги

Пам'ять — це психічний процес запам'ятовування (фіксації), збереження (ретенції), відтворення (репродукції) та впізнавання слідів інформації.

Розрізняють наступні види пам'яті:

- рухова (виявляється у здатності до репродукції рухів та поведінки, є основою умінь і звичок);
- наглядна (чуттєва);

- емоційна (афективна);
- логічна;
- механічна (на противагу логічній задовольняється механічним запам'ятовуванням, не зв'язує матеріал за законами логіки).

За характером домінуючої активності виокремлюють і такі види пам'яті, як: слухова, зорова, смакова, нюхова, тактильна та загального відчуття — положення тіла у просторі. Під час запам'ятовування фіксується і закріплюється нова інформація шляхом зв'язування, консолідації її з раніше отриманою. Процес запам'ятовування може бути мимовільним і довільним. Довільне запам'ятовування має цілеспрямований характер, мимовільне не ставить перед собою певної мети і відбувається ніби “саме собою”.

Розрізняють два основних види збереження інформації в пам'яті, а саме: *короткочасну й тривалу пам'ять*. Для *короткочасної* — характерне утримання інформації від кількох секунд до однієї-двох діб. Це оперативна пам'ять, пов'язана вона з циркуляцією біоелектричних імпульсів замкнутими нервовими шляхами.

За достатньої тривалості цього процесу його сліди, через необоротні зміни структури білкових молекул нейронів, консолідуються і стають основою довготривалої пам'яті. Інформація зберігається у такій пам'яті упродовж місяців, років. У процесі відтворення відбувається актуалізація матеріалу тривалої пам'яті, його перехід до оперативної. Відтворення тісно пов'язане з процесом збереження матеріалу в пам'яті та запам'ятовуванням.

Процеси запам'ятовування, відтворення та впізнавання є активними компонентами пам'яті. Для них велике значення має стан свідомості. При повній втраті свідомості до відповідного відрізка часу спогади відсутні. У разі часткового її порушення запам'ятовування та репродукція фрагментарні, спогади неповні й неточні.

Морфофункціональною основою пам'яті є спільна робота складного комплексу апаратів мозку — кіркових центрів аналізаторів, структури кола Пейпеца (гіпокамп, мамілярні тіла, гіпоталамус, поясна звивина), ретикулярної формації, гліальних елементів мозку. *Нормальна пам'ять* не у всіх однакова. На

неї впливають такі чинники, як тренування, емоції, втома, недосипання, соматичні й нервово-психічні недуги. Значно змінюється пам'ять залежно від віку.

Порушення може виражатися в більших чи менших У віці частіше страждає процес запам'ятовування нового матеріалу поточних подій старечому за одночасного збереження здатності до відтворення вражень минулого.розладах її компонентів.

У клініці психічних захворювань розрізняють такі **патології пам'яті**:

1. **гіпермнезія**;

2. **гіпомнезія**;

3. **амнезія** (ретроградна, антероградна, антероретроградна, ретардована, фіксаційна, прогресуюча);

4. **парамнезії** (псевдоремінісценції, конфабуляції, криптомнезії).

Гіпермнезія, гіпомнезія та амнезія належать до **кількісних**, а *парамнезія* — до **якісних** розладів пам'яті.

Гіпермнезія виявляється у підвищеній здатності до відтворення інформації з минулого, хоча не втрачена можливість і посиленого запам'ятовування. Спостерігається при маніакальних станах (МДП), шизофренії з афективними коливаннями, гарячці.

Гіпомнезія (ослаблення пам'яті) виявляється утрудненнями під час запам'ятовування чи відтворення матеріалу або може стосуватися обох зазначених процесів. Спостерігається при астеничних і депресивних станах, судинних та органічних захворюваннях головного мозку, на початку старечої недоумкуватості. Такі хворі погано засвоюють нове, події відтворюють неповно, розпливчасто.

Амнезія — це втрата пам'яті на події певного відрізка часу. Вона спостерігається при органічних ураженнях головного мозку, хронічному алкоголізмі, після втрати чи потьмаренні свідомості. Якщо втрата пам'яті стосується подій, що передували розладу притомності, йдеться про ретроградну амнезію. Прогалинами у спогадах на період після опритомнення характеризується антероградна амнезія. Поєднання обох описаних станів визначають як антероретроградну амнезію. Якщо порушення пам'яті виникає через певний час

після опритомнення, діагностують ретардовану амнезію. Під фіксаційною амнезією розуміють втрату здатності запам'ятовувати поточні події, дати, імена. Наростаюча втрата здатності запам'ятовувати з поступовим спустошенням запасів пам'яті характеризує прогресуючу амнезію. При цьому відбуваються процеси у порядку, що зворотний до такого під час набування запасів пам'яті — від недавно отриманої інформації до старої (закон зворотного руху пам'яті, або закон Рібо). В останню чергу втрачається давно набутий, добре організований матеріал пам'яті, який стосується автоматизованих навичок.

Анекфорія — порушення пам'яті (головним чином — відтворення), коли окремі події, образи згадуються під час споминів про них інших людей.

Амнезія системна — втрата пам'яті, пов'язана з психічною травмою, що стосується не певних відрізків часу, а змісту окремих деталей. Пам'ять про загальну ситуацію збережена. Амнезії, що стосуються певного відрізка часу, спостерігаються при пароксизмальних та сутінкових розладах свідомості, епілепсії, травмах голови, тяжких мозкових інфекціях, патологічному сп'янінні. Стійке зниження пам'яті характерне для церебрального атеросклерозу, сифілісу мозку, прогресивного паралічу, тяжких хронічних отруєнь, епілептичного недоумства.

До **якісних** порушень пам'яті належать **парамнезії** — спотворення або обман пам'яті. Серед них виділяють *псевдоремінісценції*, *конфабуляції* та *криптомнезії*. **Псевдоремінісценції** — найпростіший та найпоширеніший вид парамнезій. Характеризуються помилковим спогадом часу — давно пережита подія згадується як така, що недавно відбулася. Хворий, який упродовж тривалого часу перебував у психіатричному стаціонарі, на запитання, що він робив учора ввечері, розповідає про відвідини кінотеатру, зустріч з колегами або якусь іншу цілком реальну подію з минулого.

При **конфабуляції** прогалини пам'яті заповнюються фантастичними, вигаданими спогадами. Змістом конфабуляції можуть бути неймовірні події, яких насправді не було і які не могли бути в житті хворого (зустрічі з видатними людьми, геніальні відкриття, незвичайні пригоди). Такі фантастичні конфабуляції

спостерігаються при прогресуючій амнезії та певних видах порушення мислення (парафренна маячня).

Криптомнезія — це спотворення пам'яті, що виявляється її ослабленням та втратою різниці між подіями, що справді спостерігалися в житті хворого, й почутим, побаченим уві сні, прочитаним. В одних випадках почуте, побачене, прочитане згадується як подія з власної біографії (механізм присвоєння), в інших, навпаки, — реальні події з життя хворого пригадуються як почуте, побачене, прочитане, тобто таке, що відбувалося з іншими людьми (механізм відчуження). Описані так звані редуплікуючі парамнезії, за яких одні й ті самі події хворий відтворює у різних варіантах, як одне й те саме і водночас — по-іншому. Цей вид парамнезій тісно пов'язаний з уже згаданим явищем дереалізації.

Фантазми істеричні — вигадкування незвичайних подій, яких насправді не було, прагнення поставити себе в центр уваги. Спостерігається при істерії, істеричній психопатії. Хворий із чуттєвою яскравістю переживає своє несправжнє сприйняття як щось вірогідне.

Фантазми паралітичні — вигадкування безглузлого змісту, що характерне для недоумства. Спостерігається, наприклад, у разі прогресивного паралічу. До порушення пам'яті, зокрема, належить корсаковський амнестичний синдром при хронічному алкоголізмі, описаний уперше в 1887 р. Для нього характерне поєднання фіксаційної, ретро- та антероградної амнезії, амнестичної дезорієнтації та парамнезій (псевдоремінісценцій, конфабуляцій).

При *корсаковському синдромі* часто спостерігається конфабуляторна сплутаність, втомлюваність, млявість, інактивність, інколи ейфорія. Окрім хронічного алкоголізму, корсаковський амнестичний синдром буває й при інших органічних ураженнях головного мозку, інтоксикаціях, пухлинах, прогресивному паралічі.

Увага є формою організації психічних процесів, що виявляється вибірково (селективно), у певній концентрації та відносній стійкості. Як організуючий чинник активної поведінки увага дає можливість зосередитися на об'єкті, який, своєю чергою, здатний привернути до себе увагу. Умовні зв'язки, що виникають у разі повторного задоволення потреби, визначають концентрацію та вибірковість

акту уваги, який первинно, за походженням, є орієнтувальним рефлексом. Селективність уваги впливає з утворення у кірковій речовині великого мозку джерела збудження — домінанти. Концентрація уваги пов'язана з посиленням збудження в домінанті, яке супроводжується пригніченням інших ділянок кори. Відносна стійкість уваги залежить від здатності домінанти зберігати збудження. Традиційно розрізняють *пасивну та активну* увагу.

Пасивна увага є безумовним орієнтувальним рефлексом на подразники, що мають життєве значення. Основна потреба в самозбереженні змушує організм до орієнтації — уваги.

Активна увага передбачає задум, несе в собі елемент творчості. У цьому разі увага спрямовується на об'єкт шляхом свідомої організації психічної діяльності, яка складається у процесі соціального досвіду з урахуванням інтересів, досвіду, професії. Людина навчається концентрувати увагу не обов'язково на подразниках високої інтенсивності, але й на слабких, якщо вони є значущими для діяльності. У межах норми увага неоднакова в різних людей. Вона змінюється в однієї і тієї самої особи залежно від інтересу до об'єкта, настрою, стану свідомості, втоми, прийому алкоголю, наркотиків, ліків. Увага — складна функція, в якій розрізняють такі якості: об'єм; розподіл; перемикання; концентрацію; стійкість.

Важливою якістю є *об'єм уваги* — можливість охопити низку об'єктів одночасно. З цією характеристикою пов'язаний розподіл уваги, що полягає у здатності одночасно стежити за об'єктами різної природи. Уміння розподілити увагу є індивідуальним, може поліпшуватися шляхом тренування. Велике значення для психічної активності має здатність перемикати увагу з одного об'єкта на інший. У нормі це відбувається цілеспрямовано, зі збереженням концентрації та стійкості. Концентрація та стійкість уваги надають можливості зосередитися на тривалий час у певному напрямі. Недостатня стійкість уваги призводить до відволікання, неуважності.

Спостерігаються наступні **форми порушення активності уваги**.

Відволікання уваги — надмірна рухливість уваги, перемикання її з одного об'єкта на інший. Характерне для маніакальної фази маніакально-депресивного психозу. Зворотне явище — загальмованість уваги спостерігається в депресивну

фазу цього самого МДП, при хронічному епідемічному енцефаліті, інших органічних ураженнях головного мозку. Недостатня здатність до перемикання (загальмованість) уваги пов'язана із в'язкістю мислення та схильністю до деталізації, притаманна хворим на епілепсію, з органічними ураженнями головного мозку. Зменшення уваги та порушення її розподілу спостерігаються при ураженні судин мозку, особливо при церебральному атеросклерозі.

Виснаження уваги властиве астенозованим пацієнтам з тяжкими тривалими соматичними недугами, хворим на неврастенію, з органічним ураженням головного мозку.

Апрозексія — повне випадіння уваги. Виражене недоумство супроводжується повною дезінтеграцією активної уваги. Довше зберігається інтактною пасивна увага, коли хворий усе ще повертається до джерела інтенсивного світла чи звуку. Своєрідне спотворення уваги спостерігається при шизофренії. Хворий зосереджується на патологічних переживаннях (галюцинації, нав'язливі стани, маячні ідеї). В окремих випадках шизофренія супроводжується і загальним ослабленням уваги, її відволіканням, загальмованістю

2. Розлади інтелекту

Інтелект (від лат. *intellectus* — розум) — це здатність людини до користування операціями мислення (аналізом, синтезом, порівнянням, абстракцією, узагальненням, конкретизацією), уміння застосовувати набуті знання та досвід у практичній діяльності, проникати в сутність речей та явищ довкілля, виділяти головну ланку в складному ланцюгу причинно-наслідкових зв'язків і накопичувати нові знання та досвід.

Порушення інтелектуальної діяльності при психічних захворюваннях досить різноманітні. Стани, за яких спостерігається недостатність інтелекту, називаються недоумством. Воно може бути набутим (деменція) і природженим (олігофренія).

Деменція — це набуте недоумство, розпад колишнього інтелекту внаслідок психічних захворювань. Вона характеризується стійким зниженням пізнавальної діяльності людини, прогресивним перебігом, порушенням поведінки та збідненням морально-етичного ядра особистості. Розрізняють лакунарну,

тотальну, концентричну і транзиторну деменції. Лакунарна деменція (парціальна, осередкова) виявляється частковими дефектами інтелекту внаслідок зниження пам'яті. Людина стає малоздатною до операцій мислення. У цьому разі обмежуються асоціативні зв'язки, що призводить до недостатності кмітливості. При лакунарній деменції спостерігаються емоційна нестійкість, зниження працездатності, але зберігаються до певної міри професійні навички. На початку розвитку лакунарної деменції особистість хворого та критичне ставлення його до власного психічного стану збережені. *Лакунарна деменція* буває при осередкових захворюваннях головного мозку (судинні захворювання, черепномозкові травми, сифілітичні ураження головного мозку тощо). *Тотальна деменція* (глобальна, паретична, дифузна) виявляється зниженням усіх форм пізнавальної діяльності. Хворий поступово втрачає здатність користуватися операціями мислення, критично оцінювати свій стан, вчинки, а також навколишній світ. Відбувається загальне (глобальне) зниження розумової діяльності з розпадом ядра особистості. Глибоко порушується пам'ять на поточні та минулі події. Нерідко буває ейфорія. Хворий не здатний до цілеспрямованої діяльності, потребує догляду й нагляду. Тотальна деменція розвивається при старечому недоумстві, прогресивному паралічі, хворобах Альцгеймера, Піка тощо.

Концентрична (епілептична) *деменція* характеризується поступовою психічною деградацією особистості з втратою гнучкості мислення за рахунок зниження здатності до користування операціями мислення. Спостерігаються в'язкість, тугодумність. Хворий не може перейти з однієї теми розмови на іншу. Стає надто прискіпливим, дріб'язковим, егоїстичним. Увага хворого зосереджується на власній особі, своїх потребах, переважно біологічних, що сприяє розвитку крайнього егоцентризму. Настрій пригнічений. Пацієнти бувають дратівливими, злопам'ятними, скаржаться, що начебто їх ображають інші хворі, а медичний персонал неуважний тощо. За прогресування недуги концентричне недоумство поглиблюється. Тоді хворі стають безпорадними, апатичними. Їхні інтереси звужуються до задоволення лише власних інстинктів. Концентричне недоумство спостерігається при епілепсії.

Транзиторна (шизофренічна) *деменція* характеризується слабкістю пізнавальних процесів, розвивається поступово й схильна до прогресування. Хворий не здатний користуватися операціями мислення не за рахунок порушення пам'яті чи втрати знань та умінь, а внаслідок дезінтеграції (дисоціації) психічних процесів. Такий тип недоумства розвивається на тлі зниженого енергетичного потенціалу. Попри достатній рівень формальних знань, діяльність хворих є непродуктивною і тому вони соціально дезадаптовані. Інколи можуть здивувати влучним зауваженням, дотепним словом тощо. Після відповідного лікування стан хворих поліпшується, але після чергового загострення хвороба поглиблюється. Транзиторна деменція буває при шизофренії.

Олігофренія (природжене недоумство, недорозвинення інтелекту) є збірною групою різних за етіологією, патогенезом та клінічним виявом непрогресивних патологічних станів. Загальною ознакою їх є наявність природженого чи набутого в ранньому дитинстві загального та психічного недорозвинення з переважанням інтелектуальної недостатності.

Загальні ознаки олігофренії:

- психопатологічна структура недоумства з тотальністю психічного недорозвинення та -переважанням слабкості абстрактного мислення;
- непрогресивність інтелектуальної недостатності;
- сповільнений темп психічного розвитку індивідуума.

За ступенем психічного недорозвинення та клінічної картини недоумства вирізняють такі форми олігофренії: дебільність, імбецильність, ідіотію.

Дебільність (лат. *debilis* — слабкий, немічний) — легкий ступінь психічного недорозвинення, що наближається до середньої норми. Хворі не здатні абстрактно мислити, робити узагальнення, утворювати складні поняття. У них переважає конкретнообразний тип мислення. Вони не розуміють ситуацію взагалі. Сприйняття неточне, увага нестійка. Програму загальноосвітньої школи засвоїти не можуть, особливо з математики. Значно легше дається навчання в допоміжній спеціальній школі. Зі складною роботою вони не справляються, потребують допомоги з боку старших. Легко піддаються навіюванню, через що потрапляють під чужий вплив. Інтелектуальний коефіцієнт (IQ) дорівнює 70–50.

Імбецильність (лат. imbecillus — незначний, такий, що потребує опори) — середній ступінь затримки психічного розвитку. Пізнавальна функція порушена більшою мірою, ніж при дебільності. Не можуть формувати поняття, абстрактно мислити. Набувають навичок із самообслуговування (одягання, елементарна охайність тощо). Розуміють просту мову і самі оволодівають невеликим запасом слів. Послугуються дуже короткими реченнями (іменник, прикметник, дієслово). Засвоюють новий матеріал лише на рівні конкретних уявлень. До повноцінного самостійного мислення не здатні через неможливість узагальнювати. Тому адаптація можлива лише у звичних ситуаціях. Чужі мову, міміку, жести хворі розуміють у межах повсякденного життя. Потребують нагляду. Інтереси примітивні й стосуються винятково задоволення фізіологічних потреб. Їхня поведінка залежить від афективного стану й сили потягів. Інтелектуальний коефіцієнт дорівнює 49–20.

Ідіотія (грец. ideoteia — своєрідність) — найтяжчий ступінь природженого недоумства, що характеризується нездатністю до пізнавальної діяльності. У таких осіб різко обмежене сприйняття, вони не можуть мислити і говорити. Промовляють лише окремі звуки. Не розуміють інших людей, не впізнають навіть близьких родичів, не розрізняють істинне і неістинне. Вираз обличчя тупий. Пізно починають ходити, інколи пересуваються плазуючи. Не набувають навичок самообслуговування, неохайні. Інколи спостерігаються афекти гніву (кусаються, плюються). Нерідко у них виявляють природжені фізичні вади. Інтелектуальний коефіцієнт — близько 20.

Для *діагностики розумової відсталості*, особливо легкого та помірного ступенів, треба, крім опису клінічної картини, застосовувати шкільний, соціальний та психометричний критерії.

Шкільний критерій. Діти з легким ступенем розумової відсталості можуть навчатися в школі або відстають від ровесників на два роки до дев'ятирічного віку і на три — після дев'яти.

Соціальний критерій. Слід оцінити можливість самостійно існувати, забезпечити своє життя. Особи в стані легкої розумової відсталості можуть

працювати самостійно, в стані помірної — виконувати нескладну роботу під контролем інших. Потребують нагляду та опіки.

Психометричний критерій. Визначають інтелектуальний коефіцієнт за допомогою патопсихологічних тестів (метод Векслера)

3. Синдроми розладу свідомості

Розрізняють синдроми потьмарення та виключення свідомості. До синдромів *потьмарення свідомості* належать деліріозний, онейроїдний, аментивний, *delirium acutum* (“гостре маячіння”, хореатичний). Вони різні за клінічними виявами, але мають спільні ознаки.

Для **діагностики** таких порушень К. Ясперс запропонував наступні критерії: 1. Відчуження від реального світу, що виражається розгубленістю з афектом нерозуміння, недомислення, нечітким сприйняттям довкілля, труднощами фіксації уваги, заглибленням у світ внутрішніх хворобливих переживань.

2. Повна або часткова дезорієнтація в часі, місці, ситуації, власній особистості.

3. Порушення процесу осмислення, що виявляється в ослабленні або неможливості суджень, аж до безладного мислення.

4. Труднощі щодо запам'ятовування поточних подій та суб'єктивні хворобливі переживання (повна чи часткова амнезія).

Деліріозний синдром (лат. *delirium* — безумство) характеризується: напливом парейдолічних ілюзій, сценopodobних, істинних множинних рухомих зорових галюцинацій у поєднанні з тактильними (дотиковими) та слуховими; вторинним маячінням стосунків, переслідування, афектами тривоги, страху, руховим збудженням з агресивністю на тлі алопсихічної дезорієнтації (у часі, ситуації тощо). У розвитку деліріозного синдрому можна простежити *три стадії*.

Перша (початкова) — виявляється зміною настрою, балакучістю, метушливістю, гіперестезією до зовнішніх подразників, поверховим уривчастим сном.

У *другу стадію* делірію спостерігаються численні парейдолії, зорові гіпнагогічні галюцинації, тривога, поверховий уривчастий сон зі страхітливими сновидіннями: посилення гіперестезій.

Для *третьої стадії* деліріозного синдрому характерні зорові сценоподібні, калейдоскопічні, страхітливі галюцинації в поєднанні з тактильними і слуховими, гострим чуттєвим маячінням, тривогою, психомоторним збудженням з агресивністю чи аутоагресивністю. При цьому обов'язкові всі чотири діагностичні критерії потьмарення свідомості. Інколи, без адекватного лікування, деліріозний синдром може перейти у професійний, або муситуючий делірій, що є прогностично несприятливою ознакою. У разі професійного делірію на фоні оглушення виникає збудження, що виявляється у звичних професійних автоматизованих рухових актах (наприклад, рухи руками, що імітують роботу на друкарській машинці) з окремими професійними галюцинаціями.

Муситуючий делірій виявляється оглушенням середнього або глибокого ступеня, хаотичним збудженням, “оббиранням” (наче прилипи до одягу чи ковдри дрібні предмети), незрозумілим бурмотінням. За муситуючим делірієм нерідко розвиваються сопор і кома, і хворий може померти. Іноді хворобливі переживання закарбовуються в пам'яті значно чіткіше, ніж реальні події.

Деліріозний синдром спостерігається при інтоксикаційних, симптоматичних психозах, нейроінфекціях, епілепсії.

Онейроїдний синдром (грец. oneiros — сон і eides — подібний, схожий) — потьмарення свідомості з напливом фантастичних уявлень, що виникають мимоволі. За змістом це змінені фрагменти баченого, прочитаного, почутого, пережитого, що переплітаються з реаліями життя. Хворий переживає картини фантастичного, надприродного змісту, що нагадують сновидіння. Ці картини, немов у калейдоскопі, змінюють одна одну в певній послідовності. Одна подія ніби впливає з іншої (сценоподібні). Із розвитком синдрому створюється стан маячного настрою. Повсякдення хворий бачить зміненим, незрозумілим і зловісним, іноді воно набуває вигляду “грандіозної катастрофи”. Розвивається емоційне напруження, інколи — відчай. Виникають маячні ідеї переслідування, інсценування особливого значення, інтерметаморфози. Хворий розповідає, що

навкруги щось діється, як у кіно чи спектаклі, і він бере участь у цьому або стає глядачем. Інколи одні особи перетворюються на інших, деколи ця мімікрія поширюється і на предмети. Періодично виникає психомоторне (патетичне) збудження або, навпаки, загальмованість (онейроїдний ступор), афективні розлади (депресивні чи маніакальні). Спостерігається подвійне орієнтування як у навколишній ситуації, так і у власній персоні. Відбувається перевтілення “Я-хворого”, зникає протиставлення власного “Я-ситуації”, що переживається. Пацієнт частіше нерухомо лежить із застиглим, іноді захоплено-екстатичним виразом обличчя. Інколи він надто збуджений. Редукція симптомів онейроїду відбувається поступово. Хворі відтворюють фрагментарно або досить детально зміст психопатологічних розладів. Розвивається амнезія на події, що відбувалися реально. Онейроїдний синдром супроводжує інфекційні психози, шизофренію, епілептичні та симптоматичні психози, органічні ураження головного мозку.

Аментивний синдром (а і лат. mens — розум, мислення) виявляється грубим порушенням орієнтації (ало- та аутопсихічна дезорієнтація), розгубленням, інкогерентністю мислення, неможливістю цілісно осмислити навколишній світ (нездатний до синтезу). Мова хворого непослідовна, безладна (аментивний мовний безлад), без інтонації. Згадує події з минулого життя, в яких складно простежити смислові зв’язки. Поняття мають конкретний, повсякденний зміст і залежать від афективного стану. Інколи мова переривається короткочасним невеселим сміхом або схлипуванням (виснаження). За висловлюваннями пацієнта можна зробити висновок про те, що у нього стан афекту недомислення і неспроможності. Вступити у мовний контакт з хворим практично неможливо. Повного прояснення свідомості при аменції не буває. Для аментивного синдрому характерні галюцинації, переважно слухові, та уривчасті маячні ідеї персекуторного змісту. Подеколи спостерігається психомоторне збудження. У разі тимчасового ослаблення аментивного потьмарення свідомості хворий заспокоюється, стає не таким балакучим, але помітні виснаження та пригнічення. Після виходу зі стану аменції у пам’яті не залишається спогадів про хворобу або вони фрагментарні. Чітко виражена астения з виснаженням, кволістю, дистимічним настроєм, плаксивістю, дратівливістю, гіперестезією (емоційно-

гіперстенічна слабкість). Аменцію першим описав Т. Мейнерт (1881) і назвав її “гостра галюцинаторна сплутаність”. Чимало сучасних психіатрів заперечують самостійність існування аменції, вважаючи різновидом деліріїю. Аменція розвивається найчастіше під час гострих симптоматичних (інфекційних) психозів, психозів виснаження. Це свідчить про несприятливий перебіг основної недуги. Аменція може перейти в стан оглушення і гострого маячіння.

Синдром “гострого маячіння”, хореатичний синдром. Розвиток цього синдрому починається з продромальних явищ, що тривають годинами, інколи — кілька діб. Хворі скаржаться на відчуття фізичного нездужання, головний біль, розлади сну з жахливими сновидіннями. Настрій примхливо-пригнічений або розчулено-оптимістичний. У період повного розвитку хворобливих розладів у клінічній картині домінує некоординоване рухове збудження в межах ліжка — гіперкінези, клонічні й тонічні судоми, жувальні рухи. Мова незв’язана. Збудження змінюється адинамією, що свідчить про погіршення стану. Потьмарення свідомості за типом глибокої аменції, або оглушення, супроводжується окремими галюцинаціями та маячними висловлюваннями з тривожно-депресивним афектом або страхом. Спостерігаються значні вегетативні розлади, зневоднення, що супроводжується олігурією. Хворий дуже худне. Характерний зовнішній вигляд: загострені риси обличчя, запалі очі, сухі, зі смагою губи, сухий язик (обличчя Гіппократа). Шкіра бліда, інколи із землистим або ціанотичним відтінком та численними синцями. Температура тіла підвищується, іноді до 39–40 °С. Тахікардія, зниження артеріального тиску. Без адекватного лікування через кілька діб після початку такого хворобливого стану може настати смерть у стані гіпертермічної коми. Синдром “гострого маячіння”, хореатичний синдром найчастіше спостерігається при фебрильній шизофренії, інфекційних психозах, септичних (післяпологових) станах.

Присмерковий стан свідомості розвивається раптово, пароксизмально і триває від хвилини до кількох годин або діб. При цьому звужується поле свідомості, коло сприйняття об’єктів обмежене, нечітке, викривлене, фрагментарне. Все знайоме сприймається як уперше побачене, незнайоме. Завдяки збереженню автоматизму забезпечуються зовнішня упорядкованість

поведінки, зв'язок і послідовність дій. При цьому синдромі глибока дезорієнтація супроводжується розвитком зорових, слухових та інших галюцинацій страхітливого характеру, гострим, чуттєвоподібним уривчастим маячінням стосунку, отруєння, переслідування, афектом туги, злості й страху, шаленим психомоторним збудженням. Такі хворі під впливом галюцинацій, маячних ідей та емоцій можуть убити або покалічити сторонніх людей, родичів, сприймаючи їх за ворогів. У стані гніву вони безтямно руйнують усе, що зустрічається на їхньому шляху (живе й неживе). Потім настає глибокий сон. Про цей період хворі не згадують (амнезія). Пацієнти не пам'ятають не тільки реальних подій того часу, а й суб'єктивних переживань. Присмерковий стан свідомості спостерігається при епілепсії, органічних ураженнях головного мозку (черепномозкові травми, судинна патологія тощо).

До різновидів означеного синдрому належать *амбулаторний автоматизм, транс, фуга і сомнамбулізм*.

Амбулаторний автоматизм (лат. *ambulare* — ходити, приходити) — стан звуженої свідомості, коли немає галюцинацій, маячних ідей, афективних станів. Протягом кількох годин хворі діють, як автомати. Без мети кудись ідуть, щось купують, повертаються додому тощо. Справляють враження дещо заклопотаних, неуважних людей. Про глибину порушення свідомості свідчить амнезія після виходу із цього стану.

Транс (лат. *trans* — рух крізь щось, за межі) — більш тривалий амбулаторний автоматизм (кілька годин, діб). Інколи у хворих зберігається елементарна орієнтація в нескладних ситуаціях. У стані трансу вони можуть подолати великі відстані, переїжджати з одного населеного пункту до іншого. Виникає транс раптово і також раптово припиняється. Спогадів про цей період не залишається (амнезія).

Сомнамбулізм, сноходіння, лунатизм (від лат. *somnus* — сон і *ambulo* — ходжу) — напад амбулаторного автоматизму, що перериває нічний сон. Хворий несвідомо виконує автоматизовані дії: встає з ліжка, ходить по кімнаті, переставляє речі, виходить на вулицю, виявляючи при цьому рухову спритність.

У нього координовані рухи, немає страху. Спогадів про нічне блукання не залишається.

Фуга (лат. *fuga* — біг) — психопатологічний стан із короткочасним звуженням поля свідомості, що має раптовий, імпульсивний початок. Хворий, не усвідомлюючи оточення, автоматично виконує неадекватні дії. Наприклад, кружляє на одному місці, кидається бігти, в громадських місцях роздягається тощо. Фуга завжди супроводжується вираженим руховим збудженням, часто хаотичним, безглуздим. Триває до кількох хвилин. Закінчується амнезією пережитого. Порухення глибини ясності (вимкнення) свідомості

До синдромів вимкнення свідомості належать *обнубіляція, оглушення, сомнолентність, сонор, кома*. Нерідко ці синдроми переходять один в один.

Обнубіляція — легкий ступінь порушення притомності. Вона наче заривається хмаринкою (грец. *pubus* — хмаринка). Все сприймається, як у тумані. Хворий дезорієнтований у часі, послідовності подій. Сповільнюються мислення, рухи, порушується осмислення ситуації загалом. Хворі байдужі, пасивні, зміст запитань сприймають із помітним зусиллям, відповідають на них повільно, із затримкою, уривчасто. Реакції на зовнішні подразники загальмовані. Запамятовування нового неможливе. Спогади — утруднені. Тривалість обнубіляції залежить від перебігу основного хворобливого процесу (сомато-неврологічного).

Оглушення належить до найчастіших і найпоширеніших синдромів порушення глибини свідомості. Характеризується труднощами сприйняття зовнішніх подразників. Дезорієнтація не тільки в часі, а й в оточенні, в обстановці, оцінці ситуації. Хворі не реагують на запитання, які їм задають тихим голосом. Можлива слабка реакція на звичайну мову. Відповідають лише на запитання, які висловлюють голосно. Аналогічна реакція на світло, запахи, дотик. Під час оглушення утруднений асоціативний процес. Хворим складно осмислити ситуацію. Відтворення минулого досвіду обмежене найпростішими поняттями й навичками. Словниковий запас бідний, відповіді односкладові. Продуктивних психопатологічних розладів (галюцинації, маячні ідеї, психічні автоматизми) не буває. Хворі аспонтанні, малорухомі. Міміка одноманітна і збіднена, жести

невизначні. Такі люди самотні, довго залишаються в одній і тій самій позі, байдужі до всього, інколи спостерігається благодушність. Триває стан оглушення від кількох хвилин до кількох діб.

Сомнолентність (лат. *somnolentus* — сонливий) — більш тяжкий ступінь порушення свідомості, ніж оглушення. Хворі лежать із заплющеними очима, спонтанна мова втрачена. Поріг сприйняття зовнішніх подразників підвищений. Відповідають на запитання повільно, навіть тоді, коли його поставлено голосно. Уявлення обмежене, судження утруднене. Суті складних завдань пацієнти не розуміють, прості — вирішують з великими труднощами, повільно. Міміка збіднена, вираз обличчя байдужий. Мовчазні, рухи загальмовані. Реакція на больові подразники знижена. Головним чином перебувають у стані дрімоти, іноді сонливості.

Сопор (лат. *sopor* — безпам'ятство). Хворі переважно лежать. Очі заплющені. Спілкування неможливе. На сильні подразники (наприклад, больові) відповідають елементарними, малодиференційованими рухами (повертанням голови, рухами кінцівок тощо). Не орієнтуються щодо місця, часу і навіть власної особи. Кома (грец. *koma* — глибокий сон) — найтяжчий ступінь порушення свідомості, повна непритомність. Хворий не реагує на будь-які подразники. Порушуються функції дихання і серцевосудинної системи. Після виходу з коматозного стану залишається повна амнезія. Стан коми свідчить про тяжкість ураження головного мозку.

Висновок. Синдроми із загальним порушенням свідомості посідають важливе місце в загальній психопатології. Вони спостерігаються при інтоксикаціях, епілепсії, органічних ураженнях головного мозку: пухлини, травми, судинні порушення. Стани, за яких спостерігається недостатність інтелекту, називаються *недоумством*. Воно може бути *набутим* і *природженим*. Селективність уваги впливає з утворення у кірковій речовині великого мозку джерела збудження — домінанти. Концентрація уваги пов'язана з посиленням збудження в домінанті, яке супроводжується пригніченням інших ділянок кори. Відносна стійкість уваги залежить від здатності домінанти зберігати збудження.

Контрольні питання

1. Ознаки порушення пам'яті, інтелекту.
2. Клінічні й експериментальні способи визначення глибини ураження психічних функцій.
3. Порушення свідомості.
4. Межа між нормою та патологією.
5. Ознаки психічної дефіцитарності.
6. Питання зворотності-незворотності дефекту

Рекомендована література:

Основна: [1-3]

Допоміжна: [2,3,4,5,7,8]

Інформ. ресурси Інтернет: [1-3]

Міжнародні видання: [1,2]

ТЕМА 10. ОСНОВНІ СИМПТОМИ ТА СИНДРОМИ РОЗЛАДІВ ПСИХІКИ: ОСОБИСТІТЬ, РОЗЛАДИ ОСОБИСТОСТІ

Мета. Вивченню підлягають визначення понять: психопатії, акцентуації. З'ясувати діагностичні критерії прояву патологічних симптомів й синдромів психіки індивіда. Дослідити диференціальну діагностику різних типів розладів особистості: етіологію та патогенез психопатій.

Ключові слова: *дисгармонія характеру, психопатії, акцентуації, диференціальна діагностика, діагностичні критерії.*

Вступ. Межа між розладом особистості і здоровою психікою не завжди чітка, і на ній перебувають перехідні стани. Найвідомішими з них є: акцентуована особистість (К. Леонгард, 1968) і акцентуація характеру (А. Е. Лічко, 1977). Роль у формуванні патологічного характеру може бути неоднаковою, тому залежно від домінуючих причин, психопатії поділяють на кілька груп. Акцентуації особистості притаманні й здоровим людям і не є самі собою клінічним діагнозом.

План

1. Розлади особистості (психопатії).
2. Акцентуації. Визначення понять.

3. Діагностичні критерії і диференціальна діагностика.

Висновок

1. Розлади особистості (психопатії).

Психопатії (в Міжнародній класифікації хвороб узвичаєно термін “розлади особистості”) — стійкі й виражені аномалії особистості, що виявляються дисгармонією характеру і призводять до порушень поведінки, стосунків із навколишніми, утруднюючи соціальну адаптацію індивіда. Через патологічний склад характеру такі люди страждають самі або мучать тих, хто поруч. Психопатії виявляються у розладах в емоційній і вольовій сферах за непорушеного інтелекту. Перші ознаки розвитку психопатії спостерігаються вже з дитинства, а завершується її формування в юнацькому віці (18–20 років), коли, головним чином, завершується становлення особистості. Психопатіям не властива прогресивність, проте протягом життя вони мають динаміку.

2. Акцентуації. Визначення понять

Акцентуації особистості — крайній варіант норми, за якого окремі риси характеру надто виражені, внаслідок чого виявляється вибіркова уразливість щодо певного роду психогенних впливів за доброї і навіть підвищеної стійкості до інших. Акцентуації характеру (акцентуйовані особистості) поділяються на окремі варіанти, які частіше відповідають відомим формам психопатії (нестійкий, істероїдний, експлозивний), інші відрізняються від них (наприклад, конформний) або формують змішані (проміжні) типи. Акцентуації особистості притаманні й здоровим людям і не є самі собою клінічним діагнозом. Проте вони можуть бути преморбідним тлом, підґрунтям, поштовхом до розвитку психогеній (гострих афективних, невротичних і психопатичних реакцій, неврозів, психопатій, реактивних психозів), а також психосоматичних розладів. При цьому психогенії виникають тільки в разі психічних травм, у деяких тяжких ситуаціях, коли значущість психогенного чинника адресується певній “слабкій ланці” за певного особистісного типу.

Епідеміологічні дані. Через розбіжності в розумінні сутності й критеріїв діагностики психопатій дані про частоту аномалій особистості в популяціях доволі неоднорідні: від 0,07–3,1 до 15 % — серед населення і 4,3–10,4 % — серед

хворих, які госпіталізовані до різних психіатричних стаціонарів. У чоловіків психопатії бувають значно частіше, ніж у жінок. Причому, якщо в дорослих це співвідношення дорівнює 2:1, то у підлітків — 3:1.

У країнах із загальним військовим обов'язком психопатії у юнаків діагностують зазвичай під час військового призову. Найчастіше спостерігаються збудлива та істерична психопатії. Проте більшість психопатичних особистостей залишаються поза полем зору психіатрів, а тому дані стосуються переважно поширення найтяжчих особистісних аномалій, кількості взятих на облік або госпіталізованих до психіатричних лікарень хворих.

Етіологія та патогенез. У генезі психопатій поєднуються природжені й набуті, біологічні й соціальні чинники. Оскільки роль у формуванні патологічного характеру може бути неоднаковою, то залежно від домінуючих причин, психопатії поділяють на кілька груп. Конституційні (генуїнні, природжені, ядерні) психопатії зумовлюються спадковістю і виявляються у дітей віком 4–6 років навіть за сприятливих умов життя. Подібні патологічні риси характеру вдається простежити у батьків або інших кровних родичів, проте закономірність успадкування не встановлено.

Психопатична, або патохарактерологічна патологія (крайова, набута психопатії, патохарактерологічні формування) є наслідком тривалого психогенного впливу, неправильного виховання або несприятливого соціального фону, особливо тоді, коли це відбувається у підлітковому віці (період становлення характеру) і є сприятливе для цього підґрунтя, зокрема акцентуація характеру. При цьому потрібен не будь-який тривалий несприятливий соціально-психологічний вплив, а саме такий, що адресується до “місця найменшого опору” певного типу акцентуації. Лише винятково тяжкі умови здатні сформувати патологічний характер на будь-якому тлі (наприклад, виховання з раннього дитинства до періоду юнацтва у закритому закладі із суворим режимом). Поряд із розладами ситуаційного та психогенного походження у групі набутих психопатій вирізняють так звані органічні.

Органічні психопатії — наслідок органічного ураження головного мозку в результаті пренатальних, натальних і ранніх постнатальних (перші 2–3 роки

життя) патогенних впливів на мозок, що формується. Шкідливими чинниками можуть бути пошкодження, тяжкий гестоз у період вагітності, пологові травми плода, внутрішньоутробні й ранні дитячі інфекції, нейроінфекції, авітаміноз, тривалі виснажливі соматичні захворювання з перших років життя. Під час патопсихологічного дослідження виявляють розлади уваги, виснаження психічних процесів, схильність до надмірної конкретизації. Клінічна картина і перебіг розладів особистості. Поліморфність клінічних виявів розладів особистості і неоднакові принципи підходів до їх систематизації є причиною існування різних класифікацій. Кожна з них не позбавлена певних недоліків. Проте усі вони, виходячи з принципу виділення провідних для даної структури аномальної особистості розладів емоційно-вольової сфери, свідчать про клінічний факт існування паранойяльних, афективних, шизоїдних, збудливих, психостенічних, істеричних, астеничних, емоційно тупих і нестійких форм. Це відповідає Міжнародній класифікації розладів особистості. Практично не буває чистої клінічної картини психопатії певного виду. В кожному з них нерідко є риси іншого психопатичного виду. *Наприклад*, при істеричній психопатії спостерігаються характерні риси збудливої і, навпаки. У такому разі тип психопатії діагностують за переважаючими рисами.

Паранойяльний тип характеризується “біологічною готовністю”, схильністю до появи афективно підкреслених (“надцінних”) думок різного змісту (ставлення, ревнощів, іпохондричне винахідництво), зв’язаних з будь-якою реальною подією з життя (наприклад, факт необґрунтованого негативного ставлення до такої особи, неефективне лікування або підозра у зраді одного з подружжя тощо). Згодом особи, що одержимі такою думкою, схильні односторонньо оцінювати дійсність, своєрідно відбирати й пояснювати різні події, аби підтвердити свою точку зору. Таким чином, підозра дістає “підтвердження” і все більше зміцнюється, систематизується, набуваючи маячного забарвлення. Переконати таку людину в помилковості думок неможливо: будь-яке заперечення дратує, розцінюється як вияв неповаги до себе або підступи ворогів. Порушуються взаємини і з’являється конфлікт у сім’ї чи колективі. Емоційно насичені думки впливають на поведінку і вчинки. Наприклад, починають уперто і жорстоко

переслідувати своїх “ворогів” (“переслідувані переслідувачі”). Одній справі, одній ідеї підпорядковують усі свої інтереси (фанатики). Вже з дитинства важливими рисами паранойяльних особистостей є: підвищена самооцінка і схильність до лідерства; егоїзм; “надчутливість” свого Я; постійний опір, протистояння всьому світові; упертість і прямолінійність; однобічність захоплень і мала гнучкість психіки; підвищена образливість; афективне напруження; недовіра; підозріливість; злопам’ятність.

Афективний тип поділяють на психопатії гіпотимні, гіпертимні, циклоїдні та емотивно лабільні. Гіпотимні психопати песимістично налаштовані стосовно дійсності, минулого і майбутнього. В усьому вони помічають тільки темні вияви життя. Під впливом неприємностей, хвороб у них легко виникають субдепресивні і депресивні стани, часом із суїцидальними тенденціями. В гіпертимних психопатів, навпаки, постійно дещо підвищений настрій. Вони оптимістичні, наміри у них широкі; самовпевнені, безцеремонні, енергійні, активні, невтомні й балакучі; хвалькуваті з нестійкими інтересами і поверхневими судженнями.

Циклоїдному типу властиві періодичні зміни дещо підвищеного настрою зниженим, а відповідно — і коливання продуктивної діяльності. Емотивно-лабільний (реактивно-лабільний) тип характеризується частою несподіваною зміною настрою навіть з незначного приводу. Вони тяжко реагують на психічні травми (наприклад, смерть близьких може спричинити реактивний психоз). Життєрадісність за мить може змінитися відчаєм. Такі особи надто вразливі, легко навіювані, без стійких мотивів поведінки, інтересів, з недостатньою волею (пасивно підпорядковані).

Шизоїдний тип охоплює різноманітні патологічні риси аномальних особливостей, спільність яких виявляється насамперед патологічною замкнутістю, відсутністю потреби у спілкуванні, відірваністю від реального життя, аутизмом (аутистичний тип). Уже в дитинстві хворі надають перевагу самотності, не люблять брати участь у колективних іграх. Їхні інтереси не відповідають вікові. *Наприклад*, рано починають цікавитися складними філософськими або політичними проблемами, читають літературу, пресу для дорослих тощо. Вони схильні до фантазування, заглиблені у внутрішній світ

(інтроспекція), що завжди закритий і тому незрозумілий для інших. Найчастіше спостерігається вибіркова комунікабельність з обмеженням контактів вузьким колом рідних або зосередженням уваги на одному-двох близьких друзях. Вільний час присвячують читанню, риболовлі, спогляданню природи або іншим “аутистичним” заняттям. Характерними ознаками шизоїдного стану є також дисгармонійність, парадоксальність психічного життя загалом. В одязі — підкреслена вишуканість або, навпаки, навмисна недбалість. Через недорозвинення моторики рухи недостатньо пластичні, химерні, міміка збіднена, зі стандартними виразами. Хода може бути карикатурною. Часто їх називають диваками, оригіналами, ексцентричними. Захоплення бувають однобічні, малозрозумілі, проте не відірвані від реальності, а пов’язані з діяльністю тих людей, з якими вони спілкуються. При цьому виявляють неабияку завзятість у досягненні особливо значущої для них мети. Цілком байдужі до інтересів сім’ї, службових обов’язків. Можуть бути некерованими на роботі. Схильні до **нонконформізму** — не люблять чинити “як усі”. Труднощі в розумінні та засвоєнні загальноприйнятих норм поведінки виявляється ексцентричними вчинками. Емоційна дисгармонія трансформується в нездатність переживати задоволення (ангедонія) і співпереживати іншим. Неформальні емоційні контакти налагодити складно. Мало цікавляться сексуальним життям. Залежно від характеру емоційного реагування на оточення, розрізняють сенситивних шизоїдів з гіперстенічним компонентом, надмірною чутливістю, уразливістю, надмірною уявою і експансивних — з елементами емоційної “анестезії” (байдужістю до людей, з виявами жорстокосердя і спалахами гніву та імпульсивними вчинками). Збудливий (епілептоїдний) тип характеризується надзвичайно сильною емоційною збудливістю, вибуховістю (експлозивністю). Уже в дитинстві такі люди нетерпимі до будь-яких обмежень, заборон, що спричинює спалахи гніву, протесту з агресією. Схильність до афективних реакцій призводить до того, що їм дуже “тяжко” в сім’ї, школі й подальшому житті. З найменшого приводу виникають емоційні вибухи, але гнів легко змінюється сльозами, лайка і кидання речей — стогоном, агресія — до самоушкодження, спробів самогубства (як демонстративних, з метою шантажувати когось, так і реальних). Невитримані

розлючуються за найменшого зауваження і протидії, надмірно реагують на будь-які стреси. Звичайно, після такого спалаху гніву вони шкодують, що так вчинили, але згодом знову роблять те саме. Періодично безпричинно виникає похмуро-злобливий настрій — дисфорія (триває від кількох годин до кількох діб), і хворий шукає, на кому зірвати зло. Такі люди егоїстичні, надто вимогливі до інших, охайні, педантичні, прискіпливі, з в'язким мисленням. Злопам'ятні, улесливі й жорстокі (як у разі епілепсії). Іноді виявляють розлади потягів, найчастіше — схильність до садистично-мазохістських перверзій. Наприклад, з дитинства їм подобається мордувати і вбивати тварин, знущатися над слабкими, беззахисними або провокувати у себе біль порізами, опіками від запалених сигарет тощо. Збудливі психопати погано реагують на алкоголь; сп'яніння може супроводжуватися дисфорією. У бійці звірюють, наносять тяжкі тілесні пошкодження.

Психостенічний тип вирізняється браком внутрішньої упевненості в собі, у правильності своїх вчинків, почуттів, думок, відчуттям неповноцінності, тривогою, сумнівами, нерішучістю. Це сприяє розвитку різних obsesій (нав'язливих страхів, думок, побоювань, бажань, потягів та ін.). З огляду на домінування таких рис у структурі особистості психостенічний характер називають тривожно-помисливим. Традиційна назва цього типу психопатії, за Міжнародною класифікацією,— “ананкастичний” розлад особистості, який визначає переважання в ній obsesій. Уже в дитинстві і в шкільному віці стають помітними: надмірна сором'язливість, невпевненість у собі, підвищена вразливість, боязкість. Аби відвернути очікувані невдачі і нещастя, починають вірити в добрі й погані прикмети, заклинання, ритуали. Скажімо, аби не дістати негативної оцінки, одягаються у певний одяг, їздять на транспорті з парними номерами, беруть квиток тільки лівою рукою тощо. Психостенічні риси посилюються, коли такі особи починають жити самотійно. Дуже тяжко приймають рішення навіть у незначних питаннях, постійно аналізують власні вчинки, раз у раз контролюють зроблене, надто завбачливі стосовно можливості небезпеки або чогось для них. Постійна тривога, очікування якихось ускладнень, нещастя, неприємностей, що можуть виникнути, перешкоджають таким людям

відчувати задоволення. Своєрідним захистом, компенсацією за постійне побоювання є надмірна скрупульозність, педантизм у поєднанні з ригідністю, впертістю, надокучливістю, підвищеною вимогливістю до інших. Усе це утруднює пристосування до життя, сприяє розвитку в психотравмованих обставинах невротичних (нав'язливих) станів.

Істеричний тип психопатії характеризується певною сукупністю рис, за яких переживання таких осіб називають демонстративними, а їх самих — міфоманами, псевдологами тощо. Для них характерні висока емоційність, перебільшений вияв емоцій з дуже бурхливими, але поверхневими й короткочасними реакціями. Емоційна, афективна, викривлена логіка суджень призводить до відображення оточення в “кривому дзеркалі”. Підвищена навіюваність поєднується з дитячою впертістю, капризністю. Такі люди егоїстичні, зайняті тільки собою, з хворобливим самолюбством, високої думки про себе. Собі все пробачають, не зважають на інтереси інших. Претендують на значно більше, ніж дозволяють їм власні здібності та можливості. Проте серед вказаних патологічних рис найяскравішим є намагання привернути увагу до себе і до своїх вчинків. Виховані за типом “кумира сім'ї”, вони постійно хочуть, аби ними захоплювалися, виділяли їх, визнавали й високо цінували. Цим пояснюються яскравість, екстравагантність їхнього вбрання, неординарність жестів, міміки тощо. Оскільки вони намагаються здаватися більш значущими й кращими, ніж є насправді, їхня поведінка неприродна, театральна, демонстративна, розрахована на стороннього глядача. Позаяк їх не задовольняє положення в суспільстві, вони легко підмінюють реальну ситуацію вигаданою. Брехливі, схильні до самовихваляння й маніпулювання (підтасовок), щоб домогтися своєї мети. У конфліктних ситуаціях виникають декомпенсації за типом “втечі в хворобу”, демонстративних суїцидів або інших істеричних реакцій зі збудженням, паралічем, астезією-абазією, афонією та ін. У тяжких випадках істеричні психози супроводжуються затьмаренням свідомості, псевдодеменцією тощо.

Астенічний тип разом із психостенічним відносять до психопатій гальмівного кола. Їх біологічною основою є низький рівень працездатності нервових клітин (слабкий тип вищої нервової діяльності) зі зниженим “порогом

збудливості” стосовно психічних і соматичних подразників. Такі “конституційно нервові” властивості стають підґрунтям для розвитку астеничного симптомокомплексу — підвищеної дратівливості і вираженого виснаження психічних процесів (“подразлива слабкість”). Характерними рисами дітей і підлітків зі згаданою патологією є підвищена вразливість, легка ранимість, емоційна нестійкість (сльозливість), швидка втомлюваність, прагнення уникнути труднощів. Відчуття психічної і фізичної слабкості сприяє розвитку несміливості, сором’язливості, відчуттю власної неповноцінності, заниженої самооцінки. Вони завжди невдоволені собою, погано пристосовуються до нового, хворобливо сприймають тактовність інших людей (“надто чутливі натури”). Будь-які обставини, що є нормальними для інших (наприклад, треба виступити перед аудиторією), можуть вивести таку людину зі звичного стану на тривалий час. Такі самолюбиві особи глибоко переживають власну неповноцінність, через що завжди внутрішньо напружені. Це виявляється раптовими спалахами роздратування за типом реакцій “промах”, що спрямовані на невинних людей. Декомпенсації виникають за посилення навантаження, у разі ускладнення життєвих обставин, що призводить до виснаження психічних виявів. Тип емоційно тупих (розлади особистості із соціопатичними або асоціальними виявами) натур за клінічними виявами тісно зв’язаний з експансивними шизоїдами (емоційно холодні, жорстокі), збудливими (дратливість, гнівливість, злобність, експлозивність емоційних реакцій), а також нестійкими (негативні форми поведінки, правопорушення). Проте основною властивістю емоційно тупих психопатів, яка утруднює їх соціальну адаптацію, є недорозвинення вищих моральних почуттів. У минулому подібні психічні відхилення кваліфікували як моральне недорозвинення особистості (олігофренія моральна). Такі діти й підлітки бездушні, неуважні до близьких, лихословлять, починають красти. Тікають з дому, схильні до бродяжництва, вживання алкоголю і наркотиків. Головними рисами характеру таких осіб є також дефіцит вищих емоцій, а саме: любові, дружби, співчуття до інших, совісті, честі, сорому та ін. Вони не розкаються, не відчувають вини, байдужі як до похвал, так і до погроз та презирства. Не вміють набути досвіду з минулого, особливо з покарань. Усе їхнє життя — то безперервні

конфлікти з правопорядком: крадіжки, грабежі, насильства тощо. Подібно до збудливих осіб, вони погано переносять алкоголь і в стані сп'яніння стають ще агресивнішими. Нестійкий тип характеризується недорозвиненням вольових якостей, безвіллям у поєднанні з підвищеною піддатливістю до чужих впливів. Такі люди незібрані й ліниві, без глибоких життєвих інтересів. Живуть сьогоднішнім. Розпочату справу не доводять до кінця, особливо, коли для досягнення мети потрібні значні зусилля (скажімо, через байдкування і гультайство, попри хороші інтелектуальні можливості, відстають у навчанні і не можуть здобути освіту). Вони переконані у правильності своїх вчинків, брехливі. Свою вину перекладають на інших. Їх гнітить самотність, вони люблять компанії, отож шукають розваг і пригод. За умови постійного контролю за їхньою поведінкою таким особам вдається частково компенсуватися і якось пристосуватися до життя. Проте частіше вони потрапляють в асоціальні компанії, спиваються і можуть стати співучасниками правопорушень.

Динаміка психопатій — це певні тимчасові зміни у відносно постійних станах аномальних особистостей, що виникають протягом життя унаслідок підвищення чутливості до впливів різних зовнішніх чинників (психогенних, соціальних, соматогенних) і біологічних трансформацій в організмі (вікові кризи, менструальний цикл, вагітність, пологи тощо). До *специфічних* для психопатій виявів динаміки можна віднести такі: психопатичні реакції, психопатичні стани (компенсації, декомпенсації, напади, фази) і патологічний розвиток.

Психопатичні (патохарактерологічні) реакції — короткочасні зміни особистості, що характеризуються значним посиленням характерологічних рис, їх кількісними змінами. Вони виникають одразу після появи безпосередньої причини (психогенної або соматогенної), але є зміненою формою реагування на певний зовнішній стимул (психогенні й соматогенні психопатичні реакції). Типовими є змінена форма реагування, не адекватність стимулу як за силою, так і за змістом, а також швидке виникнення і зворотний розвиток з відновленням попереднього стану. За клінічними особливостями форма реагування може відповідати або не відповідати типу психопатії. Наприклад, психопатична реакція експлозивного характеру з крайньою злістю, агресивністю на незначний привід може виникнути

у збудливих й істеричних психопатів. Психопатичні реакції відрізняються від невротичних тим, що відсутнє відчуття хвороби, а від психотичних (афективношокових, патологічного афекту) — відсутністю грубих порушень пізнавальної діяльності (розладів свідомості, галюцинацій, маячних ідей тощо).

Компенсації — тимчасове пом'якшення характерологічних рис, яке забезпечує адаптацію особистості до мікросередовища (сімейного, трудового). Зазвичай це зумовлено сприятливим для особистості середовищем (наприклад, самотній спосіб життя з можливістю повністю віддатися улюбленій справі чи інтересам при шизоїдній психопатії). Рідше компенсація відбувається при формуванні механізмів психологічного захисту, манери поведінки, яка контрастує з психопатичними рисами, затушовуючи їх. Проте в тяжких умовах такі механізми виявляються недостатніми, й істинні психопатичні особливості виступають знову. Нерідко такі захисні механізми у вигляді гіперкомпенсації (наприклад, грубощі, розв'язність, безкомпромісність при астеничній психопатії) самі є виявом порушення адаптації до середовища. Депсихопатизація — стійке згладжування психопатичних рис характеру з багаторічною компенсацією. Настає в сприятливих умовах, особливо тоді, коли стосунки в сім'ї гармонійні. Звичайні життєві труднощі й повсякденні стреси хворі переносять задовільно. Тип характеру не змінюється, але це не перешкоджає соціальній адаптації. Декомпенсація — період у динаміці психопатій, що характеризується тривалим загостренням психопатичних рис і виявляється зазвичай порушеннями поведінки та соціальною дезадаптацією. Найчастіше розвивається під дією несприятливих для даного типу психопатії чинників оточення, які не впливають за іншого варіанта порушення, а також у нормі. Так, при психостенії легко настає декомпенсація в разі службових конфліктів, тоді як при збудливій психопатії пацієнти передусім нетерпимі в сім'ї.

Біологічними чинниками зумовлюються декомпенсації в періоди вікових криз — пубертатний і клімактеричний. Під час статевого дозрівання сильніше виявляються патологічні риси характеру у хлопчиків, а в клімактеричний період — у жінок.

Психопатичні напади — періодичні, без явних причин, фази різкого загострення патохарактерологічних властивостей з поверненням після самостійного виходу з них до попереднього стану (наприклад, дисфорії при епілептоїдній психопатії). Відсутність чіткої залежності між клінічними виявами нападів фаз і психопатичним складом особистості, а також їх належність тільки до певних типів психопатій (циклоїдного, шизоїдного та епілептоїдного кола) можуть свідчити про складнощі генезу з участю певного “ендогенного радикалу”.

Клінічна картина фаз з переважанням афективних розладів може виявлятися малими їх ознаками (стерті фази), чіткими психопатичними розладами з дистимією і тривалими (до 2–3-х років) депресивними фазами з тяжким перебігом. Останні найчастіше спостерігаються в динаміці афективної психопатії з переважанням у клінічній картині млявості, апатії, втратою цікавості.

Патологічний розвиток — певний вид динаміки психопатій, що відображує різні за клінічними виявами процеси характерологічної декомпенсації і виражається однобічним стійким посиленням окремих рис аномальної особистості. Є наслідком внутрішніх, конституційних причин (конституційний розвиток), а також може виникнути за несприятливих стосунків із зовнішнім світом (ситуаційний розвиток). Прикладом конституційного розвитку може бути посилення шизоїдних рис при шизоїдній психопатії. Серед ситуаційних патологічних варіантів розвитку найбільше значення має паранойяльний розвиток особистості, що може виникнути в психопатичних, а також акцентуйованих осіб різних груп (психостеніків, астеніків, гіпертивних, шизоїдних, збудливих тощо). Виникає в період соціальної зрілості (у віці 30–40 років), одразу після появи психотравмівних обставин, якими можуть бути несприятливі соціальні умови. З’являються надцінні ідеї, що згодом генералізуються, втрачається здатність до самокритики, різко змінюється поведінка (наприклад, пацієнт постійно скаржиться на своїх “ворогів” або шукає доказів подружньої невірності). Найчастіше виявляють ідеї ревності, переслідування, сутяжності, рідше — величності, реформаторства, іпохондричності. На фоні конфліктних ситуацій надцінні ідеї перетворюються на маячні. В міру згладжування психотравмівної

ситуації або поліпшення соматичного стану маячна симптоматика поступово редукується.

3. Діагностичні критерії і диференціальна діагностика

Діагностичними критеріями психопатії є три ознаки, визначені П. Б. Ганнушкіним – О. В. Кербиковим:

- *тотальність* патологічних рис характеру, що виявляється завжди і всюди (вдома й на роботі, під час відпочинку, в звичних умовах і при емоційних стресах);

- *стабільність* патологічних рис характеру (зберігаються протягом усього життя, хоча вперше їх помічають у дитинстві);

- *соціальна дезадаптація*, що є наслідком саме патологічних рис характеру, а не певних обставин.

На відміну від психопатій, акцентуації зазвичай розвиваються в період становлення характеру й зникають з віком. Виявляють їх лише за певних ситуацій, бо вони не супроводжуються соціальною дезадаптацією, або ж їх перебіг буває перехідним. Таким чином, при акцентуаціях характеру ніколи не буває усіх трьох обов'язкових ознак психопатії П. Б. Ганнушкіна – О. В. Кербікова.

При психопатіях *диференціальний діагноз* проводять, головним чином, у двох напрямках, а саме: з психопатичними (патохарактерологічними) реакціями, а також психопатоподібними станами, властивими іншим психічним хворобам. Різницю між перехідними, ситуаційно зумовленими реакціями у динаміці психопатій, акцентуаціями характеру та подібними реакціями при інших психічних і соматичних захворюваннях визначають на підставі критеріїв П. Б. Ганнушкіна – О. В. Кербікова.

У разі диференціації психопатії і неврозу до уваги треба брати суб'єктивне відчуття хворого з активним намаганням позбутися патологічних виявів, а також наявність сомато-вегетативного компонента в клінічній картині неврозу (головний біль, тахікардія, коливання артеріального тиску, шлунково-кишкові розлади тощо). Водночас не слід забувати про можливий невротичний патохарактерологічний розвиток, що свідчить про близькість цих двох межових нервово-психічних розладів. Нерідко виникає потреба в диференціальній діагностиці між психопатіями, деякими формами шизофренії із повільним

перебігом та маніакально-депресивним психозом. На користь процесуальної природи шизофренії свідчать наявність неврозоподібних та інших розладів, не зумовлених психогенним впливом, монотонність obsесивних виявів, схильність до систематизації нав'язливих виявів і формування ритуалів, редукція вегетативного компонента.

Паранойяльні стани в рамках динаміки психопатій відрізняються від шизофренії тим, що простежується тісний зв'язок між змістом надцінних ідей і реальними подіями, а також відбувається поступова редукція симптоматики за умови усунення дії психотравмивних ситуацій або поліпшення соматичного стану. Найбільші труднощі виникають тоді, коли доводиться диференціювати психопатію і шизофренію з психопатоподібним перебігом. Для *психопатії* характерна поява патохарактерологічних ознак у дитинстві з їх посиленням у пубертатний період.

Для *шизофренії* — “процесуальний зсув”, коли за звичайного преморбїду в підлітка виникають психопатоподібні стани з різкою зміною поведінки. Раптово безпричинно з'являються ненависть до близьких, жорстокість, злостивість, агресивність, емоційне сплюснення і “дикі” захоплення. Розладнується пізнавальна діяльність, і головне — порушується мислення та наростають негативні вияви. Під час диференціації з психопатоподібними розладами, що є наслідком органічного ураження головного мозку (після черепномозкових травм, нейроінфекцій, отруєнь алкогольного і токсикоманічного генезу), передусім звертають увагу на дані анамнезу про травму чи хворобу, наявність неврологічної симптоматики і ознак розвитку психоорганічного синдрому.

Так, у клініці хронічного алкоголізму на фоні астенії, подальшої алкоголізації формується **енцефалопатія** — психоорганічні розлади з експлозивними реакціями, психоподібними змінами психіки за типом збудливих, з агресією та нападами дисфорій. З огляду на значний вплив психогенних чинників на динаміку психопатій, психотерапії належить важлива роль у досягненні компенсацій характерологічних аномалій і нормалізації міжособистісних відносин. Вона повинна бути насамперед індивідуальною. **Вибір методів** залежить від типу й динаміки психопатії. Хворих із психостенічним,

паранойяльними типами треба терпляче переконувати в тому, що їхня самооцінка завищена або занижена, що слід змінити вимоги до оточення, допомогти їм розібратися у власних сумнівах і підозрах, вселити впевненість у собі тощо.

При збудливій та істеричній психопатіях застосовують наказово-сугестивний підхід з протидією афективним спалахам і нейтралізацією негативних виявів характеру пацієнта, навчають володіти собою, стримувати власні емоції. Позитивно впливає на патохарактерологічні властивості та поведінку не лише індивідуальна, а й групова, зокрема сімейна, психотерапія. За групової психотерапії велике значення має взаємовплив пацієнтів із спеціально підібраної групи (подолання невпевненості, тривожно-помисловості та ін.).

Метою сімейної психотерапії, яка ґрунтується на правильному розумінні особливостей характеру, є нормалізація внутрішньородинних взаємин, пошуки компромісів, правильне оцінювання мотивів поведінки один одним. Реабілітація психопатичних особистостей насамперед спрямована на формування активної життєвої позиції, стійких трудових навичок, що забезпечували б можливість соціального функціонування. Під час вибору професії і спеціальності треба враховувати особливості характеру пацієнта. Робота має сприяти компенсації психопатії, а не утруднювати адаптацію. Важливими оздоровчими чинниками є санація середовища, ізоляція від осіб з асоціальними схильностями, формування сприятливих взаємин у родині і добрих стосунків з навколишніми. Профілактика психопатій залежить від умов життя, стосунків у суспільстві, заходів з охорони здоров'я матері і дитини, профілактики пре- і постнатальних ушкоджень ЦНС. Передусім треба створити оптимальний психологічний клімат для розвитку дітей і підлітків (сім'я, дитячий садок, школа тощо), належні соціальні умови для формування гармонійної особистості.

Висновок. Більшість психопатичних особистостей залишаються поза полем зору психіатрів, а тому дані стосуються переважно поширення найтяжчих особистісних аномалій, кількості взятих на облік або госпіталізованих до психіатричних лікарень хворих. Поліморфність клінічних виявів розладів особистості і неоднакові принципи підходів до їх систематизації є причиною існування різних класифікацій. Реабілітація психопатичних особистостей

насамперед спрямована на формування активної життєвої позиції, стійких трудових навичок, що забезпечували б можливість соціального функціонування.

Питання до лекції

1. Темперамент, характер, особистість.
2. Структура особистості.
3. Поняття гармонійної особистості.
4. Розлади особистості: *Паранойяльний тип*
5. Розлади особистості: *Афективний тип*
6. Розлади особистості: *Істеричний тип*
7. Розлади особистості: *Шизоїдний тип*
8. Розлади особистості: *Психостенічний тип*
9. Розлади особистості: *Циклоїдний тип*
10. Розлади особистості: *Астенічний тип*

Рекомендована література:

Основна: [1-3]

Допоміжна: [2,3,4,5,7,9]

Інформ. ресурси Інтернет: [1-3]

Міжнародні видання: [1,2]

Тема 11. Психогігієна. Психопрофілактика.

Мета. Вивченню підлягають поняття: “Психогігієна”, “Психопрофілактика”, “Психотерапія”, “Валеологія”. Викласти аспекти, завдання та види комплексних заходів забезпечення нормального розвитку особистості, збереження і зміцнення психічного здоров’я, забезпечення найкращих умов для психічної діяльності людини.

Ключові слова: *аспекти, завдання, психотерапія, психогігієна, психопрофілактика, валеологія.*

Вступ. Сучасний етап розвитку суспільства характеризується різкою зміною умов життя людини і підвищенням вимог до стану її здоров’я і рівня її фізичних (біологічних) та інтелектуальних функцій. Особливістю сучасної людини є зниження її адаптивних здібностей і функціональних резервів організму, порушення механізмів саморегуляції, що закономірно призводить до більшого

поширення багатьох неінфекційних захворювань і вимагає вирішення завдань їхньої корекції і профілактики. Водночас можливості сучасної медицини виявляються недостатніми для вирішення завдань збереження і зміцнення психічного і соматичного здоров'я людини.

План

1. Психогігієна , аспекти, завдання.
2. Валеологія та її завдання
3. Психопрофілактика та її мета
4. Психотерапія. Види психотерапії

Висновок

1. Психогігієна, аспекти, завдання.

Психогігієна — комплекс заходів забезпечення нормального розвитку особистості, збереження і зміцнення психічного здоров'я, забезпечення найкращих умов для психічної діяльності людини. Систематика розділів психогігієни складена з урахуванням порівняльно-вікових особливостей психіки. Виокремлюють такі аспекти психогігієни, як: психогігієна дитинства, ігрова діяльність дитини, виховання, навчання, статеве почуття, юнацтво, праця, родина, статеве життя, шлюб.

Традиційно в медицині ці питання вирішували фахівці гігієнічного профілю, при цьому основна увага спрямовувалася на діагностику несприятливих фізичних і соціальних факторів, що погіршують рівень здоров'я і сприяють виникненню та поширенню захворювань. Така стратегія здійснюється шляхом нормування факторів навколишнього середовища й прямо не пов'язана з визначенням рівня здоров'я та розробкою заходів щодо його покращання.

Основне завдання психогігієни — створення сприятливих умов для всебічного гармонійного розвитку та реалізації всіх психічних здібностей людини (благополучна родина, нормальне харчування, гарне матеріальне становище, сприятливі житлові умови та ін.). У забезпеченні психогігієни родини, від якої значною мірою залежить і нормальний психічний розвиток дітей, велике значення мають наступні фактори: взаємна повага й підтримка, взаємодопомога в домашніх справах, психологічно раціональне вирішення конфліктних ситуацій, що

виникають, залучення усіх членів родини до вирішення питань про важливі покупки, місце проведення відпустки тощо забезпечення здорового способу життя (без шкідливих звичок), виховання в дітей (на власному прикладі) скромності, чесності, працьовитості тощо.

2. Валеологія та її завдання

Ці завдання покликана вирішувати **валеологія** — наука про закономірності, способи та механізми формування, збереження, зміцнення і відтворення здоров'я людини. Становлення й розвиток валеології визначається необхідністю перегляду відношення до стратегії збереження та зміцнення здоров'я людини.

Валеологія — не альтернатива клінічній, нозологічній медицині, а доповнення до неї, тому що лише на основі хвороби (патології) та вивчення здоров'я може бути розроблена загальна теорія медицини. Облік валеологічних принципів допомагає підвищити ефективність діагностики та первинної профілактики ряду неінфекційних захворювань, що ґрунтуються на виявленні несприятливих факторів ризику.

Тож *основним методом діагностики* у цих випадках є скринінг, тобто обстеження практично здорових людей, виділення серед них груп ризику та проведення відповідних заходів, спрямованих на протидію факторам ризику розвитку захворювання.

Завдання валеології:

1. Розробка та реалізація уявлень про сутність здоров'я, побудова діагностичних моделей і методів його оцінювання та прогнозування.

2. Кількісна оцінка рівня здоров'я практично здорової людини, його прогнозування, характеристики образу та якості життя.

3. Формування психології здоров'я, мотивації до корекції способу життя людиною з метою зміцнення здоров'я.

4. Реалізація індивідуальних оздоровчих програм, первинна та вторинна профілактика захворювань, оцінка ефективності оздоровчих заходів.

Вчення про здоров'я розвивалося протягом тривалого часу. Цією проблемою займалися Авіценна, Гіппократ, Гален, І. М. Сеченов, С. П. Боткін, І. П. Павлов. В

останні десятиліття — М. М. Амосов, Р. М. Баєвський, Г. Л. Апанасенко, В. П. Скарбників та ін.

Термін “валеологія” запропонований І. І. Брехманом (1982), який вважав, що наука про здоров’я повинна бути комплексною, заснованою на досягненнях медицини, психології, екології, біології, педагогіки та інших наук. Розвитку валеології за весь період її існування було присвячено вирішення низки проблем. Насамперед визначення понять індивідуального та суспільного здоров’я, здорового способу життя.

Наступне — розробка активної стратегії формування здоров’я. Інтегративний характер валеології пов’язаний як із розмаїттям вихідних наук, що брали участь у її формуванні, так і з різними напрямками роботи та методів дослідження *Наприклад*, розвиток фізичного стану людини пов’язаний з фізичним вихованням та спортом, охороною здоров’я, системою відбудовних і реабілітаційних заходів.

Інтелектуальний потенціал зміцнюється та розвивається системою утворення та виховання, наукою, розвиток духовного потенціалу визначається релігією, мистецтвом, літературою. Валеологія тісно пов’язана з іншими науками про людину: медициною, біологією, психологією, педагогікою. Попередження розвитку захворювань і збереження здоров’я людини є основним завданням гігієни, що займається виявленням та профілактикою несприятливого впливу природних і соціальних факторів на здоров’я людини.

Валеологічний же вплив спрямований найперше на зміцнення здоров’я індивіда та підвищення стійкості людини до дії несприятливих факторів.

Валеопедагогіка (педагогіка здоров’я) — новий рівень педагогічної науки, на якому має базуватися система здоров’я створюваної освіти.

Метою валеопедагогіки є освіта не тільки без утрати здоров’я, а й сприятливе підвищення рівня здоров’я людей.

Валеопсихологія — науково-практична дисципліна, що вивчає закономірності психічних процесів і центральних механізмів саморегуляції психіки, які забезпечують нормальне існування та розвиток, які допомагають людині задовольняти свої головні потреби, розкривати здібності та, успішно

адаптуючись до розумових і фізичних навантажень, зберігати й удосконалювати здоров'я. Загальноновизнаним є виділення *п'яти груп здоров'я*:

- здорові з нормальним розвитком і нормальним рівнем функцій;
- здорові, але ті, що мають функціональні чи деякі морфологічні відхилення, а також знижене оперття до гострих та хронічних захворювань;
- хворі на хронічні хвороби у стані компенсації зі збереженими функціональними можливостями організму;
- хворі на хронічні хвороби у стані субкомпенсації, зі зниженими функціональними можливостями;
- хворі на хронічні хвороби у стані декомпенсації зі значно зниженими функціональними можливостями організму.

Важливим аспектом валеології виступає донозологічна діагностика — розпізнавання станів організму, що стоять на межі між нормою та патологією.

Об'єктом донозологічної діагностики є процес адаптації організму до неадекватних умов середовища, що може закінчитися повною або частковою адаптацією до середовища без порушення гомеостазу, недостатньою чи незадовільною адаптацією, зривом адаптації з порушенням гомеостазу. Основними об'єктами донозологічної діагностики є:

- межові або перехідні стани, які організм довго витримував;
- стани напруження (короткочасні);
- перенапруження;
- передхвороба чи стадія виснаження регуляторних механізмів з порушенням гомеостазу, або в стадії субклінічних форм захворювань.

3. Психопрофілактика та її мета

Психопрофілактика — комплекс заходів щодо попередження психічних розладів і захворювань (первинна психопрофілактика), а також рецидивів перенесених психічних захворювань (вторинна психопрофілактика). Розрізняють первинну, вторинну і третинну профілактику.

Під *первинною* профілактикою розуміють охорону здоров'я майбутніх дітей, генетичні консультації, заходи, спрямовані на оздоровлення жінок, організація допомоги при пологах, раннє виявлення пороків розвитку в немовлят, лікувально-

педагогічну корекцію. *Вторинна* профілактика — це рання діагностика, прогноз і попередження небезпечних для життя хворого станів, вчасний початок лікування, застосування адекватних методів корекції, тривала підтримуюча терапія. Третинна профілактика — система заходів, спрямованих на попередження інвалідності при хронічних захворюваннях.

До **психопрофілактики** відносять заходи, що мають за *мету*:

- попередження психотравмуючих впливів у побуті і на виробництві (основа профілактики неврозів, психопатії та деяких інших видів психічної патології);
- попередження ятрогеній та дидактогеній;
- забезпечення своєчасного лікування і психотерапевтичного догляду за соматично хворими і тими, хто видужує (уважність, доброзичливість тощо);
- індивідуальний підхід у визначенні виробничого навантаження після хвороби, регламентація умов праці й побуту;
- проведення протирецидивної терапії після хвороби.

У психопрофілактичних заходах, окрім вказаного, особливо важливе місце посідає створення правильного режиму харчування і відпочинку, сприятливої психологічної атмосфери вдома, у лікувальній установі й на роботі, психотерапевтична підготовка всього медичного персоналу і відповідний підхід до хворих. Під психотерапією розуміють вид міжособистісної взаємодії, при якому пацієнтам надається професійна допомога психологічними засобами при вирішенні проблем, що у них виникають, чи труднощів психічного характеру (слово як фізіологічний та лікувальний фактор, за К. І. Платоновим).

4. Психотерапія. Види психотерапії

Психотерапія — система безпосереднього лікувального впливу на психіку особи, а через неї — на весь організм.

Мета її — усунути хворобливі симптоми та змінити ставлення до свого здоров'я і навколишніх. Психічними чинниками впливу на психіку особи є слово, невербальні умовні подразники, обстановка, певні заняття та ін. Завдання психотерапії – виробити в особи адекватне ставлення до свого стану, призначеного лікування; запобігання психотравмивним чинникам, що ускладнюють головну

недугу психогенними розладами; підтримка його надії на одужання незалежно від характеру і тяжкості захворювання.

Усі *методи психотерапії* поділяють на такі групи: раціональні, сугестивні, “поведінкові”, психоаналітичні. Показання щодо застосування тієї чи іншої методики не є абсолютними. У процесі лікування людини їх доповнюють або замінюють один одним. Залежно від того з ким проводяться психотерапевтичні сеанси, розрізняють індивідуальну, групову та сімейну психотерапію. На сьогодні існує понад психотерапевтичних напрямів. Кожний з них вирізняється базовими допущеннями, теоретичними рамками, методами аналізу терапевтичної взаємодії, відносним акцентом на минулих травмах, функціонуванні тепер чи в майбутньому. **Базовими напрямками психотерапії** на сьогодні є:

- психодинамічна терапія — спрямована на поліпшення тривалої адаптації шляхом усвідомлення мотивацій та конфліктів;
- підтримувальна терапія — спрямована на негайне ослаблення симптоматики, зміцнення свідомих та несвідомих захисних механізмів, надання людині емоційної підтримки, збільшення упевненості в собі;
- поведінкова терапія — розглядає симптоми як дезадаптивні навички, що були посилені навколишніми, і спрямовує зусилля психотерапевта на подолання їх;
- емпіричний напрям — скерований на ліквідацію невідповідності між мисленням, почуттями та поведінкою шляхом усвідомлення людиною усіх аспектів свого життєвого досвіду.

Групова психотерапія передбачає використання різноманітних психотерапевтичних технологій під час лікування групи слухачів. Групово психотерапія здобула поширення завдяки: прагненню включити у психотерапію більшу кількість осіб; переконанню, що кращого терапевтичного ефекту можна досягти внаслідок групових взаємодій; визнанню впливу соціально-динамічних чинників на поведінку особи. Групово психотерапія не замінює індивідуальну. Слухачі можуть брати участь одночасно в обох формах, часто з різними психотерапевтами. Особливо ефективна групово психотерапія для осіб, що не впевнені, чи зможуть спілкуватися з іншими; для осіб, які швидше схильні довіряти таким самим, як і вони, а не психотерапевту. Серед психотерапевтичних методів

особливу увагу треба приділити раціональній психотерапії, сугестивній психотерапії, аутогенному тренуванню, психоаналітичній психотерапії. **Раціональна психотерапія** — метод, при якому використовується логічна здатність пацієнта порівнювати, робити висновки, доводити їх обґрунтованість. Основними етапами раціональної психотерапії є пояснення та роз'яснення, переконання, переорієнтація. Раціональна психотерапія може проводитися як у формі індивідуальної, так і групової психотерапії.

Сугестивна психотерапія — група методів, в основі яких у ролі провідного лікувального фактора лежить навіювання чи самонавіювання. Навіювання реалізується у стані гіпнотичного сну (гіпнотерапія), наркотичного сну (наркопсихотерапія) тощо. З методів самонавіювання найвідоміше аутогенне тренування.

Аутогенне тренування — активний метод психотерапії, психопрофілактики та психогігієни, спрямований на відновлення динамічної рівноваги системи гомеостатичних саморегулюючих механізмів організму людини, травмованого в результаті стресового впливу.

Психоаналіз — психотерапевтичний метод, розроблений З. Фрейдом. Основним поняттям є уявлення про несвідомі психічні процеси та використання для їх аналізу психотерапевтичних методів. Класичний психоаналіз включає теорії загального психічного розвитку, психологічного походження неврозів та психоаналітичної терапії. Соціально-трудова реабілітація — це комплекс заходів щодо підтримки та відновлення соціальних зв'язків і професійних навичок людини після хвороби.

Завдання реабілітації — пристосувати хворого до умов праці, що змінилися, і побуту шляхом використання та тренування збережених здібностей ушкодженого хворобою органу.

Трудова реабілітація — прагнення відновити працездатність хворого за допомогою лікувальних засобів, фізіотерапевтичних процедур.

Соціальна реабілітація — створення відповідних умов у родині (поліпшення житлових умов, матеріальне забезпечення), відновлення втрачених контактів з навколишніми, відновлення суспільного становища хворого.

Працетерапія — система процесів від найпростіших, що відволікають від хворобливих переживань, дають можливість зайняти час (терапія зайнятістю), до набуття нової професії, якщо цього вимагає хвороба. Терапія працею є найважливішим методом соціотерапії.

Соціотерапія — за своєю сутністю — це частина психотерапії, що використовує соціально-психологічні чинники, а саме: вплив безпосереднього соціального середовища, різні форми соціальної активності (наприклад, клуби інвалідів) або колективної діяльності.

Висновок. У збереженні психічного здоров'я істотне місце посідають психогігієнічні заходи в забезпеченні розумової та фізичної праці: раціональна організація праці, режим праці й відпочинку, оптимальні навантаження, сприятлива психологічна атмосфера у трудовому колективі, позитивна емоційна установка до роботи, адекватний вибір професії. Становлення й розвиток валеології визначається необхідністю перегляду відношення до стратегії збереження та зміцнення здоров'я людини.

Питання до лекції

1. Поняття про психогігієну.
2. Психогігієна статі.
3. Психогігієна праці.
4. Психогігієна шлюбу.
5. Поняття про психопрофілактику.
6. Первинна, вторинна і третинна психопрофілактика.
7. Психотерапія, напрями психотерапії

Рекомендована література:

Основна: [1-3]

Допоміжна: [1,2,3,4,5,7]

Інформ. ресурси Інтернет: [1-3]

Міжнародні видання: [1,2]

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

Основна:

1. Закалик Г. М. Основи клінічної психології : навч. посіб. / Г. М. Закалик, О. В. Войцеховська, Н. М. Шувар. Львів : Вид-во Львів. політехніки, 2020. 429 с.
2. Клінічна психологія: навчальний посібник. Суми: Університетська книга, 2020. 163 с.
3. Никоненко Ю.П. Клінічна психологія. Навчальний посібник. Видавництво: КНТ, 2019, 369 с.

Допоміжна:

1. Еколого-психологічні детермінанти суб'єктивного благополуччя особистості: монографія / Ю. М. Швалб, О. Л. Вернік, О. О. Вовчик-Блакитна, Т. М. Кирпенко, О. В. Павленко, О. В. Рудоміно- Дусятська; за ред. Ю. М. Швалба. Київ Львів : Видавець Вікторія Кундельська, 2021. 234 с. URL: <http://psychology-naes-ua.institute/userfiles/files/Shvalb.pdf>
2. Клінічна психологія: методичні рекомендації до проведення семінарських занять та виконання самостійної роботи для студентів денної та заочної форми навчання спеціальності 053 «Психологія» ОС Бакалавр/ укладач Штих І.І. Мукачево: МДУ, 2019. 43с. URL: <http://surl.li/gwprok>
3. Медична психологія : підруч.; за заг. ред. докт.мед. наук, проф. І. Д. Спіріної. Дніпро : ЛІРА, 2022. 300 с. URL: <http://surl.li/gwpoz>
4. Лісовенко А.Ф. Медична психологія: методичні рекомендації (для самостійної підготовки здобувачів вищої освіти факультету психології, політології та соціології). Одеса: Фенікс. 2020. 60 с. URL: <http://surl.li/gwpph>
5. Основи медичної психології : конспект лекцій / укладач Т. В. Іванова. Суми : Сумський державний університет, 2022.275 с. URL: <http://surl.li/gwpor>
6. Психофізіологічні закономірності життєстійкості фахівців соціономічних професій: монографія / О. М. Кокун, В. В. Клименко, О. М. Корніяка та ін.; за ред. О. М. Кокуна. Київ – Львів : Видавець Вікторія Кундельська, 2021. 236 с. . URL: <http://psychology-naes-ua.institute/userfiles/files/Kokun.pdf>
7. Савенкова І. І. Клінічна психологія: навчальний посібник. Миколаїв: Миколаївський національний університет імені В.О. Сухомлинського, 2018. 302 с. URL: <http://surl.li/hmten>
8. Самодетермінація психологічного благополуччя особистості: монографія / Л. З. Сердюк, І. В. Данилюк, В. В. Турбан, О. І. Пенькова, Н. Д. Володарська [та ін.]; за ред. Л. З. Сердюк. Київ – Львів : Видавець Вікторія Кундельська, 2021. 236 с. URL: <http://surl.li/hmtgf>.
9. Чиханцова О, Гуцол К. Психологічні основи розвитку резильєнтності особистості в період пандемії Covid-19 : практичний посібник. Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2022. 128 с. URL: <http://surl.li/fmquy>

Інформаційні ресурси Інтернет

1. Національна медична бібліотека України URL : <https://library.gov.ua>
2. Національна бібліотека України імені В. І. Вернадського. URL: <http://www.nbuv.gov.ua>
3. Український ревматологічний журнал. URL : <https://www.rheumatology.kiev.ua>
4. Сімейні стосунки: типи сімейних відносин та поради, як налагодити тісний зв'язок з родиною URL :<https://ukr.media/psihologiya/384270>

Міжнародні видання:

1. Psychologicaljournal. URL:<http://www.apsijournal.com/index.php/psyjournal>
2. Psihologiâ i osobistist'(Online) Psychology and personality.
URL: <http://psychpersonality.inf.ua/>