

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 11.05. 2023 № 12

Голова вченої ради Н.І. Зикун Н.І. Зикун

**Конспект лекцій**

навчальної дисципліни

**«Патопсихологія»**

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 «Патопсихологія» складений на основі робочої програми навчальної дисципліни, затвердженої Науково-методичною радою Університету ДПУ від 12.04.2023, протокол №6

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 «9» травня 2023, №14

Завідувач кафедри



І.О. Петухова, к.пед.н., доцент

Реєстраційний № \_\_\_\_\_

# ЗМІСТ

## РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ПАТОПСИХОЛОГІЇ

Лекція 1. Предмет, мета та завдання патопсихології.....	4
Лекція 2. Основні напрями досліджень у патопсихології.....	15
Лекція 3. Норма і патологія з точки зору різних психологічних підходів.....	23
Лекція 4. Патологічне дослідження: основні методи та принципи.....	31
Лекція 5. Основні форми роботи психолога в медичних установах.....	50

## РОЗДІЛ 2. ПСИХІЧНІ ПОРУШЕННЯ ТА ЇХ ХАРАКТЕРИСТИКА

Лекція 6. Порухення свідомості, самосвідомості, уваги та відчуття.....	68
Лекція 7. Патологія сприйняття.....	82
Лекція 8. Порухення пам'яті та інтелекту.....	97
Лекція 9. Розлади мислення.....	105
Лекція 10. Розлади мовлення.....	115
Лекція 11. Порухення емоційно-вольової сфери та потягів.....	119

## РОЗДІЛ 3. ФУНКЦІОНАЛЬНІ ТА ОРГАНІЧНІ ПОРУШЕННЯ

Лекція 12. Соматогенні порухення психіки.....	128
Лекція 13. Органічні психічні розлади.....	139
Лекція 14. Функціональні розлади психіки.....	146
Лекція 15. Неврози (невротичні розлади).....	151
Лекція 16. Реактивні та постстресові психози.....	160
Лекція 17. Психосоматичні захворювання.....	170
Лекція 18. Комплексний посттравматичний стресовий розлад.....	186
Література.....	196

# РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ПАТОПСИХОЛОГІЇ

## ТЕМА 1. ПРЕДМЕТ, МЕТА ТА ЗАВДАННЯ ПАТОПСИХОЛОГІЇ

**Мета:** Дослідити закономірності розпаду психічної діяльності та властивостей особистості у зіставленні з закономірностями формування та протікання психічних процесів у нормі. З'ясувати за допомогою психологічних методів характер протікання та особливості структури психічних процесів, які ведуть до клінічних розладів. Визначити, що “Патопсихологія” вивчає закономірності розпаду психічної діяльності та властивості особистості в порівнянні з закономірностями формування та перебігу психічних процесів у нормі, вона вивчає закономірності “спотворень” діяльності мозку людини.

**Ключові слова:** норма, патологія, метод, патопсихологія.

### Вступ

#### План лекційного заняття

1. Патопсихологія як галузь психологічної науки
2. Предмет патопсихології
3. Завдання патопсихології
4. Взаємозв'язки патопсихології з іншими дисциплінами

### Висновок

**Вступ.** Патопсихологія отримала широке застосування в психіатричній клініці, водночас сьогодні її методичними принципами користуються не тільки в психіатрії. Врахування порушень у психічному стані хворого, зміни його працездатності, його особистісних особливостей є необхідністю у терапевтичних, хірургічних клініках та в інших галузях медицини. Знання з патопсихології є важливими для психологів будь-яких спеціальностей та спеціалізації, бо професійне спілкування психолога з людьми не виключає зустрічей з психічно хворою людиною.

#### 1. Патопсихологія як галузь психологічної науки

Патопсихологія (від грец. pathos – страждання, хвороба) – галузь клінічної психології, яка вивчає закономірності розпаду психічної діяльності та властивостей

особистості у зіставленні з закономірностями формування та протікання психічних процесів у нормі.

Засновником патопсихології є Б.Зейгарник – учениця К.Левіна, всесвітньо відомого німецького психолога. Нею були розроблені теоретичні засади патопсихології, описані розлади психічних процесів, сформульовані принципи роботи патопсихолога. Наукову та практичну діяльність продовжили учні та послідовники: Ю.Поляков, С.Рубінштейн, Є.Соколова, О.Співаковський, В.Ніколаєва, В.Тхостов, Б.Братусь та інші.

*Клінічна психопатологія* досліджує, виявляє, описує та систематизує прояви порушених психічних функцій. А *патопсихологія* діагностує за допомогою психологічних методів характер протікання та особливості структури психічних процесів, які ведуть до клінічних розладів.

Знання з патопсихології є важливими для психологів будь-яких спеціальностей та спеціалізації, бо професійне спілкування психолога з людьми не виключає зустрічей з психічно хворою людиною.

За цим змістом необхідно підкреслити, що на межі між психологією та патопсихологією існує така актуальна для соціальної практики і особливо деяких її галузей проблема, як питання про норму, тобто нормальний психічний розвиток. В патопсихології у визначенні норми та психічного здоров'я підтримується положення Всесвітньої організації охорони здоров'я відповідно до якого, під нормою розуміють «...не тільки відсутність хвороб, але стан фізичного, соціального й психічного благополуччя».

У патопсихології отримали розвиток уявлення про патопсихологічні синдроми порушень пізнавальної, мотиваційно-вольової та особистісної сфери при психічних захворюваннях (Ю. Поляков, О. Кудрявцев, Б. Блейхер та інші). Завдання визначення об'єкту та предмету вивчення є основним для будь-якої наукової дисципліни. Слід зазначити, що і сьогодні трактування терміну «патопсихологія» є неоднозначним. Так, Б. Зейгарник дає таке визначення: «Патопсихологія як психологічна дисципліна, виходить із закономірностей розвитку та структури психіки в нормі. Вона вивчає закономірності розпаду психічної діяльності та властивостей особистості в порівнянні з закономірностями формування та перебігу

психічних процесів у нормі, вона вивчає закономірності спотворень діяльності мозку». При цьому автор підкреслює, що патопсихологія та психопатологія мають принципову відмінність.

У короткому словнику психологічних понять дається таке визначення: «патопсихологія – це галузь клінічної (медичної) психології, предмет якої – психопатологія, а завдання – психодіагностика з метою уточнення медичного діагнозу та обґрунтування лікування, зокрема психотерапії та терапії працею». Так, на думку А. Холмогорової, патопсихологія – «теоретичний розділ клінічної психології, об'єктом вивчення якого є психічні розлади від легких порушень у вигляді дезадаптації або передхвороби до тяжких психічних розладів». І. Левченко дає таке визначення: «патопсихологія - це галузь психологічної науки, що вивчає зміни психічної діяльності внаслідок психічних або соматичних захворювань».

Патопсихологія, на думку Г. Носачова та Д. Романова, це «розділ клінічної психології, що вивчає патологічну та збережену сторони психічної діяльності 7 при психічних розладах за допомогою психологічних методів (природнонаукового, описового та експериментального) для діагностики, диференціальної діагностики, вивчення динаміки порушених психічних функцій у процесі лікування та реабілітації, що має глобальною метою відновлення психічного здоров'я та підвищення «якості життя» пацієнтів». Н. Середіна, Д. Шкуренко патопсихологію визначають як розділ медичної психології, що вивчає закономірності розпаду психічної діяльності та властивостей особистості при хворобах.

У великому психологічному словнику дається таке визначення: «Патопсихологія - галузь психології, що вивчає особливості психічної діяльності людини при патологічних станах мозку, пов'язаних з психічними або соматичними захворюваннями».

Подібне трактування представлено в роботі ряду авторів (Є. Орлової, Р. Козьякова та ін.): «Патопсихологія – галузь психології, що вивчає зміни психічної діяльності при патологічних станах мозку в порівнянні з нормою, пов'язаних з психічними, соматичними або екстремальними навантаженнями на психіку».

Як можна помітити, в останніх двох визначеннях акцентується увага на патологічних станах мозку (що більшою мірою характеризує нейропсихологію),

при цьому не береться до уваги категорія патологій соціальної генези, а тому дані визначення не можуть бути розглянуті як достатні.

Б. Карвасарський пише: «Підсумовуючи ряд висловлювань провідних психіатрів і патопсихологів, різницю між психопатологією і патопсихологією можна бачити в тому, що перша, будучи клінічною дисципліною, оперує медичними категоріями (етіологія, патогенез, симптом, синдром) і загальнопсихопатологічними прогност хвороби), ґрунтуючись при цьому головним чином на клінічному методі, тоді як патопсихологія вивчає закономірності порушень психічної діяльності, користуючись переважно, психологічними, методами».

## 2. Предмет патопсихології

**Патопсихологія** - прикладна галузь клінічної психології, що вивчає розлади психіки (процесів, станів, властивостей) на основі та за допомогою психологічної методології.

Спрямованість *патопсихології* та *психопатології* на той самий об'єкт зумовлює проблему з визначенням предмету цих дисциплін. За всього різноманіття формулювань сучасними авторами, Б. Зейгарник, підкреслює одну відмінну рису – зіставлення патології з нормою. Так, І. Левченко предмет патопсихології визначає як «закономірності розпаду психічної діяльності та властивостей особистості в порівнянні з закономірностями формування та перебігу психічних процесів у нормі». Діяльність Є. Орлової, Р. Козьякова, Н. Козьякової предметом патопсихології є «зміна психічної діяльності при патологічних станах мозку в порівнянні з нормою».

Однак зауважимо, що зіставлення патології з нормою не є перевагою патопсихології, про що писав у своїй праці Б. Карвасарський: «Важко уявити у будь-якій галузі медицини, зокрема у психіатрії, вивчення патологічних розладів без звернення до норми».

На думку ряду авторів (В. Блейхер, І. Крук, Н. Рєпіна, Д. Воронцов, І. Юматова), патопсихологія вивчає порушення психіки як «психологічні феномени», що дозволяє розкрити «специфіку психіки», що виявляється в динаміці та в певних умовах. Узагальнюючи все сказане вище, можна дати таке визначення.

*Предмет патопсихології* - специфіка порушень психічної діяльності та структури особистості при різних психічних захворюваннях.

А. Холмогоров пропонує низку психологічних моделей або уявлень про рушійні сили розвитку та механізми психічної патології:

- недорозвиток чи втрата культурних способів організації психіки (усвідомленості та опосередкованості вищих психічних функцій) (Л. Виготський);
- переважне порушення одного з аспектів психічної діяльності (Б. Зейгарник, Ю. Поляков);
- втрата ієрархії мотивів, збіднення чи спотворення мотиваційної сфери, що веде до звуження зв'язків людини зі світом, аж до формування примітивної однопікової організації (Б. Зейгарник, Б. Братусь);
- переважне порушення одного з трьох рівнів здоров'я – психофізіологічного, індивідуально-психологічного, ціннісно-сислового (Б. Братусь);
- порушення рефлексивного та смислового регулювання психічної діяльності (Б. Зейгарник, В. Ніколаєва, А. Холмогорова);
- дефіцитарність когнітивних структур та особистісної ідентичності як наслідок порушених дитячо-батьківських взаємин (Є. Соколова);
- дефіцит психічної активності, що виражається в порушеннях процесу цілепокладання та емоційного регулювання (Н. Курек);
- трансформація дисфункціональних культурних та сімейних взаємин, способів комунікацій, норм та цінностей в особистісну когнітивну вразливість до хвороби (А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян).

### **3. Завдання патопсихології**

**У сферу інтересів патопсихології**, як зазначає Н. Білопільська, входить **вирішення наступних завдань**:

1. Діагностичні – виявлення та оцінка психічних порушень за допомогою патопсихологічних методів.
2. Корекційні – проведення психотерапевтичної роботи з дорослими хворими та корекційно-розвивальної роботи в галузі дитячої патопсихології. Перше та друге завдання часто вирішуються в межах консультативної практики.



3. Дослідницька – отримання нових наукових даних, і теоретичних узагальнень, важливих як для патопсихології, так психології загалом.
4. Профілактична - проведення превентивних заходів, що створюють позитивну атмосферу в робочому колективі, в сім'ї та в суспільстві, а також проведення пропаганди та популяризації патопсихологічних знань про здоровий спосіб життя.

Дещо інші практичні завдання патопсихології позначає Б. Карвасарський.

**Завдання патопсихології** (за Б. Карвасарським):

1. Диференційна діагностика психічних розладів.
2. Оцінка структури й ступеня психічних розладів.
3. Діагностика психічного розвитку та його аномалій(дизонтогенезу).
4. Дослідження особистості, соціального середовища, соціальних позицій хворого.
5. Оцінка динаміки психічних порушень і врахування ефективності терапії.
6. Експертна робота.
7. Реабілітаційна й психокорекційна робота.

**Перше** завдання – диференційна діагностика психічних розладів.

Патопсихологічне дослідження виступає як джерело додаткової інформації для уточнення нозологічного діагнозу у випадках атипової, стертої (з маловираженою симптоматикою) картини різних психічних захворювань, що проявляється на початкових стадіях або в період ремісії. Так, необхідність у диференційній діагностиці виявляється при прояві перших симптомів форм шизофренії, при розпізнаванні стертих або «маскованих» депресій, дисимульованих маячних переживань та деяких форм патології старечого віку. **Друге** завдання – оцінка структури та ступеню психічних розладів. Вирішення цього завдання полягає у дослідженні характеру і виразності порушень окремих психічних процесів, соціальній та вивченні компенсаторних можливостей їх відновлення з урахуванням психологічних особливостей тієї чи іншої виду діяльності. Необхідність такої оцінки виникає при кваліфікації стану хворого та встановленні функціонального діагнозу, при визначенні шляхів трудового пристосування та соціального відновлення хворого, при проведенні психокорекційних, реабілітаційних та профорієнтаційних заходів. **Третє** завдання – діагностика психічного розвитку та його аномалій (дизонтогенезу). Це завдання спрямовано виявлення ступеня та

структури різних форм дизонтогенезу, визначення шляхів загальноосвітнього та трудового навчання дітей з порушеннями розвитку, розробку корекційних заходів, програм та рекомендацій для педагогів та батьків. **Четверте** завдання – дослідження особистості, соціального середовища та соціальних позицій хворого включає збір даних для функціонального діагнозу. «Функціональний діагноз, що представляє синтез клінічної та психологічної оцінки хворого в реальних умовах життя та діяльності, виражає динамічну характеристику стану індивіда та його зв'язку з соціальним середовищем та відображає ступінь, спосіб та основні тенденції компенсації нервово-психічних розладів». У процесі дослідження особистісних особливостей основна увага приділяється вивченню системи взаємовідносин хворого з навколишнім світом, його установкам та соціальним позиціям. При постановці функціонального діагнозу, передусім, враховуються компенсаторні механізми психіки, які можна використовувати для соціальної та професійної адаптації хворих. **П'яте** завдання – оцінка динаміки психічних порушень та врахування ефективності терапії, орієнтована на лонгітюдний підхід дослідження психічних порушень, що дозволяє відстежити динаміку змін психіки у процесі психотерапевтичного впливу та оцінити ступінь ефективності цього процесу. Також це завдання може бути актуальним на етапі постановки функціонального діагнозу за відсутності чітких клінічних критеріїв, за необхідності більш глибокого судження про динаміку окремих психічних процесів і станів, а також для оцінки фармакодинамічних ефектів та оцінки ефективності реабілітаційних методів. **Шосте** завдання – участь у експертній роботі. Вирішення цього завдання полягає у проведенні психодіагностичного обстеження та у складанні експертного висновку щодо певного об'єкту та напрямку експертизи (медикосоціальної, військово-лікарської, психолого-медико-педагогічної, психологопсихіатричної). Залежно від виду експертизи та змісту, поставлених перед експертом питань, психологічне обстеження підпорядковується тим чи іншим спеціальним завданням. **Сьоме** завдання – реабілітаційна та психокорекційна робота. Це завдання спрямоване на участь у системі комплексних психотерапевтичних заходів, метою яких є оцінка психологічних факторів оточення

хворого, зміцнення його особистісного та соціального статусу, оптимізація зовнішніх умов для його адаптації, а також запобігання інвалідизації.

**Практична спрямованість** патопсихології передбачає використання широкого діапазону психокорекційних і психотерапевтичних методів та засобів.

Так, клінічний психолог бере участь у психокорекційній та психотерапевтичній роботі з найближчим оточенням хворого (сімейне консультування, сімейна психотерапія), у розробці програм психокорекційних заходів з урахуванням специфіки хвороби та соціальної ситуації її розвитку, а також з урахуванням компенсаторних можливостей хворого.

**Психодіагностичні методики** є інструментарієм психолога, грамотне та адекватне застосування яких дозволяє вирішити вищенаведені завдання патопсихології. До ключових (професійних) компетенцій клінічного психолога входять не тільки знання та вміння застосовувати діагностичні методики, а й розробка нового діагностичного інструментарію.

Згідно з К.Корсаковою, «клінічно-психологічний синдром» – це закономірне поєднання симптомів, які виникають при порушенні пізнавальних процесів або особистості та в основі яких лежить недостатність ланки в системно-структурній будові психіки, яка викликана їх хворобливим процесом.

**Клінічно-психологічний синдром** розглядається у межах двох підходів – патопсихологічного і нейропсихологічного. У патопсихології центральне місце займає пошук загальної ланки порушення вищих психічних функцій, які є в основі розвитку окремих симптомів при реалізації таких функцій. Наприклад, синдромоутворюючим радикалом при шизофренії може бути порушення мотивації, наслідком чого є характерні для цього захворювання зміни (або особливості) мислення, сприйняття, пам'яті та інше. Із переліку *психопатологічних синдромів* найбільше значення у клініці (В.Блейхер, І. Крук) мають наступні:

**шизофренічний**, або дисоціативний симптомокомплекс – складається із таких особистісно-мотиваційних розладів, як зміни структуриєрархії мотивів, порушення цілеспрямованості мислення (резонерство, різноплановість та інше);

**емоційно-вольових** розладів (спрощення та дисоціація емоцій, парабулії та інше), зміни самооцінки та самосвідомості (аутизм, відчуженість та інше);

**психопатичний** (особистісно-аномальний) симптомокомплекс – складається із емоційно-вольових розладів, зміни структури ієрархії мотивів, неадекватності рівня вибагливості та самооцінки, порушення мислення кататимного типу, порушення прогнозування та опори на попередній досвід (у клініці – акцентуйовані та психопатичні особистості обумовлені у значній мірі аномальною основою психогенної реакції);

**органічні** (екзо-ендогенний) симптомокомплекси – складаються із симптомів зниження інтелекту, повернення до системи попередніх знань та досвіду мислення; непостійність емоцій; зниження критичних здібностей (у клініці цьому відповідає екзогенно-органічне ураження головного мозку – церебральний атеросклероз); наслідки черепно-мозгових травм; а також «ендогенно-органічні» розлади типу істинної епілепсії та первинних атрофічних процесів у головному мозку;

**олігофренічний симптомокомплекс** – складається з нездатності до навчання, формуванню понять, абстрагуванню, дефіциту загальних відомостей та знань, примітивності та конкретності мислення, підвищеної піддатливості та емоційних розладів.

Також необхідно виокремити симптомокомплекс психогенної дезорганізації, який характерний для реактивних психозів. Патопсихологічний синдром грає суттєву роль в якості ланцюга під час проведення нозологічної та функціональної діагностики.

**Патопсихологія** є психологічною наукою, і тому її проблематику, перспективи та досягнення не можна розглядати окремо від розвитку та стану загальної психології, психологічного знання загалом.

**Основні розділи роботи патопсихолога** визначаються його участю в:

- вирішенні задач диференційної діагностики;
- оцінці структури та ступеня нервово-психічних розладів;
- діагностиці психічного розвитку та вибору шляхів загальноосвітнього та трудового навчання та перенавчання;
- дослідженні особистості, соціального середовища та соціальних позицій хворого з метою отримання даних для функціонального діагнозу;
- оцінці динаміки нервово-психічних порушень та врахуванні ефективної терапії;

- проведенні експертної роботи;
- проведенні психокорекційної роботи.

**Патопсихологія**, як і будь-яка наукова дисципліна, розвивається у тісній взаємодії з іншими науками та під їх впливом. Вона пов'язана з низкою психологічних та медичних дисциплін: Клінічна психологія, Загальна психологія, Психодіагностика, Психологія розвитку та вікова психологія, Спеціальна психологія, Психотерапія та психокорекція, Психопатологія, Психіатрія.

Патопсихологія розвивається як прикладна галузь клінічної психології, отже, тісна взаємодія цих дисциплін зумовлена загальною спрямованістю та завданнями. У межах загальної наукової платформи патопсихологія взаємодіє з нейропсихологією та психосоматикою. Точкою дотику інтересів патопсихології та нейропсихології є вивчення порушень вищих психічних функцій внаслідок органічних ушкоджень мозку, а також вивчення механізмів їх відновлення.

**Психосоматика** вивчає структуру середовищних (зовнішніх) та особистісних факторів (внутрішніх), що обумовлюють формування та розвиток соматичних розладів, що також стосується інтересів патопсихології щодо вивчення особистісних особливостей, характеру взаємин хворого із соціальним середовищем, його установок та соціальних позицій.

Патопсихологія, розглядаючи порушення психіки, спирається на методологію та оперує поняттями загальної психології, враховує закономірності вікової динаміки психічного розвитку, які становлять сферу наукового пізнання вікової психології.

Проблематика дизонтогенезу поєднує інтереси патопсихології та спеціальної психології до структури інтелектуального дефекту у дітей та його детермінації (олігофренопсихологія). Об'єднуючим аспектом є пошук шляхів корекції інтелектуальної та емоційної сфери дітей з різними патологіями розвитку. Зв'язок патопсихології, психіатрії та психопатології, як згадувалося, обумовлений їх загальною спрямованістю на спільний об'єкт – розлади психіки, дослідження яких з різних позицій (психологічної та медичної) розширюють феноменологію клінічних проявів хвороби, збагачуючи науку загалом.

Описані міждисциплінарні зв'язки є лише близьким колом найтіснішої взаємодії патопсихології з іншими дисциплінами. Насправді їх набагато більше.

Так, завдання патопсихології передбачають проведення різноспрямованої експертної роботи (медико-соціальної, військово-лікарської, психолого-медикопедагогічної, судової психолого-психіатричної), внаслідок цього виникає необхідність взаємодії патопсихології з юридичною психологією, психологією праці, соціальною психологією, педагогікою та рядом інших дисциплін. **Патопсихологія** володіє багатим досвідом власних методів, має велике практичне значення для діагностики психічних порушень. *Методики експериментальної патопсихології* застосовуються не лише у неврології і психіатрії, а й у інших галузях медицини. Так, періодично виникає необхідність у реєстрації динаміки психологічного стану хворого (зміна параметрів уваги, коливання темпу працездатності та стомлюваності та ін.)

Слід виділити *ряд теоретичних проблем патопсихології*, що мають інтегративне значення для психології та психіатрії:

- вивчення структури та динаміки порушень пізнавальної, емоційновольової та особистісної сфери при різних психічних розладах, а також вивчення компенсаторних механізмів їх відновлення;
- вивчення співвідношення первинного та вторинного у структурі дефекту як предиктора дизонтогенезу;
- вивчення ролі особистісних та середовищних факторів у формуванні патологічної симптоматики хворих з різними психічними розладами;
- вивчення психологічних механізмів формування складних психопатологічних синдромів, у тому числі впливу індивідуального досвіду та особистості хворого на появу та динаміку цих синдромів;
  - проблема співвідношення розпаду та розвитку психіки.

**Висновок.** Перспективні напрями розвитку патопсихології виокремлено низкою авторів. Зокрема, Б. Зейгарник зазначала, що перспективи патопсихології вона бачить, передусім, у системному підході до дослідження хворих із психічними порушеннями. На думку Ю. Полякова, перспективним напрямом у патопсихології є розробка патопсихологічних синдромів, в основі якої лежить виявлення та вивчення порушених факторів у структурі психічної діяльності. На думку Б. Карвасарського перспективами розвитку патопсихології є психологопедагогічна реабілітація та

корекція, а також вивчення патопсихологічних синдромів, які, на думку вченого, відіграють істотну роль у нозологічній та функціональній діагностиці.

### **Перелік питань для самоконтролю**

1. Характеристика органічного (екзо-ендогенного) симптомокомплексу
2. Характеристика олігофренічного симптомокомплексу
3. Характеристика реактивних психозів.

### **Рекомендована література:**

Основна: [3]

Допоміжна: [1,4]

Інформ. ресурси Інтернет: [1]

Міжнародні видання [1]

## **ТЕМА 2 ОСНОВНІ НАПРЯМИ ДОСЛІДЖЕНЬ У ПАТОПСИХОЛОГІЇ**

**Мета.** Проаналізувати основні напрями досліджень у патопсихології: психодіагностичного та психокорекційного. Дослідити динаміку психічних порушень. З'ясувати участь патопсихолога в експертній роботі.

**Ключові слова:** психодіагностичний та психокорекційний метод, синдром, симптом, психічна патологія, експертна робота.

### **Вступ**

#### **План лекційного заняття**

1. Основні завдання психодіагностичного напрямку досліджень у патопсихології. Отримання даних для діагностики.
2. Психокорекційний напрямку досліджень у патопсихології. Дослідження динаміки психічних порушень.
3. Участь в експертній роботі.

### **Висновок**

**Вступ.** Лікар-психіатр констатує наявність або відсутність симптомів та синдромів психічної патології та, за їх наявності, описує особливості їх перебігу, тоді як патопсихолог досліджує компоненти та фактори мозкової діяльності,

порушення яких спричиняють формування хворобливої симптоматики. Окремо слід розглядати патопсихологічні дослідження в дитячій та підлітковій психіатрії.

## 1. Основні напрями досліджень у патопсихології

У професійній діяльності клінічного психолога виділяють два основні напрями: *психодіагностичний та психокорекційний*.

**Основні завдання психодіагностичного напрямку.**

*Перше* завдання - це отримання даних для діагностики, (але НЕ діагностика психічних розладів). Нозологічний діагноз (лат. «нозо» - хвороба) ставить лікар-психіатр, а психолог разом з іншими фахівцями бере участь у постановці діагнозу шляхом отримання психологічних даних. Ці дані носять допоміжний характер, і їх цінність виявляється при зіставленні з результатами клінічного спостереження і інших лабораторних досліджень (електроенцефалограми, реоенцефалограми, біохімічного аналізу крові і сечі і ін.).

Тому що в системі ієрархії мозкових процесів можна виділити різні **рівні**:

1. *патобіологічний* - характеризується порушенням морфологічної структури тканин мозку, біохімічних процесів, що протікають в них, і тому подібне На цьому рівні працюють лікарі лабораторій біохімічною, клінічною;

2. *фізіологічний* - полягає в зміні перебігу фізіологічних процесів. Цей рівень досліджується лікарями лабораторії функціональної діагностики шляхом реєстрації електроенцефалограми, реоенцефалограми і ін.;

3. *пато- і нейропсихологічний*, для якого характерне порушення психічних процесів і пов'язаних з ними властивостей психіки. Ці порушення реєструє психолог;

4. *психопатологічний*, такий, що виявляється клінічним синдромом психічної патології. На цьому рівні працює лікар психіатр, який на підставі даних вищеперелічених фахівців і шляхом клінічного спостереження ставить нозологічний діагноз. Тобто, психолог не ставить завдання нозологічної діагностики у кожному окремому випадку у зв'язку з даними психологічних досліджень. Але все одно - кінцева мета комплексного дослідження - це постановка діагнозу. Психолог працює на рівні патопсихологічних синдромів.



## 2. Психокорекційний напряму досліджень у патопсихології

*Дослідження динаміки психічних порушень у зв'язку з терапією, що проводиться.* Багаторазово проведені у процесі лікування психологічні дослідження можуть бути об'єктивним показником впливу терапії на перебіг хвороби, свідчать про ефективність проведеного лікування, а також характеризують особливості настання ремісії і структури психічного дефекту, що формується при цьому (якщо мова йде про процесуальне захворювання). Іншими словами, вивчаються особливості впливу лікарського засобу на психоз. Тут можна виділити два чинники, важливих для подальшої лікарської тактики: перший – роль структури психічного дефекту у побудові подальших реабілітаційних програм, другий – відомий прогностичне значення визначається при дослідженні стану психічної діяльності хворого у зв'язку з лікуванням.

Можна виділити **три основних напрями розвитку патопсихології**: патопсихологія психічних процесів, психометрія у патопсихології та патопсихологічні синдроми. Представники першого напрямку досліджують психічні процеси в нормі та їх кількісні та якісні порушення. На сьогоднішній день накопичені дані про порушення психічних процесів при різних формах захворювань, які дозволяють визначити структуру дефекту та встановити ступінь психічних порушень, що використовується для диференційно-діагностичних цілей для розгляду якості ремісій, визначення характеру дії нових фармакологічних засобів тощо.

Одним із найяскравіших представників цього напрямку є Б. Зейгарник, яка у 1927 році захистила дипломну роботу під керівництвом К. Левіна «Про запам'ятовування завершених та незавершених дій». Б. Зейгарник узагальнила та докладно описала патопсихологічні дослідження пізнавальної діяльності, наприклад, порушення мислення у вигляді порушення операційної сторони мислення, порушення особистісного компонента мислення та порушення динаміки розумової діяльності.

*Другим напрямом* є психометрія у патопсихології. Представники цього напрямку розробляють, апробують та/або адаптують експериментальні методики для дослідження психіки хворих. Так, С. Рубінштейн опублікувала практичний посібник із застосування експериментальних методик з досвідом застосування їх у клініці, які спрямовані на дослідження сенсомоторної сфери, уваги, пам'яті, мислення, самооцінки психіки здорової та відхильної особистості. Це призводить до розмивання меж предмета патопсихології та психіатрії, до втрати нових фактів, суттєвих для клінічної картини психічно хворого, оскільки отримані дані, проаналізовані та проінтерпретовані без застосування категорій психологічної теорії, дають факти, які лікар може виявити у процесі клінічної бесіди та які носять вузький характер.

Представники *третього напрямку* вважають найбільш доцільним виділення патопсихологічних синдромів. Сутність патопсихологічного синдрому, як і в психіатрії, полягає в сукупності патогенетичних симптомів, ознак психічних розладів, які взаємозумовлені та взаємопов'язані та наближають до визначення нозологічної приналежності захворювання. Це положення про єдність розуміння синдрому з позицій психології та психіатрії визнають усі вчені, які взагалі визнають поняття патопсихологічного синдрому.

Однак В. Блейхер, І. Крук, С. Боков бачать суттєві відмінності між патопсихологічним та психопатологічним синдромом: «...відмінність ця обумовлена не так формою синдрому, його складом, скільки різними рівнями функціонування центральної нервової системи, на яких ці синдроми виділяються».

На основі наукових розробок А. Лурія та Ю. Полякова ними розглядаються патобіологічний (порушення морфологічної структури тканин мозку і відповідно протікання біохімічних процесів тощо), фізіологічний (зміна перебігу фізіологічних процесів), пато- та нейропсихологічний (порушення психічних процесів та властивостей психіки), психопатологічний (симптоми та синдроми психічної патології) рівні в системі ієрархії мозкових процесів. Ці рівні зумовлюють ієрархію функціонування психіки людини як дуже складного процесу, що визначає необхідність зусиль фахівців із різних галузей знань.

Вперше було представлено типологію патопсихологічних симптомокомплексів (синдромів) І. Кудрявцевим. Надалі при розробці цієї проблеми вчений дає таке визначення: «*Патопсихологічний симптомокомплекс* – це відносно специфічний патерн (певним чином організований комплекс, структурована сукупність) внутрішньо пов'язаних, споріднених з походженням (патогенезу) та механізмів розвитку психологічних феноменів (симптомів) – ознак порушення емоційного реагування та пізнавальної діяльності, що несуть інформацію про рівень (глибину), обсяг (тяжкості) психічного ураження та деякі його нозологічні характеристики (діагностичне «забарвлення») . Автором виділяється чотири основні патопсихологічні симптомокомплекси, які найчастіше зустрічаються при провадженні комплексної судової психологопсихіатричної експертизи: шизофренічний, органічний, психопатичний та психогенної дезорганізації психічної діяльності.

Узагальнюючи наукові дослідження та багаторічний досвід практичної роботи, І. Кудрявцев робить висновок про те, що «проведене динамічне порівняння повторних психіатричних нозологічних та патопсихологічних синдромальних діагнозів виявило високий ступінь їх відповідності, підтвердивши діагностичну надійність та інформативність. На підставі отриманих результатів можна стверджувати, що патопсихологічні синдроми, подібно до симптомокомплексів у психопатології та нейропсихології, є необхідним проміжним етапом на шляху сходження до синтезу вищого порядку - нозологічного та функціонального діагнозу» .

Ідею виділення патопсихологічних симптомокомплексів підтримала низка вчених: Г. Носачов, Д. Романов, З. Соловйова. Вони розглядають наступну типологію патопсихологічних синдромів: симптомокомплекс психотичної дезорганізації, шизофренічний (дисоціативний) симптомокомплекс, або синдром, афективно-ендогенний синдром, олігофренічний синдром, екзогенноорганічний синдром, ендогенно-органічний синдром, особистісно психогенноневротичний синдром. Подана типологія показує, що пропонується інший за змістом підхід до розуміння патопсихологічних симптомокомплексів або синдромів.

Слід зазначити, що Г. Носачов, Д. Романов, З. Соловйова вказують види нозологічних форм, у яких зустрічається той чи інший патопсихологічний синдром. Так, з семіотики зазначених авторів шизофренічний синдром зустрічається при шизофренії, шизо-афективному розладі, шизотиповому розладі, шизоїдному розладі особистості;

- *афективно-ендогенний* синдром спостерігається при маніакальній фазі маніакально-депресивного психозу (циклотимія), при шизофренії, при шизоафективних психозах, органічних ураженнях головного мозку;

- *олігофренічний* синдром зустрічається при всій збірній групі олігофреній від хромосомних аберацій до екзогенно-органічних уражень головного мозку;

- *екзогенно-органічний* синдром зустрічається при широкому колі «органічних» захворювань головного мозку (травматичне, інтоксикаційне, судинне, пухлинне, метаболічне, ендокринне, паразитарний генез), а також іноді — при шизофренії з тривалими термінами перебігу і як наслідок терапії із застосуванням психотропних засобів при «органічних» та «межових» психопатіях;

- *ендогенно-органічний* синдром зустрічається при епілепсії, при органічних захворюваннях головного мозку, при наслідках черепно-мозкової травми із судомним синдромом, при органічних розладах особистості, при епілептоїдній психопатії;

- *особистісно-аномальний* синдром зустрічається при психопатіях, психопатоподібних станах при шизофренії, при органічних захворюваннях головного мозку, при черепно-мозкових травмах тощо;

- *психогенно-психотичний* синдром зустрічається при реактивних психозах; психогенно-невротичний синдром зустрічається при неврозах та невротичних станах.

Виходячи із запитів практики, досить ефективним вважається четвертий напрямок, а саме патопсихологічні дослідження при певних психічних захворюваннях.

Слід зазначити, що В. Блейхер, І. Крук, С. Боков зробили спробу описати патопсихологічну семіотику, але, на жаль, у більшості випадків - при клінічних проявах, що не викликають сумнівів. На наш погляд, затребуваним є не різноманітне

уявлення про патопсихологічні синдроми, а більш чітко диференціювання проявів будь-якої нозологічної одиниці. Так, наприклад, при патопсихологічному дослідженні шизофренії необхідно діагностично вивчати вид шизофренії, перебіг, стадію захворювання, медикаментозну корекцію та її вплив на перебіг психічних процесів. При патопсихології особистісних розладів доцільно окремо розглядати патопсихологію психопатій та патохарактерологічних розвитків особистості, розлади особистості при безперервно поточній формі шизофренії та шизофренічного дефекту тощо.

**3. Участь в експертній роботі.** Тут мається на увазі участь психолога в різних видах експертиз (судовій, військовій, педагогічній та ін.): Як відомо, судово-психіатрична експертиза вирішує питання «осудностінеосудності», «дієздатності-недієздатності» підекспертного (підозрюваного, обвинуваченого, свідка, жертви).

При проведенні судово-психіатричної експертизи психолог:

- по-перше, надає дані, що полегшують вирішення діагностичних питань (є дефект психіки чи ні);
- по-друге, встановлює ступінь вираженості психічного дефекту.

*Психолог проводить також судово-психологічну експертизу.*

У проведенні цієї експертизи він відіграє провідну роль.

*Судово-психологічна експертиза* проводиться у разі, коли у підекспертного відсутнє психічне захворювання, а для розуміння характеру досконалого злочину, структури, мотивів і потреб обвинуваченого, підозрюваного, необхідно встановити його особові особливості, виявити стани, які могли вплинути на людину у момент скоєння злочину (перевтома, страх, горе); встановити такі стани, як розгубленість, втрата орієнтування.

Також проводиться *судово-психологічна експертиза* потерпілих і свідків. Практично завжди судово-психологічна експертиза призначається у справах неповнолітніх. При цьому визначається рівень їх пізнавальної діяльності і характер властивих їм індивідуально-особових особливостей.

**Пріоритет** надається *комплексним судовим психолого-психіатричним експертизам.*

*Другий* вид експертизи - це посмертна експертиза. При проведенні цієї експертизи психологи, аналізуючи особливості особистості загиблого, допомагають з'ясувати мотиви, якими він керувався при здійсненні тих або інших вчинків, у тому числі і мотиви здійснення суїциду.

*Третій* вид експертизи - це військова експертиза. В межах цієї експертизи вирішується питання про обмеження служби в армії. Тут йдеться про діагностику нерізко виражених форм олігофренії, стертих проявів шизофренії (особливо її простої форми), психопатії і ін.

*Психолого-медикопедагогічна* експертиза необхідна для вирішення питання про те, де слід вчитися дитині – у звичайній або спеціальній школі. Вона проводиться на медикопсихолого-педагогічних комісіях відповідно лікарем-психіатром, психологом і педагогом.

*Другий напрям* діяльності клінічного психолога - *психокорекційний*. Йдеться про участь психолога вже в самому лікувальному процесі. Психолог самостійно або спільно з лікарем проводить психологічну корекцію з лікувальною метою. Це може бути як індивідуальна, так і групова психотерапія.

**Висновок.** Вибір методу і техніки психотерапії залежить від характеру захворювання і особистісних особливостей хворого. Психолог встановлює наявність дефекту психіки і ступінь його вираженості. Структура кожного запропонованого синдрому розглядається в когнітивній, емоційній та мотиваційно-потребовій сферах психіки хворого.

### **Перелік питань для самоконтролю**

1. Характеристика дій психолога у Судово-психологічній експертизі
2. Характеристика дій психолога у посмертній експертизі
3. Характеристика дій психолога у військовій експертизі

### **Рекомендована література:**

Основна: [3]

Допоміжна: [1,2]

Інформ. ресурси Інтернет: [3]

Міжнародні видання [2]

## ТЕМА 3. НОРМА І ПАТОЛОГІЯ З ТОЧКИ ЗОРУ РІЗНИХ ПСИХОЛОГІЧНИХ ПІДХОДІВ

**Мета.** Визначити поняття “норму” та “патологію” у науці “Патопсихологія” з погляду різних психологічних шкіл.

**Ключові слова:** норма, патологія, зміст, стадії розвитку, механізми роботи.

### Вступ

#### План лекційного заняття

1. Поняття та основний зміст “норма”
2. Норма та патологія з погляду різних психологічних шкіл
3. Концепція психологічної “норми” Е. Фрома

### Висновок

**Вступ.** Аналіз патопсихологічних змін здійснюється на основі зіставлення з характером формування і протікання психічних процесів, станів і властивостей особистості в нормі. Ця норма визначається шляхом обчислення середнього значення із сукупності даних.

### 1. Поняття та основний зміст “норма”

Норма - (від латинського norma - зразок, правило) це:

- міра, середня величина чогось, що характеризує сукупність випадкових подій, явищ;
- прийнятий обов’язковий порядок, узаконене встановлення;
- правило поведінки у певних ситуаціях;
- форма регуляції поведінки;
- поняття, що означає міру змін, у яких явища та системи, поведінка, діяльність, зберігають свої якості та функції, що задають їх внутрішню впорядкованість.

Терміну **норма** відповідає кілька *основних змістів*.

**Перше** - це статистичний зміст: область функціонування особистості (організму), яка зустрічається найчастіше, тобто є характерним для більшості людей. Ця норма визначається шляхом обчислення середнього значення із сукупності даних. Наприклад, більшість людей не мають галюцинацій, отже відсутність галюцинацій - це статистично нормально.

*Друге* - це оцінний зміст норми: еталон стану людини, «досконалість», якої прагнуть багато людей. Ці норми приймаються за згодою більшості (соціальні норми), або фахівцями, які мають право встановлювати відповідні правила (суспільство, лідери, фахівці тощо). Ненормальним є те, що не відповідає ідеалу. Одна із проблем норми: вибір нормативної групи, критерії відбору, тобто що саме у життєдіяльності вважати еталоном. Залежно від цього встановлюються різні межі норми.

*Третє* - психометричний зміст норми: воно близьке до статистичної моделі, тут ознаки патології розглядають виходячи з результатів психологічних вимірів, що вони відхиляються від середніх значень (різною мірою вираженості відхилень). Наприклад, вимір «невротичності» чи «інтелекту», маючи високі показники IQ=150, також є ненормальним, як і IQ=65, однак такі люди можуть успішно функціонувати у житті. Аналогічно, як і люди з високим рівнем невротичності можуть досить успішно функціонувати, при цьому мати статус психічного відхилення.

*Четверте* - утопічний зміст норми: виділяє як норму тих, хто є абсолютно здоровий психічно. У цьому підході переважна більшість людей є аномальними. Цю думку поділяв К. Роджерс, мотивуючи клієнтів до «самоактуалізації».

*П'ятий* зміст норми - відсутність патологічної, девіантної чи дивної поведінки: за основу визначення патології беруться симптоми або однозначно диференційована поведінка. Що залежить від культуральних та групових особливостей. Прикладом може бути поширення наркотиків у молодіжних структурах, або нанесення татувань. У цьому методі важко визначити чіткі межі між «нормою» та «патологією» («ексцентричністю» та «патологічністю»). *Шостий* зміст норми - системна модель: нормальне функціонування в якій сприймається як набір систем, що у гармонійній взаємодії і добре адаптовані. У цьому підході допускається взаємозв'язок між біологічною, емоційною і професійною сферами та його адаптивне функціонування.

*Патологія* (pathology; pathologic) у широкому значенні - вивчення хвороби з метою розуміння її причин та застосування здобутого знання для лікування хворого. У вузькому значенні - страждання, зміна душі під впливом будь-якого впливу, будь-яке відхилення від встановленої норми.



У медицині під цим поняттям зазвичай припускають порушення на біологічному рівні функціонування організму.

У клінічній психології маються на увазі такі відхилення від норми, які не містять біологічних компонентів.

**Патологічний розвиток особистості** - стандартний стан функціонування особистості змінюється через морфофункціональні порушення, порушення адаптації.

Е. Фромм визначає психологічну норму так: «Це продуктивність, невідчуженість від суспільства, зв'язок через емоції із зовнішнім світом, розуміння об'єктивної реальності, усвідомлення власної неповторності та зв'язку з ближніми. Психічно здорова людина не визнає ірраціональних авторитетів, але охоче підкоряється раціональним за сумлінням та розумом. Вона постійно відроджується і дивиться на життя як найбільше з благ». Для аналізу психологічної норми та патології, виходячи з принципів системності, детермінізму та розвитку, аналізують такі **положення**:

1. психічний розвиток (рушійні сили);
2. структурно-динамічні характеристики психіки (стадії розвитку, механізми роботи);
3. здорова особистість та пристрої виникнення патології.

## **2. Норма та патологія з погляду різних психологічних шкіл**

### *Психоаналітична концепція.*

Засновником цього підходу є З. Фрейд, послідовниками були А. Адлер (індивідуальна психологія), К. Юнг (аналітична психологія), Г. Салліван, Е. Фромм, К. Хорні (соціальний психоаналіз та інтерперсональні відносини), М. Кляйн (теорія об'єктних відносин), Х. Хартман (психологія самості). З. Фрейд - у класичному психоаналізі предметом вивчення були істерія та невроз нав'язливих станів. При вивченні цих розладів з'явилося уявлення про основне місце в патології, несвідомих потягів, потім воно було перенесене на нормальний розвиток.

З. Фрейд розглядає людину «як тварину», суть якої залишається незмінною і ховається під «лушпинням культури». За здорового психічного розвитку

відбувається продуктивний перерозподіл енергії лібідо (сублімації) на плідні життєві цілі - наближення до інших людей та творчість.

А. Адлер визначає осередок патології у переживанні почуття неповноцінності, дефекти розвитку. Причиною неврозів він вважав невідповідну компенсацію почуття неповноцінності та відособленість від інших людей. Він вбачає здоровий розвиток у співпраці з іншими людьми. К. Юнг створив теорію «неврозів у другій половині життя», він виділяє страждання від «безглуздості та безпредметності свого життя». Наголошує на важливості формування інтегрованої особистості.

Г. Салліван розглядав психічне здоров'я та патологію як функції найближчого соціального оточення. Якщо суспільство не дає дитині почуття безпеки, це сприяє розвитку тривоги, що може призвести до психотичного зриву.

Е. Фромм переміщує акцент норми та патології на інтерперсональні відносини. Він підкреслює соціальність людини, її потребу відчувати інших людей, спільність із нею. Е. Фромм і К. Хорні розширили модель Г. Саллівана, наголошують на культурній зумовленості неврозів. «Неврози породжуються як окремими переживаннями людини, але й тими специфічними культурними умовами, у яких живемо». Він наголошує на важливості вибіркової неуваги до досвіду, який суперечить усталеній «Я-системі».

М. Кляйн також наголошує на важливості культури, проте наголошує на інтерперсональних відносинах з головними постатями раннього дитинства.

Дж. Боулбі наголошує на важливості у формуванні нормального розвитку думки про себе та іншу близьку людину «Я - інший». Це уявлення формується у дитинстві та визначає конструктивність чи деструктивність.

Д. Вінікот, М. Балінт, М. Малер трансформують теорію З. Фрейда про механізми розвитку. Якість взаємодії дитини з матір'ю, особливо емоційної сфери пов'язане з формуванням адаптивних функцій «Его» та сприяє адаптивному сприйняттю дійсності. Наголошують на важливості сепарації для нормального розвитку дитини, яка необхідна для кооперативних відносин з іншими людьми.

К. Кохут виділяє важливість задоволення психологічних та емоційних потреб дитини, а не біологічних. Наголошує на внесках травматизації на ранніх стадіях

розвитку у формуванні патологічного розвитку особистості. Внаслідок цього виникають перепони у формуванні основного почуття себе та своєї цілісності.

### *Когнітивно-біхевіоральна концепція*

Засновником цього напрямку є Б. Скіннер. Попередниками біхевіоризму є російські фізіологи В. Бехтерєв та І. Павлов та американські вчені Е. Торндайк, Дж. Уотсон та Б. Скіннер - розробники радикального біхевіоризму. Вони відмовилися від вивчення психічних процесів та сфокусували увагу на вивченні поведінки. Уявлення про патологію у радикальному біхевіоризмі описав М.

Селігмен «Концепція вивченої безпорадності».

Когнітивні психологи У. Найссер і Дж. Міллер на їхню думку, психічні порушення пов'язані з переробкою інформації. Р. Лазарус запропонував концепцію патології - порушення процесів подолання стресу та процесів переробки інформації (їх не оптимальність), він наголосив на важливості розвитку навичок вирішення проблем.

У 1960р. починає розвиватися когнітивно орієнтована модель, у якій поняття патології сприймається як дисфункціональна система переконань, особливі когнітивні структури чи когнітивні схеми. В основі моделі - теорія Ж. Піаже, Дж. Келлі. Теорію норми та патології у цьому напрямку розвивали А. Бек та А. Елліс, далі М. Махоні, Дж. Ліотті та В. Гвідано. Вони поєднали думки психодинамічного підходу про значущість когнітивних структур та раннього досвіду з ідеями когнітивно-біхевіорального підходу про важливість поведінки та процесів переробки інформації.

Г.Айзенк (теорія особистісних рис) відзначав патологію як різні особистісні передиспозиції або параметри, риси, що спостерігаються: специфіка поведінки та емоційних реакцій, утворюють певні групи.

З погляду теорії оперантного обумовлення Б.Скіннера, патологія - неправильне навчання та дефіцит адаптивних реакцій. Рідкісна регуляція поведінки дитини при оперантному підкріпленні призводить до дефіциту соціальних навичок і труднощів в адаптації.

Дж. Доллард, Н. Міллер і К. Халл розглядали концепцію психічної патології, засновану на первинних (вроджених: голод, біль тощо) і вторинних (засновані на

научінні, пов'язані з первинними) - стимулах, здатних викликати певну поведінку. Наприклад, тривога є стимулом у поведінці – уникненні. Конфлікт між двома стимулами є основою освіти психічної патології.

А. Лазарус розглядає патологію розвитку психіки як недостатність у переробці інформації, яка ускладнює ефективність вирішення життєвих завдань. А. Бек визначає психічну патологію як різноманітні помилки мислення, що призводять до спотворення реальності.

А. Елліс у своїй концепції раціонально-емотивної терапії виділяє важливість у формуванні патології надмірно сильних деструктивних почуттів, в основі яких лежать ірраціональні уявлення. Наприклад, такі як ірраціональні установки: «Я ніколи не повинен помилятися» тощо.

#### *Екзистенційно-гуманістична концепція*

Представники екзистенційного підходу визначають психічну патологію як відмову від зростання та розвитку. На їхню думку, людина - вільна і несе відповідальність за здійснення свого буття у світі.

Засновник екзистенційної психології Л. Бінсвангер визначає патологію як існування в несправжньому світі, відчуття відсутності свободи і втрата перспективи майбутнього. Він наголошує на важливості несправжніх відносин з іншими людьми в походження психічної патології.

В. Франкл зазначає основою розвитку патології - екзистенційний вакуум (духовна порожнеча), неблагополуччя через позбавлення сенсу життя. Представники гуманістичної психології визначають патологічний розвиток як відсутність чи не повноту інтеграції досвіду та автономності. Нездатність мати власну думку, відмінну від соціальних стереотипів, приймати рішення та нести за них відповідальність.

К. Роджерс - на його думку, психічна патологія виникає через невідповідність «Я-концепції» з реальним досвідом

Л. Виготський - творець культурної, історичної чи інструментальної теорії, ядром якої є думка про розвиток людської психіки шляхом інтеріоризації. Далі розробляли концепцію клінічної психології: О. Леонт'єв, О. Лурія, Б. Зейгарник, В. Лебединський, С. Рубінштейн, А. Співаковська та інші.

Л. Виготський визначав психічну патологію як порушення вищих психічних функцій (бідність їхньої усвідомленості, опосередкованості та довільності).

Б. Зейгарник, С. Рубінштейн, О. Лурія розуміли порушення психіки як порушення психічної діяльності, наголошували на специфіці порушень при різних розладах. Виділили важливість мотиваційного компонента у розвитку психічної патології. Б. Зейгарник на основі теорії діяльності О. Леонтьєва виділяє моделі різних форм психічної патології - порушення переважно одного з аспектів діяльності: операційного, мотиваційного, особистісного.

Ю. Поляков, Т. Мелешко конкретизували структуру психіки, систематизували ознаки різних психічних аномалій, екстрагували патопсихологічні синдроми. Б. Братусь бачить причиною виникнення психічної патології - формування патологічних потреб та мотивів.

В. Мясищев перший заговорив про біопсихосоціальний підхід у психіатрії та психології, він заснував свою концепцію на взаємозв'язку процесу діяльності психіатрів та психологічної допомоги психічно хворим. Він також наголошував на важливості стилю батьківського виховання в патологічному розвитку особистості. З погляду В. Мясищева головним у виникненні психічної патології є конфлікти та протиріччя у системі відносин особистості з навколишнім середовищем.

Б. Ананьєв займався розробкою нормального розвитку психіки в онтогенезі.

### **3. Концепція психологічної “норми” Е. Фрома**

Е. Фромм визначає психологічну норму так: «Це продуктивність, невідчуженість від суспільства, зв'язок через емоції із зовнішнім світом, розуміння об'єктивної реальності, усвідомлення власної неповторності та зв'язку з ближніми. Психічно здорова людина не визнає ірраціональних авторитетів, але охоче підкоряється раціональним за сумлінням та розумом. Вона постійно відроджується і дивиться на життя як найбільше з благ». Для аналізу психологічної норми та патології, виходячи з принципів системності, детермінізму та розвитку, аналізують такі **положення**, як:

1. психічний розвиток (рушійні сили);

2. структурно-динамічні характеристики психіки (стадії розвитку, механізми роботи);
3. здорова особистість та пристрої виникнення патології.

Е. Фромм переміщує акцент норми та патології на інтерперсональні відносини. Він підкреслює соціальність людини, її потребу відчувати інших людей, спільність із нею. Е. Фромм і К. Хорні розширили модель Г. Саллівана, наголошують на культурній зумовленості неврозів. «Неврози породжуються як окремими переживаннями людини, але й тими специфічними культурними умовами, у яких живемо». Він наголошує на важливості вибіркової неуваги до досвіду, який суперечить усталеній «Я-системі».

**Висновок.** Представники гуманістичної психології визначають патологічний розвиток як відсутність чи не повноту інтеграції досвіду та автономності. Представники екзистенційного підходу визначають психічну патологію як відмову від зростання та розвитку. Представники когнітивно-біхевіорального підходу відмовилися від вивчення психічних процесів та сфокусували увагу на вивченні поведінки людини у соціумі.

#### **Перелік питань для самоконтролю:**

1. Назвіть засновника когнітивно-біхевіоральної концепції.
2. Назвіть засновника Екзистенційно-гуманістичної концепції.

#### **Рекомендована література:**

Основна: [2,3]

Допоміжна: [3,5]

Інформ. ресурси Інтернет: [3]

Міжнародні видання [1]

## **ТЕМА 4. ПАТОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ: ОСНОВНІ МЕТОДИ ТА ПРИНЦИПИ**

**Мета.** Оцінка характеру порушень у комплексі з даними цілісного патопсихологічного дослідження. Здійснення за допомогою експериментальних завдань, які можуть актуалізувати розумові операції, якими користується людина,

та мотиви, що спонукають цю діяльність. Виявляти не лише структуру змінених, а й збережених форм психічної діяльності хворого.

**Ключові слова:** експеримент, дослідження, діагностика, прийоми, методи.

## **Вступ**

### **План лекційного заняття.**

1. Специфіка патопсихологічного експерименту
2. Принципи побудови патопсихологічного експерименту
3. Основні вимоги до змісту та проведення патопсихологічного дослідження
4. Психологічний висновок та рекомендації для його складання
5. Прийоми і методи патопсихологічної діагностики

## **Висновок**

**Вступ.** Механізми психічної діяльності, часто приховані від дослідника при нормальному протіканні і розвитку, можуть бути дослідженні та проаналізовані при їх порушенні. Вивчення психічної патології завжди давало багатий матеріал для розуміння психологами закономірностей розвитку психіки.

### **1. Специфіка патопсихологічного експерименту.**

У сучасній клінічній психології можна виділити **два види експериментально-патопсихологічних досліджень**.

**Перший** вид спрямовано рішення науково-теоретичних завдань. Характерною рисою такого дослідження є акцентування уваги на якомусь одному психічному процесі, що вивчається у спеціально створених умовах. Наприклад, таке дослідження актуальне щодо психологічних особливостей порушень пам'яті при епілепсії, різних аспектів мисленнєвої діяльності при маячних станах тощо. Зазвичай, у таких випадках вивчаються однорідні і репрезентативні групи хворих, відібраних відповідно до мети і завдань дослідження.

**Другий** вид - патопсихологічних досліджень має клінікопрактичну спрямованість, метою якої є діагностична чи експертна оцінка.

**Предметом** такого дослідження виступає не прицільне вивчення окремого порушення психічної діяльності, а комплексна оцінка всієї психіки як цілісної

системи. На думку Б. Зейгарник, саме у такому підході виражається специфіка патопсихологічного експерименту, оскільки кваліфікація будь-якого психічного розладу вимагає ретельного вивчення умов, причин розвитку та виявлення механізмів симптомів.

Також відмінністю цих двох видів патопсихологічних досліджень є їх тривалість. Теоретично-спрямоване дослідження передбачає численну серію дослідів, що зумовлює його протяжність у часі, наприклад, під час проведення лонгитюдного дослідження можуть знадобитися роки. Практично-спрямований експеримент включає два-три сеанси з тривалістю не більше години. Особливо обмеженою є тривалість дослідження хворих з органічними ураженнями головного мозку, для яких характерна підвищена психічна виснажливність.

*Основним методом патопсихології є експеримент*, а як додаткові методи використовуються спостереження, бесіда, аналіз історії життя випробуваного (анамнез), аналіз продуктів діяльності тощо. Завдяки експерименту, як зазначає С. Рубінштейн, «причина явища відокремлюється від умов, у яких воно розвивається, стають відомими умови, що посилюють, послаблюють чи знищують це явище. Таким чином, стає можливим пізнання причин та закономірностей розвитку та зникнення явища, тобто його сутності».

Підбір діагностичних методик і вся програма дослідження залежать від клінічного завдання, яке стоїть перед психологом у кожному окремому випадку (науково-теоретичне, діагностичне, експертне, психокорекційне). Також при виборі методик необхідно враховувати освітній рівень хворого, його індивідуальні особливості, психічний стан та ставлення до дослідження.

За своєю суттю будь-який експеримент - є штучна маніпуляція умовами з метою визначення відносин між явищем, що спостерігається, і умовами його прояву. Експеримент дозволяє поперемінно виключати окремі фактори з метою встановлення закономірних зв'язків та передбачає багаторазове повторення спостереження, а також об'єктивну реєстрацію даних.

*Експериментальні завдання* будуються за **принципом функціональних клінічних проб**. На думку С. Рубінштейна, дозоване інтелектуальне навантаження є, за своєю суттю, адекватною функціональною пробою, що відображає



функціональність психічної діяльності головного мозку, а тому експериментальні завдання є різними моделями звичайної когнітивної діяльності.

Специфіка патопсихологічного експерименту, як зазначають В. Блейхер та І. Крук, полягає у «викликанні психічних процесів у конкретних умовах, що враховуються дослідником, і можливість зміни перебігу цих процесів за заздалегідь наміченим планом».

У своїй роботі С. Рубінштейн виділяє *три способи видозміни умов*, в яких можна спровокувати зменшення чи збільшення психопатологічних змін, властивих випробуваному.

**Перший** спосіб - зміна умов експерименту. Процедура експерименту і реєстрація явища, що спостерігається проводиться або в умовах абсолютної тиші, або, відповідно до мети дослідження, а в умовах спеціально створених перешкод – шуму або словесних подразників.

**Другий** спосіб - спеціальна зміна діяльності випробуваного. Пацієнту пропонується виконати різні за змістом завдання, наприклад, вивчення особливостей розумової діяльності виконавши методику «Виключення зайвого», вивчення стану пам'яті засвоєнням певної інформації. Варіюється або характер запропонованої хворому діяльності, або рівень складності завдань. **Третій** спосіб - фармакологічний вплив. Процедура експерименту полягає у штучній зміні стану пацієнта шляхом застосування спеціальних засобів (фармакологічних препаратів), при цьому зміна показників психічної діяльності хворого реєструється при кожному застосуванні окремого лікарського препарату.

Психолог проводить обстеження людини, яка страждає на психічне захворювання, і сама процедура експерименту передбачає врахування ставлення хворого до ситуації, що у свою чергу відбивається як на тривалості експерименту, так і на алгоритмі самої процедури. Позиція психолога в ході експерименту має бути гнучкою, за умови неадекватного ставлення хворого до процедури психологічного дослідження психолог повинен суттєво змінювати свою тактику, використовувати інші заздалегідь підготовлені методики. З усього цього випливає, що організація проведення патопсихологічного експерименту вимагає значного попереднього **опрацювання** яка передбачає наступне:

- прогноз відношення та реакції хворого як на окремі стимулюючі засоби, так і на саму процедуру дослідження;
- врахування взаємозв'язку зовнішніх факторів, що впливають на хід і результат психічної діяльності хворого;
- наявність додаткових і альтернативних методів і засобів, необхідних у разі непередбачених ситуацій в ході експерименту.

**Результати патопсихологічного експерименту** мають значення для підбору методик психотерапії. Експеримент дозволяє виявити певні особистісні характеристики хворого (наприклад, гіпнабельність, конформність або нонконформність, емоційну лабільність тощо), його інтелектуальний рівень, що є важливим для визначення стратегії подальшої корекційної роботи. Інакше кажучи, враховуючи динаміку змін психічної діяльності пацієнта, патопсихологічний експеримент стає частиною психотерапевтичного процесу.

**Психотерапевтична спрямованість** патопсихологічного експерименту також виявляється в процесі його проведення, коли психолог показує хворому виявлене у нього збереження психічних функцій, які останній вважає грубо порушеними, і навмисне підкреслює наявність ресурсів для протистояння хвороби та інвалідизації. У подібних випадках патопсихологічний експеримент може бути використаний для зміни самооцінки стану пацієнта як його суб'єктивного прогнозу. Демонстрація виявлених експериментально позитивних показників психічної діяльності дозволяє виробити у хворого оптимістичну позицію на подальше лікування.

## **2. Принципи побудови патопсихологічного експерименту**

**Патопсихологічний** експеримент є центральною ланкою патопсихологічного дослідження, він спрямовано створення умов, що виявляють характерні особливості психічної діяльності хворої людини. Маючи багаторічний практичний досвід, Б. Зейгарник та С. Рубінштейн сформулювали ряд важливих положень, які склали методологічну основу проведення патопсихологічних експериментів. Основні принципи побудови патопсихологічного експерименту (за С. Рубінштейн і Б. Зейгарник):

1) Системний якісний аналіз психічної діяльності. Основу цього положення склали ідеї Л. Виготського, С. Рубінштейна, О. Леонтьєва про соціальну детермінацію формування вищих психічних функцій у процесі діяльності та про особистість як психологічний феномен. Б. Зейгарник зазначає: «Патопсихологічний експеримент спрямований не так на дослідження та вимір окремих процесів, а на дослідження людини, що здійснює реальну діяльність. Він спрямований на якісний аналіз різних форм розпаду психіки, на розкриття механізмів порушеної діяльності та на можливості її відновлення». Так, при дослідженні порушень пізнавальних процесів за допомогою експериментальних прийомів та методів клінічний психолог повинен не тільки виявити механізми розпаду розумових операцій хворого, сформованих у процесі його життєдіяльності, але й виявити всі аспекти преморбідного фону розвитку патології, визначити індивідуальні психологічні особливості.

2) Спрямованість як на порушення, так і на збереження з боку психічної діяльності. Побудова патопсихологічного експерименту повинна бути організована таким чином, щоб була можливість виявити не тільки структуру змінених, а й збережених форм психічної діяльності. Цей принцип ґрунтується на концептуальній позиції А. Лурії щодо системного характеру вищих психічних функцій та пластичності головного мозку, що зумовлює можливість відновлення функцій порушених ланок. Численні дослідження (А. Лурія, А. Леонтьєв, С. Рубінштейн, А. Запорожець, Л. Занков, Е. Бейн та ін.) показали, що успішність відновлення порушених функцій залежить від того, наскільки відновлювальна робота спирається на збережені ланки психічної діяльності.

3) Врахування особистісного ставлення хворого до ситуації експерименту. Ставлення хворого до процедури дослідження є важливим фактором у дотриманні «чистоти» експерименту, що полягає у максимально можливому усуненні різних перешкод та одержанні точних даних. Клінічний психолог повинен виявити і вміти нівелювати негативне ставлення хворого. Звичайно, не завжди можна спрогнозувати реакцію на проведення дослідження (наприклад, при абсурдному ставленні, збудженні або загальмованості), у таких випадках потрібна екстрена перебудова та використання заздалегідь підготовлених альтернативних методів.

4) Неприпустимість упередженого та жорсткого підходу психолога до пацієнта. Патопсихологічний експеримент є взаємною діяльністю експериментатора та досліджуваного. Як зазначає Б. Зейгарник: «Якщо інструкція є жорсткою, то погляд експериментатора, його міміка можуть змінити ситуацію експерименту, ставлення хворого», отже, можуть несвідомо змінюватись його дії та мотивація.

5) Моделювання нормальної психічної діяльності. Цей принцип полягає в моделюванні будь-якої психічної діяльності, при якій цільова спрямованість експерименту залишається прихованою для досліджуваного. Його спонукають до виконання завдань у штучно створених умовах, що досягаються за допомогою зміненої установки. Наприклад, мета дослідження - зміст і зв'язність вільних асоціацій, але досліджуваного запитують - чи може він швидко говорити, і пропонують «на швидкість», якнайшвидше назвати певну кількість різних слів. Або під приводом перевірити, чи у пацієнта хороша образна пам'ять, йому пропонується стимульний матеріал методики «Піктограми», діагностична спрямованість якої як особливості пам'яті, так і мислення. Модель експерименту має бути так представлена, зазначає С.Рубінштейн, щоб «суть, або серцевина, досліджуваного психічного процесу не залежала від намірів хворого, була від нього в багатьох випадках прихована».

6) Точність реєстрації даних та об'єктивність їх інтерпретації. Експеримент вимагає точної та об'єктивної реєстрації даних. При модифікації конкретних методичних прийомів неприпустимо зводити експеримент до вільної розмови з пацієнтом чи обмежуватися суб'єктивною інтерпретацією експериментальних даних. Результати патопсихологічного експерименту обов'язково і максимально точно реєструються у протоколі дослідження. У протоколах зазначають особливості поведінки клієнта, розуміння ним інструкцій, особливості виконання завдання. Отримані дані перевіряються у повторних дослідах із застосуванням альтернативних методик, що дозволяє підвищити об'єктивність результатів.

### **3. Основні вимоги до змісту та проведення патопсихологічного дослідження.**

Патопсихологічне дослідження, як і будь-яке інше наукове дослідження, проводиться у кілька етапів. Зміст окремих компонентів дослідження має бути наповнений відповідно до практичного запиту і може варіювати в межах цього

запиту, але загальна схема та дотримання послідовності етапів та кроків є незмінним. Загальний план патопсихологічного дослідження включає три етапи: підготовчий, основний і заключний.

**Підготовчий етап.** На цьому етапі формулюється проблема дослідження залежно від поставленого практичного завдання (запиту). Завдання може бути поставлене перед психологом лікарем (у клініці) чи педагогом (в освітньому закладі), але й сам психолог на підставі звернення клієнта (наприклад, в умовах центру надання психологічної допомоги) може сформулювати практичне завдання. Формулювання проблеми дослідження є конкретизацією поставленого практичного завдання.

Наступним кроком є **планування дослідження**. Насамперед для складання плану необхідно зібрати докладні відомості про клієнта. Як правило, в клінічних умовах основні дані надає лікар, в межах корекційного навчального закладу ці дані надає шкільний лікар, соціальний педагог чи психолог, який безпосередньо працює з дитиною. Зібрані дані дозволяють психологу вивчити історію хвороби (анамнез), проаналізувати преморбідний фон патології, відзначити важливі характерологічні особливості, які необхідно врахувати під час проведення дослідження. Далі необхідно розробити план дослідження, який включає наступні компоненти: - постановка мети; - висування робочої гіпотези; - визначення завдань, необхідних та достатніх для досягнення мети; - підбір методик та методів, релевантних меті та завданням дослідження.

**Основний етап.** На цьому етапі здійснюється сам емпіричний процес патопсихологічного дослідження. Одним з головних завдань цього етапу є встановлення контакту з досліджуваним, оскільки від цього залежатиме як сама процедура дослідження, так і достовірність отриманих результатів. Психологу необхідно переконатись що контакт встановлений та клієнт зрозумів те, що він має зробити. Як правило, готовність клієнта досягається шляхом однієї або двох попередніх спроб за допомогою допоміжного стимульного матеріалу. Потрібно пам'ятати, що патопсихологічне дослідження спрямоване на комплексний якісний аналіз психічної діяльності досліджуваного, при цьому психолог повинен не тільки виявити порушені ланки у структурі психічної діяльності хворого, але й визначити

збережені та компенсаторні можливості. На цьому етапі потрібна точна фіксація результатів виконання завдань, і навіть особливості їх виконання (поведінка, емоції, висловлювання тощо.).

### ***Обробка та аналіз даних патопсихологічного дослідження.***

Обробка результатів починається з кількісного аналізу, підрахунку правильних та помилкових дій або відповідей клієнта (з урахуванням певних проміжків часу при виконанні різних завдань), підрахунку балів відповідно до ключа методик. Після того, як отримані кількісні показники, можна приступити до якісного аналізу результатів дослідження. Особливу увагу, як вже згадувалося вище, необхідно приділити емоціям досліджуваного, особливостям його поведінки при можливих ускладненнях і допущених помилок та висловлювань, що супроводжують виконання завдань. При цьому може з'явитись потреба продовжити дослідження, або змінити його алгоритм, включити методи, що дозволяють уточнити окремі результати та отримати вичерпну інформацію про психічну стійкість. При проведенні якісного аналізу слід враховувати різні негативні чинники, що впливають на людину у процесі дослідження (зовнішні умови, налаштування, ставлення, хвилювання, тривожність тощо), що загалом підвищить об'єктивність загальної оцінки.

### ***Інтерпретація результатів та висновок.***

Інтерпретація результатів дослідження є розкриття сутності досліджуваного патологічного процесу психічної діяльності особистості, її особливостей та основних характеристик. Конкретні висновки містять опис об'єктивних показників окремих порушень, підкріплених прикладами, а також паралельний опис емоційних і поведінкових реакцій досліджуваного, зафіксованих у процесі патопсихологічного дослідження.

**4. Психологічний висновок та рекомендації для його складання** Інтерпретація результатів та висновок. Інтерпретація результатів дослідження є розкриття сутності досліджуваного патологічного процесу психічної діяльності особистості, її особливостей та основних характеристик. Конкретні висновки містять опис об'єктивних показників окремих порушень, підкріплених прикладами, а також

паралельний опис емоційних і поведінкових реакцій досліджуваного, зафіксованих у процесі патопсихологічного дослідження.

Психологічний висновок, за своєю суттю, є конкретизованою відповіддю на поставлене практичне питання. Висновок не має стандартної форми, оскільки не має однакових досліджень із єдиним комплексом методик, може бути стандарт укладання. Проте для того щоб отримані дані патопсихологічного дослідження не тільки відповідали практичному запиту, але й могли бути представлені іншим фахівцям, які мають безпосереднє ставлення до проблеми, що вивчається (лікар, експертна комісія та ін.), введені певні вимоги до структури висновку, що дозволяють послідовно викласти результат дослідження. У клінічних умовах це може бути уніфікована форма або бланк, але, загалом, висновок - це творча робота психолога, показник його кваліфікованості та професійної зрілості.

Отже, розглянемо окремі складові та зміст патопсихологічного висновку.

**Паспортна частина** включає:

- короткі відомості про досліджуваного (прізвище, ім'я, по батькові, вік, стать, національність, освіта тощо). Ці дані слід зашифрувати:
- практичне завдання (мета дослідження) як основний запит, який формулюється лікарем, педагогом, батьками або самим клінічним психологом залежно від його сфери діяльності;
- клінічний діагноз (за його наявності або припущення, яке психолог отримує від лікаря).

Короткий анамнез, що включає відомості про початок і розвиток хвороби, основні прояви, умови життя, перенесені захворювання, хронічну патологію, спадковість та ін. (відомості про анамнез психолог отримує від лікаря (в умовах клініки), від шкільного лікаря або педагога (в умовах освітньої установи), від батьків за їх особистого звернення за психологічною допомогою). Також у цій частині можуть бути описані скарги самого досліджуваного щодо його стану. Ці відомості можуть бути важливими у випадках, коли опис пацієнта відрізняється від опису лікаря, батьків, педагога. **Описова характеристика** виконання завдань включає короткі відомості про те, як працював клієнт при виконанні методик, рівень його активності та зацікавленості (старанно / недбало, зацікавлено/без інтересу,

оцінював чи ні свої результати). Показник зацікавленості у результатах дуже важливий для клінічного психолога, оскільки, на думку С. Рубінштейн, «чим більш збережена особистість, тим зазвичай глибше виражена емоційна реакція на дослідження в цілому. У психопатів вона набуває іноді перебільшеного характеру. Небайдуже ставлення до факту дослідження спостерігається при глибокому розпаді особистості або за дуже глибокої депресії». Виклад основних результатів дослідження має містити в стислій формі відомості про характер пізнавальної сфери досліджуваного, причому висновки в кожному випадку підкріплюються конкретними емпіричними даними. Починати опис потрібно з центрального дефекту, виявленого у процесі дослідження. Потім звернути увагу на його взаємозв'язки та описати вторинні дефекти, що загалом дає можливість подати психологічний синдром порушень психічної діяльності. Вміння психолога виділити та коректно кваліфікувати те чи інше порушення психічної діяльності є важливим кроком патопсихологічного аналізу. У цій частині висновку також описуються збережені сторони психічної діяльності пацієнта, обов'язково вказуються особливості емоційної, мотиваційно-вольової сфери та особистісні характеристики, виявлені під час дослідження. Наприкінці робиться короткий висновок або резюме, що є конкретною відповіддю на поставлене практичне питання, якому підпорядкована мета дослідження. У цьому короткому висновку викладаються найважливіші результати дослідження, що характеризують структуру основного психологічного синдрому. Резюме не повинно містити судження про діагноз або його постановку, оскільки це стосується компетенції лікаря. Разом з тим, при постановці функціонального діагнозу до компетенції психолога входить формулювання діагнозу щодо особистісної та соціальної сфери клієнта.

## **5. Прийоми і методи патопсихологічної діагностики**

У патопсихологічному дослідженні застосовуються як *стандартизовані*, так і *нестандартизовані* методи, створені та багаторазово апробовані у науковій практиці. До *нестандартизованих* методів відносяться – бесіда, спостереження, біографічний метод, аналіз продуктів діяльності та ін., деякі особистісні особливості та багато іншого.



**Позитивними аспектами нестандартизованих методів** є: гнучкість та варіативність психодіагностичної процедури, можливість глибокого проникнення у внутрішній світ клієнта, висока ефективність щодо мінливих станів, всебічне охоплення вивчення особистості. Як згадувалося вище, методи бесіди і спостереження в патопсихологічному дослідженні застосовуються як додатковий або, точніше сказати, допоміжний засіб експериментального процесу, але їх роль більш значна, ніж роль окремих тестових прийомів.

До **стандартизованих** методів належать тести, анкети, опитувальники, проективні техніки та психофізіологічні процедури обстеження. По суті, стандартизація передбачає однаковість процедури, починаючи від інструкції, закінчуючи способами кількісної, якісної обробки та інтерпретації отриманих результатів.

**Позитивними аспектами стандартизованих методів** є: врахування об'єктивних показників та можливість їх перевірки, оперативність та економічність у часі, кількісний диференційований характер оцінки, можливість комп'ютеризації процедури обстеження та обробки результатів, можливість проведення групового обстеження. На сучасному етапі найбільш ефективним підходом у підготовці комплексного патопсихологічного дослідження є поєднання експериментально-психологічних та стандартизованих методів. З метою підвищення об'єктивності висновків у патопсихологічному дослідженні залежно від завдань доречно використовувати тести інтелекту, багатофакторні особистісні опитувальники, проективні методи.

### ***Метод спостереження.***

Як відомо, спостереження є одним із методів дослідження в психології, який характеризується цілеспрямованим та організованим сприйняттям та реєстрацією психічних проявів. У деяких галузях психології використовують метод спостереження як провідного чи основного. Так, природний експеримент у межах вікової психології неможливий без спостереження дітей раннього віку, їх процесу гри, поведінки під час занять. У патопсихології спостереження є фоновим процесом, який охоплює весь перебіг дослідження і продовжується протягом усієї взаємодії з клієнтом. Особливістю психологічного спостереження є відстеження окремих

елементів, що характеризують як емоційний стан, і поведінкові патерни. Насамперед слід відзначати типові елементи поведінки, характерні для тих чи інших форм 43 психічних розладів. Також важливим може стати відстеження парадоксальних, нехарактерних (нетипових) для хворих проявів реакцій і змін у його поведінці. Вони можуть свідчити про зміну психічного стану чи ставлення пацієнта до експерименту чи експериментатора. Важливо відзначити особливості зовнішнього вигляду, виразу обличчя, положення тіла, голови та кінцівок по відношенню один до одного, тобто характерні для хворого пози під час обстеження. Працюючи з досліджуваним обов'язково слід звертати увагу на прояви нетипових щодо його віку чи рівня освіти мовних висловлювань, поведінкових і емоційних реакцій. Такі особливості поведінки можуть бути додатковими показниками дизонтогенезу у дітей та психічних розладів у дорослих. В процесі самого експерименту слід особливо звертати увагу на міміку, жести, дихання, зітхання випробуваного під час виконання завдання, його відволікання на зовнішні подразники. Важливо відзначити, як він починає виконання завдання, послідовно або імпульсивно працює тощо.

Все це різноманіття рухових та емоційних реакцій психолог обов'язково відображає в протоколі.

### ***Метод бесіди.***

У психологічному дослідженні ***метод бесіди*** є видом опитування, метою якого є отримання необхідної для психолога інформації у вигляді діалогового спілкування з досліджуваним. У патопсихологічному дослідженні метод бесіди має власну специфіку, оскільки об'єктом дослідження є особистість з психічним розладом. Успіх проведення бесіди великою мірою залежить від рівня компетентності дослідника. Психолог обирає стратегію розмови відповідно до мети та завдань дослідження, а тому він має заздалегідь підготувати план бесіди, продумати та точно сформулювати питання, враховуючи особливості сприйняття та мислення хворого. У розмові потрібно прагнути використовувати відкриті питання, які передбачають розгорнуту відповідь досліджуваного, необхідно уникати складних термінів.

На думку ряду авторів (Б.В. Зейгарник, Б.Д. Карвасарський, І.Ю. Левченко та ін.), патопсихологічна бесіда виконує дві основні функції: діагностичну та терапевтично-корекційну. Ці функції добре простежуються різних етапах експерименту. Б.В. Зейгарник виділяє 2 частини бесіди.

*Перша* частина – це бесіда на початку експерименту. Вона спрямована на взаємодію з хворим, встановлення з ним контакту. У попередній бесіді психолог дізнається ставлення хворого до експерименту і при необхідності коригує його установки за допомогою підбадьорливих фраз, налаштовує успішне виконання експериментальних завдань. Також важливо, щоб позиція психолога в діалозі сприймалася клієнтом не як домінуюча чи залежна, а як позиція співпраці, щирої зацікавленості у його благополуччі.

*Друга* частина бесіди – це розмова під час експерименту. Це спілкування може мати як вербальний, і невербальний характер. Перед виконанням завдань психолог пояснює інструкцію, уточнює, наскільки добре клієнт зрозумів її. У процесі експерименту психолог цікавиться принципами, якими керується пацієнт при виборі способу вирішення завдання, стимулює його діяльність, коригує позицію щодо самооцінки, надає випробуваному допомогу у виконанні завдань словами (вказує, підказує, хвалить чи робить зауваження), мімікою чи жестами (посміхається, хмуриться).

Таким чином, через бесіду клінічний психолог не тільки впливає на установки пацієнта, знімає напругу протягом експерименту та отримує додаткові діагностичні дані, але й здійснює корекційну діяльність за допомогою емоційної підтримки, різних підказок та деякої допомоги при виконанні завдань.

Різноманітні види такої допомоги описані у працях С. Рубінштейн:

- просте перепитування, тобто прохання повторити те чи інше слово, оскільки це привертає увагу до сказаного чи зробленого;
- схвалення чи стимуляція подальших дій, наприклад, «добре», «молодець»;
- питання про те, чому клієнт виконав певну дію;
- навідні питання чи критичні заперечення експериментатора;
- підказка, порада діяти тим чи іншим способом; - демонстрація дії та прохання самостійно повторити цю дію;

- навчання того, як треба виконувати завдання.

Усі реакції досліджуваного на допомогу, похвалу, критику, на невербальні форми спілкування (міміку, жести) мають бути відображені у протоколі. Отримані дані необхідно порівнювати з даними історії хвороби та результатами спостереження, що дозволить отримати цілісне уявлення про структуру дефекту.

**Тести.** У психології прийнято виділяти кілька різновидів тестів: тестизавдання, тести-опитувальники, проєктивні тести. Тест-завдання передбачає отримання інформації про психологічні характеристики досліджуваного на підставі аналізу його успішності при виконанні певних завдань. У тестах такого типу пропонується вирішити низку завдань, поданих у вербальній, невербальній чи математичній формі. Кількість правильно і неправильно виконаних завдань є підставою для судження про наявність або відсутність у досліджуваного певного порушення. У клінічній практиці під час обстеження дітей та дорослих широкого поширення набули тести інтелекту, подані у таблиці 2.1.

**Таблиця 2.1**

**Психометричні методи оцінки інтелекту**

№ п/п	Назва тесту Автор/и	Короткий опис	Вікові межі застосування
1	Тест інтелекту Д. Векслера	Тест включає 11 субтестів, що становлять вербальну та невербальну шкали	тест WAIS (від 16 до 64 років); тест WISC (від 6 до 16 років); тест WPPSI (від 3 до 8 років)
2.	Тест структури інтелекту Р. Амтхауера	Тест складається із 9 субтестів. Кожен спрямований на вивчення різних функцій інтелекту переважають у всіх групах завдань. З них виділяють 4 комплекси: вербальний, практичний, математичний, конструктивний. Ця методика широко використовується визначення професійної придатності.	від 13 років до 61 року
3	Тест «Прогресивні матриці» Дж. Равен та Л. Пенроуз	Тест містить 60 завдань, розподілених за п'ятьма серіями. Поняття «прогресивні» вказує на те, що завдання тесту впорядковано за ознакою зростання проблеми їх вирішення. У кожній із п'яти серій (у серії 12 завдань), кожна наступна задача серії відносно складніша за попередню.	кольорові прогресивні матриці (4,5 – 9 років) досліджувані з аномальним розвитком; реабілітаційні дослідження осіб старших 65 років; стандартні прогресивні

Для дослідження окремих пізнавальних процесів у патопсихологічному дослідженні використовують тести, спрямовані на оцінку тієї чи іншої пізнавальної функції або її окремої властивості. Особливо слід підкреслити, що діагностичні можливості даного виду методик можуть бути значно ширші за їх основну спрямованість. Оскільки згідно з одним із положень А. Лурії, складні форми свідомої психічної діяльності є цілісний, системний процес, і за виконання будь-якого завдання активізується вся функціональна система. У таблиці 2.2 наведено перелік основних методик патопсихологічної діагностики пізнавальних процесів.

**Таблиця 2.2**

**Методики патопсихологічної діагностики когнітивної сфери**

№ п/п	Психічні функції	Патопсихологічні методики
1	<b>Сприйняття</b>	<i>Зоровий гнозис</i> Перекреслені зображення; Фігури Поппельрейтера; Незавершені зображення; Химерні зображення; Колірний гнозис. <i>Просторовий гнозис</i> Проба «Дзеркальні літери», проба «Сліпий годинник».
2	<b>Увага.</b>	<i>Коректурні проби</i> ; Таблиці Шульте; Методика Мюнстерберга; Рахунок за Крепелінім.
3	<b>Мислення</b>	<i>Класифікація предметів</i> ; Тест Виготського-Сахарова; Кубики Косса; Дошки Сегена; Виключення предметів; Істотні ознаки; Прості та складні аналогії; Порівняння та визначення понять; Трагування прислів'їв, метафор та фраз; Заповнення пропущених у тексті слів; Пояснення сюжетних картинок; Методика «Піктограми».
4	<b>Пам'ять</b>	Заучування 10 слів (А. Лурія); Відтворення оповідань; Опосередковане запам'ятовування, методика «Піктограми»; Методика «Змістова пам'ять»; Тест зорової ретенції Бентона (BVRT).
5	<b>Мова</b>	Назва предметів та дій; Складання розповіді за сюжетною картинкою; Дослідження вимови всіх груп звуків; Вивчення фонематичного слуху.
6	<b>Праксис</b>	Кінетичний Тест М. І. Озерського.
7	<b>Праксис</b>	Конструктивний Графічний диктант; Кубики Косса.
8	<b>Праксис</b>	Просторовий Проба Хеда.

### **Опитувальники.**

Тести-опитувальники відносяться до стандартизованих методів, суть яких полягає у представленні досліджуваному питань, на які він повинен дати відповідь

відповідно до вимог інструкції. Алгоритм проведення, обробка результатів та їх інтерпретація здійснюється згідно з методичною інструкцією тесту-опитувальника. У патопсихологічному дослідженні частіше використовують особистісні опитувальники, створені задля виміру різних психологічних характеристик людини. Найчастіше необхідність їх використання виникає за браком інформації, отриманої під час емпіричного етапу дослідження; у процесі проведення експертизи їх застосування дозволяє отримати об'єктивну оцінку особистісних особливостей досліджуваного. Однак необхідно відзначити, що недолік багатьох особистісних опитувальників полягає в явній для досліджуваного цілеспрямованості питань, внаслідок чого самооцінка стану або особистісних якостей може бути не цілком адекватною. У зв'язку з цим інформацію, отриману за допомогою тестів опитувальників, необхідно порівнювати з показниками, які об'єктивно представляють особистість, доповнюючи її результатами дослідження особистісних особливостей у процесі діяльності, а також з отриманими результатами за допомогою проєктивних методів (В.М. Блейхер, 1986). Найбільш поширені типологічні опитувальники, розроблені з урахуванням типологічних теорій особистості. Їхня основна мета полягає в диференціюванні різних груп (типів) людей зі схожими психологічними характеристиками (стійкими особистісними проявами).

У таблиці 2.3 представлений перелік тестів-опитувальників, що найчастіше використовуються в патопсихологічній практиці.

**Таблиця 2.3**

**Тести-опитувальники патопсихологічної діагностики**

№ \п/п	Назва тесту Автор/и	Діагностична спрямованість	Вікові межі застосування
1	Опитувальник ЕРІ Г. Айзенк	Дослідження рівня нейротизму, екстраінтроверсії.	Для дорослих (від 15 і більше).
2	Опитувальник ЕРQ Г. Айзенк	Дослідження рівня нейротизму, психотизму, екстра/інтроверсії.	Для дорослих; підлітків (від 10 до 15).
3	Міннесотський особистісний опитувальник (ММРІ) С. Хатуей та Дж. МакКінлі. Адаптовані	Дослідження особистісних характеристик та неусвідомлюваних тенденцій особистості. Тест складається із 550 тверджень, що утворюють 10 основних діагностичних шкал. Тест використовується для уточнення психологічних, клінічних та нозологічних	Особи віком від 16 років та старші, з коефіцієнтом інтелекту не нижче 80 IQ

	варіанти: Міні-мульт та СМІЛ (Л. Собчик)	діагнозів.	
4	16-факторний особистісний опитувальник Кеттелла	Р. Дослідження щодо стійких особистісних характеристик. Опитувальник включає 16 факторів, що найбільш повно характеризують особистість (активність, емоційність, комунікативність, інтелект та ін).	Форми «А» і «В» від 17 років і старше; Форма 14PF (13 – 17 років) Форма 12PF (8 - 12 років)
5	Патохарактерологічний діагностичний опитувальник (ПДО) О. Лічко	Дослідження типу характеру при конституційних та органічних психопатіях, патологічних розвитку особистості, при акцентуаціях характеру.	Від 14-18 років
6	Тест акцентуацій характеру Леонгарда-Г. Шмішека	К. Дослідження окремих властивостей темпераменту, виявлення дисгармонійного поєднання властивостей та типів акцентуацій характеру.	Вік від 17 років

Відсутність у досліджуваного певного порушення. У клінічній практиці під час обстеження дітей та дорослих широкого поширення набули тести інтелекту.

### **Проективні методи.**

Саме поняття «проективні методи» запровадив Л. Франк, але суть методу полягає у реалізації принципу, що лежить в основі психологічного механізму, який З. Фрейд та К.Г. Юнг назвали «проекція». За допомогою цього механізму розкривається зміст несвідомих, витіснених особистістю у несвідоме переживань, установок, негативних емоцій тощо. Проективні методики спрямовані на виявлення різних особистісних проєкцій у процесі дослідження за допомогою спеціально розробленого стимульного матеріалу, що характеризується створенням експериментальної ситуації, що допускає варіативність різноманітних інтерпретацій при її сприйнятті досліджуваним. Найбільш значущою перевагою проективних методик є використання у них специфічних стимулів, які досліджуваний має сам доповнювати, інтерпретувати, розвивати тощо.

**Наприклад,** досліджуваному пропонується інтерпретувати зміст сюжетних картинок, завершити незакінчені речення, подати тлумачення невизначених обрисів чи домалювати їх. Ще однією перевагою проективних методів є різноманітність способів виконання завдання та розгорнуті відповіді, які не передбачають правильних та неправильних варіантів. При цьому вважається, що характер

відповідей досліджуваного є індивідуальною картиною або «проекцією» внутрішнього світу особистості та його поведінкових патернів.

**Мета** проєктивних методик замаскована, що знижує ризик несвідомого чи усвідомленого спотворення результатів. За кожною такою інтерпретацією вимальовується унікальна система особистісних смислів та особливостей когнітивного стилю особистості.

**Недоліком** проєктивних методик є суб'єктивність експериментатора під час інтерпретації результатів. Проєктивні методи містять норми для об'єктивної обробки отриманих даних, вони представляють якісно-кількісний підхід до дослідження особистості. Тому інтерпретація результатів, зазвичай, вимагає додаткової спеціальної підготовки психолога (наприклад, під час роботи з методикою Р. Роршаха і М. Люшера). Більше того, проєктивні методи в окремих випадках можуть бути використані як самостійні. Здебільшого дані, отримані з допомогою проєктивних методів, прийнято співвідносити з даними, отриманими з допомогою інших методів. Залежно від специфіки розрізняють кілька **видів проєктивних методик**:

- *асоціативні*, в яких досліджувані створюють образи за стимулами (плями, незакінчені речення);
- *інтерпретаційні*, в яких потрібно витлумачити зображену на картинці соціальну або побутову ситуацію;
- *експресивні*, у яких випробуваному пропонується намалювати малюнок на задану тему.

Далі, у таблиці 2.4 представлені основні проєктивні методи, що активно використовуються в патопсихологічній практиці.

**Таблиця 2.4.**

**Основні проєктивні методики патопсихологічної діагностики**

№ п/п	Назва тесту Автор/и	Діагностична спрямованість	Вікові межі застосування
1	Тест колірних переваг М. Люшера;	Оцінка психоемоційного стану та рівня нервовопсихічної стійкості; виявлення внутрішньоособистісних конфліктів, схильності до депресивних станів та афективних реакцій.	Вік від 16 років
2	Тест чорнильних плям	Дослідження психіки та її порушень. Тест	Вік від 16 років



	Г. Роршаха	Роршаха використовується переважно у клінікопсихологічних дослідженнях особистості.	
3	Тест фрустраційних реакцій С. Розенцвейга Адаптований варіант Л.Ясюкова (дорослий та дитячий варіант методики)	Дослідження реакцій на невдачу та вивчення способів, обраних досліджуваним для вирішення проблем. Стимульний матеріал тесту складається із серії малюнків із зображенням різних фрустраційних ситуацій.	Дорослий варіант застосовується з 15 років. Дитячий варіант (4–13 років).
4	Тематичної аперцепції тест (ТАТ) Г. Мюррей	Дослідження глибинних тенденцій особистості, у тому числі її потреб і мотивів, відносин до світу, рис характеру, типових форм поведінки, внутрішніх та зовнішніх конфліктів, механізмів психологічного захисту та ін.	
5	Тест «Незакінчені речення» Дж. Сакс та С. Леві	Дослідження поведінкових особливостей індивіда, характеру його взаємин із навколишнім світом та із самим собою	
6	Тест дитячої аперцепції (САТ) Л. Беллак-С. Беллак	Методика дозволяє досліджувати фантазії дитини, у яких відображаються взаємини зі значними людьми, захисні механізми та адаптаційні можливості дитини, несвідомі переживання і конфлікти, наявність будь-яких психічних порушень.	Від 3 до 10 років 7.
7	Методика «Піктограми» А.Лурія, Б.Херсонський	Дослідження опосередкованого запам'ятовування та особливостей мислення, оцінка деяких особистісних особливостей та психічного стану. При цьому виявлений проєктивний характер методу розглядається і розуміється лише щодо змістовного смислового аналізу піктограм. Класичний варіант методики використовують у патопсихології, при військовій чи судово-психіатричній експертизі. У деяких випадках проєктивні методи можуть відігравати і самостійну роль у психодіагностиці психічних, неврологічних та соматичних захворювань	

**Висновок.** Проєктивні методи містять норми для об'єктивної обробки отриманих даних, вони представляють якісно-кількісний підхід до дослідження особистості. У патопсихологічному дослідженні частіше використовують особистісні опитувальники, створені задля виміру різних психологічних характеристик людини. Кількість правильно і неправильно виконаних завдань є підставою для судження про наявність або відсутність у досліджуваного певного порушення. У патопсихологічному дослідженні застосовуються як *стандартизовані*, так і

нестандартизовані методи, створені та багаторазово апробовані у науковій практиці.

### **Перелік питань для самоконтролю.**

1. Неприпустимість упередженого та жорсткого підходу психолога до пацієнта
2. Моделювання нормальної психічної діяльності
3. Точність реєстрації даних та об'єктивність їх інтерпретації

### **Рекомендована література:**

Основна: [3]

Допоміжна: [1,4]

Інформ. ресурси Інтернет: [3,4]

Міжнародні видання [2]

## **ТЕМА 5. ОСНОВНІ ФОРМИ РОБОТИ ПСИХОЛОГА В МЕДИЧНИХ УСТАНОВАХ**

**Мета.** Обґрунтувати, що дослідження певних психічних функцій хворого і його особистості значною мірою полегшує постановку діагнозу захворювання. З'ясувати, що в процесі діагностики виявляються причини конкретного психологічного явища (або його порушення), знання яких потрібне для надання відповідної допомоги.

**Ключові слова:** психодіагностика, психотерапія, психогігієна, сихопротілактика, реабілітація, травматизація.

### **Вступ**

#### **План лекційного заняття**

1. Психодіагностика і психотерапія в діяльності психолога
2. Психогігієна, психопрофілактика і реабілітація в клініці
3. Психологічна реабілітація осіб з різними видами травматизації

### **Висновок**

**Вступ.** Діагностики в клінічній практиці полягає в тому, щоб за допомогою різних методів обстеження виявити достатньо повну картину психологічних особливостей людини, вивчити зміну психічних процесів людей з різними психічними порушеннями.

## 1. Психодіагностика і психотерапія в діяльності психолога

**Психологічна діагностика** належить до основних видів діяльності медичного психолога. Найважливіші завдання діяльності медичного психолога полягають у вивченні психологічних особливостей інтелекту, емоційно-вольової сфери і особистості пацієнта, а також психологічних причин виникнення у нього хвороби.

**Клінічна діагностика** застосовується не тільки в медичних установах, але і в роботі психологічних консультаційних центрів, а також у навчальних закладах. Клінічна діагностика відрізняється від звичайного психологічного експериментального дослідження великою кількістю використовуваних методик, будується на узагальненні різних даних інтенсивного обстеження одиничного випадку, а сама діагностика виходить з принципу якісного аналізу особливостей психічного явища на противагу лише кількісного вимірювання. Оцінка результатів психологічного дослідження в клінічній діагностиці зазвичай проводиться без статистичних процедур, головним чином на основі індивідуального професійного досвіду психолога, його інтуїції.

**Основні функції клінічного діагноста** полягають в зборі, аналізі і узагальненні великого числа необхідних даних. Відомості про життя клієнта, деякі факти його біографії допомагають знайти основу для його розуміння і призводять до більшої результативності психологічної діагностики, розширюють можливості надання допомоги. Розгляд результатів тестування, аналіз історії хвороби, особистий контакт з клієнтом дають можливість сформулювати припущення у вигляді висновку.

**Основними методами медико-психологічного вивчення хворого є клінічна бесіда, спостереження і тестування.**

**Бесіда** як діагностичний метод дозволяє отримати інформацію про внутрішні процеси, суб'єктивні переживання і особливості поведінки людини, які не можуть бути виявлені за допомогою об'єктивних методів. Бесіда служить засобом встановлення особистого контакту з клієнтом і часто використовується не тільки як діагностичний метод, але і як психотерапевтичний прийом. Встановлення

позитивних особистих відносин між учасниками бесіди вимагає спеціальної «технології» її проведення, в яку входять організація місця, уміння розташувати до себе співбесідника, використовуючи прийоми особистісноорієнтованої психотерапії. Результативність бесіди як методу клінічної діагностики залежить від рівня професійної компетентності практичного психолога, а також від його особистістських властивостей, таких як комунікабельність, «спрямованість на іншого», емпатія, тактовність. Психологові необхідні спостережливість і здатність аналізувати ситуацію. Вони дозволяють краще орієнтуватися в ситуації спілкування і вибрати оптимальну тактику взаємодії. Метод спостереження – один з основних в клінічній діагностиці. Спостереження може супроводжувати будь-який інший діагностичний метод: спостереження під час тестування, в процесі ведення бесіди і так далі.

Як самостійний діагностичний клінічний *метод спостереження* включає систему спеціальних прийомів, що забезпечують найбільшу інформативність і точність спостереження. Для того, щоб використовувати всі переваги цього методу, клінічний діагност повинен систематизувати процес спостереження за допомогою різних схем, карт, зразків. Створенню точнішої картини індивідуальних особливостей сприяє використання відомостей про історію життя людини – анамнез. Інакше цей метод можна назвати біографічним, тобто передбачає збір даних про біографію людини. Відмінність полягає в тому, що про анамнез діагности говорять стосовно різних захворювань, ставлячи завдання виявлення їх причин.

*Біографічний метод* допомагає у пошуку причин певних змін в поведінці чи характері людини. Біографічний метод використовується як додатковий при груповій психотерапії, допомагаючи з'ясувати природу і механізми психогенних розладів.

*Тестування* у клінічній діагностиці припускає стандартизоване вимірювання певної індивідуальної характеристики. Варто, однак, завжди мати на увазі, що навіть найнадійніші тести, валідність яких доведена, не дають точних даних для діагностики окремих випадків. Проте можливість повторного застосування тестування дозволяє виявляти різні прояви і зміни в протіканні захворювання. У клінічній діагностиці тестування частіше проводиться індивідуально з клієнтом.

У клінічній діагностиці досить часто використовуються такі *індивідуальні тести інтелекту* як тест Векслера, тести Біне, проби Крепеліна, таблиці Шульте, метод дослідження афазій К. Гольдштейна та ін. Досить часто використовуються у клінічній практиці *проективні тести*, тобто засновані на мимовільному прояві (проекції) особистісних якостей клієнта в процесі виконання психодіагностичного завдання. Це, наприклад, тест Роршаха, тест тематичної апперцепції (ТАТ), дитячий тест на апперцепцію (САТ).

Клінічна діагностика будується як оперативна, швидка діагностика і, як правило, завершується написанням клінічного висновку. Письмовим висновком є кінцевий етап узагальнених діагностичних дій. В заключенні зазначається мета діагностичного дослідження, відображаються властивості конкретної особистості. У висновку містяться всі доступні психологові-діагностові дані, як тестові, так і інші. Зміст висновку полягає в інтерпретації отриманих даних і висновків (записи тестів та інші дані можуть додаватися окремо для ілюстрації або пояснення). В заключенні зазвичай даються рекомендації щодо типу лікування, програм навчання. Результати діагностичних досліджень можуть використовуватися з різною метою, призначатися різним фахівцям (лікарям, дефектологам) або самому клієнтові і його рідним.

Одними з найважливіших напрямів лікувальної роботи є *психокорекція та психотерапія* – використання методів психологічної дії для лікування хворого з метою поліпшення відчуття його психологічного благополуччя. Істотною загальною особливістю психотерапії та психокорекції можна вважати психологічну дію, спрямовану на нормалізацію або поліпшення психічної діяльності і невросоматичних функцій людського організму. Термін «психотерапія» – міжнародний, і в більшості країн світу однозначно використовується стосовно методів роботи, що їх виконують професійні психологи. Психотерапевтом може бути і лікар, і психолог, які професійно використовують в своїй діяльності методи психотерапії. Навіть територіально психотерапевтичні методи все ширше використовуються за межами клінік, в позалікарняному середовищі. Психолог може працювати як психотерапевт в медичній і в немедичній установі. Безумовно, для

того, щоб будь-який лікар або психолог міг отримати право на проведення психотерапії, йому необхідні освіта і спеціальна підготовка.

Загальна медична або психологічна освіта дає знання тільки основ психотерапії. Для навчання різним технікам психотерапії організуються спеціальні курси за межами загальної професійної освіти. У багатьох країнах, наприклад в Англії, Німеччині, Данії, Норвегії, США, випускники університетів, що здобули психологічну освіту, повинні пройти обов'язкові спеціалізовані навчальні програми у сфері клінічної психології, для того, щоб отримати відповідну професійну кваліфікацію. Допуском до психотерапевтичної роботи стає *диплом* або *сертифікат* про відповідну кваліфікацію. Психотерапевти в своїй лікувальній роботі повинні усвідомлювати міру відповідальності за особистість пацієнта, оскільки займаються її реконструкцією і відповідають за одужання людини. Психотерапевти найчастіше працюють з невротами, пограничними станами і психосоматичними захворюваннями.

Розглянемо деякі з методів психотерапевтичної роботи.

**Особистісно-орієнтована (реконструктивна)** психотерапія спрямована на:

- вивчення особистості хворого, його емоційних реакцій, взаємин, виявлення причин виникнення і збереження невротичного стану;
- допомога хворому в усвідомленні психологічних причин захворювання, в зміні ставлення до психотравмуючої ситуації;
- корекція неадекватних реакцій і форм поведінки.

В процесі психотерапевтичної бесіди пацієнтові задаються прямі або непрямі питання, з хворим обговорюється зв'язок його станів з різними ситуаціями життя, особливостями його системи відносин. Цей метод психотерапії може проводитися індивідуально і з групою хворих. У випадку індивідуальної психотерапії психолог спрямовує дію на пацієнта, обговорює з ним його проблеми.

При **груповій психотерапії** основна форма психотерапевтичної дії – групова дискусія. Обговорюються життєві проблеми учасників групи. При цьому психотерапевтична дія здійснюється групою хворих на кожного учасника групи під постійним контролем лікаря або медичного психолога. Мета групової психотерапії полягає у логічному переконанні, заспокоєнні, роз'ясненні. В процесі групової

роботи можуть використовуватися також і інші методи психотерапії: розігрування рольових ситуацій, психогімнастика, арт-терапевтичні методи та музикотерапія.

**Сімейна психотерапія** використовується тоді, коли психотерапевт працює з сім'єю як з малою групою, коли психотерапевтична дія спрямована на корекцію сімейних відносин: подружжя один з одним або батьків з дітьми. Про сімейну психотерапію говорять також тоді, коли психотерапевтична дія на клієнта виявляється через сім'ю (подружні або дитячо-батьківські стосунки).

**Когнітивно-поведінкова терапія** (КПТ) – метод психотерапії, що базується на усвідомленні того, що при багатьох психіатричних розладах та психологічних проблемах сприйняття реальності є спотвореним, а також, що неадекватні дії у відповідь на наявні проблеми є основними факторами, що підтримують розвиток та утримання наявних проблем і розладів. Когнітивно-поведінкова терапія базується на стосунку партнерської співпраці між клієнтом та терапевтом. У процесі спільного дослідження наявних проблем терапевт та клієнт вибудовують спільне розуміння проблеми / розладу, формулюють цілі та відтак співпрацюють над їхнім досягненням.

**Сугестивна терапія** (від лат. suggestio - навіювання) – форма психотерапії, в якій усунення тілесних і психічних порушень досягається за рахунок застосування навіювання. Особливим методом психотерапії є **психоаналіз**.

В процесі лікування психоаналітик допомагає пацієнтові проникнути в приховані від свідомості думки і переживання. Він намагається зняти симптоми пацієнта, звільнивши його від непотрібних сумнівів, невиправданого відчуття провини, болісних самозвинувачень, помилкових думок і безрозсудних поривів. Повний курс психоаналізу – завжди тривалий процес, що триває зазвичай не менше одного року при регулярних зустрічах з психоаналітиком (від трьох до шести сеансів на тиждень, кожен тривалістю близько години). Психоаналіз на сьогодні широко визнаний суспільством в Західній Європі і Америці, є інститути і факультети в університетах, що здійснюють професійну підготовку психоаналітиків. Протягом багатьох десятиліть існує Міжнародна Психоаналітична Асоціація, а також створюються національні асоціації психоаналітиків. Особливого авторитету психоаналіз набув у США та Німеччині. У Німеччині, наприклад,

психоаналітична терапія офіційно визнається організаціями, що забезпечують суспільне медичне страхування, і аналітик, таким чином, отримує відповідно до певної шкали розцінок винагороду за свою працю У роботі з пацієнтами використовуються також багато інших методів і психотерапевтичних підходів, **наприклад, психодрама, транзактний аналіз, гештальттерапія, ігрова терапія, арт-терапія, музикотерапія** та ін.

Всього в наш час налічується більше 400 самостійних методів психотерапії. Оволодіння кожним з цих методів вимагає спеціального навчання. Психотерапевт повинен знати психотерапевтичні ідеї і методи роботи, створені в різних психотерапевтичних школах.

Основні з них: **психоаналіз**, аналітична психологія К.Г. Юнга, **індивідуальна психологія** А. Адлера, **тілесна психологія** В. Райха, **гештальттерапія** Ф. Перлза, **біхевіоризм** Б. Скіннера, **гуманістичний підхід** К. Роджерса.

## **2. Психогігієна, психопрофілактика і реабілітація в клініці.**

**Психогігієна** – це розділ медичної психології, який є сукупністю медичних і психологічних знань, актуальних для збереження і зміцнення нервовопсихічного здоров'я людини. Психогігієна передбачає:

- вікову психогігієну (особливе значення має психогігієна дитячого і похилого віку);
- психогігієну побуту (емоційне самовладання, профілактика алкоголізму);
- психогігієну трудової діяльності і навчання (створення сприятливого психологічного клімату в трудовому колективі, профілактика конфліктів, промислова естетика, психогігієна розумової праці);
- психогігієну сімейного життя (психологічний клімат сім'ї).

**Психопрофілактика** – це система заходів, спрямованих на зниження нервово-психічної захворюваності, на попередження виникнення психічних захворювань. Психопрофілактика включає розробку і впровадження законодавчих заходів, спрямованих на охорону психічного здоров'я, поліпшення виробничих і побутових умов життя людей.

**Важливий засіб психопрофілактики** – пропаганда психогігієнічних знань і здорового способу життя, психологічна освіта. З метою психопрофілактики



важливо виявляти початкові симптоми психічних захворювань. Медичні психологи беруть участь також в психологічній і соціальній реабілітації хворих. Тривале перебування хворих в стаціонарі приводить до «госпіталізму», що виявляється у втраті соціальних зв'язків і професійних навичок.

**Реабілітація** полягає в проведенні комплексу медичних, педагогічних, професійних, психологічних заходів, спрямованих на відновлення працездатності, особистого і соціального статусу людей, що перенесли захворювання. Психотерапевтична дія займає в цьому комплексі заходів важливе місце.

*Основна мета психотерапії* на цьому етапі – відновлення втраченої активності хворого, його здатності до активного життя, допомога хворому в правильній оцінці своїх можливостей. Тривале перебування в стаціонарі викликає у хворих виражену астенію, посилення хворобливих симптомів, емоційну напруженість, відчуття страху при переході з постільного режиму до активних рухів. У багатьох хворих унаслідок захворювання втрачається здатність виконання до попередньої роботи, з'являється необхідність пристосування до нової роботи і побуту. В результаті виникають побоювання, підвищується тривожність. Тому основні завдання психотерапії на етапі реабілітації зводяться до виховання у хворих оптимізму, віри в свої сили, готовності до активного життя і позитивних контактів з оточенням.

Як психопрофілактичний і реабілітаційний заходи може використовуватися санаторно-курортне лікування. Окрім таких лікувальних чинників природи, як сприятливий клімат, мінеральні води, лікувальні грязі, достатньо широко застосовуються також фізіотерапія, лікувальна фізкультура, масаж і психотерапія.

Важлива роль медичного психолога в цьому випадку може полягати в організації психотерапевтичних занять, проведенні сеансів релаксації, аутотренінгу, музикотерапії. Актуальною медико-психологічною проблемою є інвалідність, яка виникає унаслідок важкої хвороби, фізичних і психічних травм, а також унаслідок вроджених розумових і фізичних недоліків. Психологічні наслідки, пов'язані з отриманням інвалідності, проблеми соціально-психологічної адаптації інвалідів вивчені ще дуже мало. В останні десятиліття медичні психологи все частіше беруть участь в науковому і практичному вирішенні проблем травматичного і

посттравматичного стресу. Стихійні лиха (землетруси, повені), технологічні катастрофи (аварії, пожежі), ситуації насильства і загрози життю, військові конфлікти є сильними стресогенними чинниками. Психологічна допомога в таких ситуаціях виявляється дуже актуальною. Серед методів психологічної реабілітації важлива роль належить психотерапії, яка проводиться за допомогою бесіди.

*Метою* таких *бесід* є заспокоєння людини, показ минушого характеру змін, що відбуваються, орієнтування на вихід з травматичної ситуації, роз'яснення механізмів виникнення психічних розладів і переконання в реальних можливостях саморегуляції деяких нервових процесів.

Сутність **роз'яснювальної (раціональної) психотерапії** полягає в психічному впливі на особистість і її стан, в аргументованому переконанні людини, корекції її хибних уявлень, понять, суджень, які стали причиною дезадаптації. У процесі реабілітації доцільно фіксувати увагу на позитивних змінах в його стані.

В психотерапії дуже важливий оптимальний психологічний контакт, індивідуальний підхід, врахування життєвого (бойового) досвіду, особливостей особистості і конкретних умов обстановки. Безпосередній психотерапевтичний вплив може здійснюватися психологами, медичними працівниками, авторитетними товаришами, друзями, рідними і близькими, за допомогою використання спеціальних методик: навіювання, переконання, що активізує психотерапію. Обов'язкова умова успішної психологічної реабілітації – встановлення повного контакту з людиною, яка отримала психічну травму. Важливо отримати можливість детально розповісти про свій стан, відчувати, що її слухають, співчують і хочуть допомогти. Найменший натяк на недовіру до висловленого, скептичне ставлення є неприпустимими. Оптимальна психологічна обстановка сприяє підвищенню ефективності реабілітаційних заходів. Тут важливо формувати в оточення адекватні уявлення про стан осіб, які отримали психічні травми. Метою надання допомоги є вироблення у травмованих і оточуючих єдиних психологічних установок, що сприяють активній і свідомій участі в реалізації реабілітаційних заходів.

Ефективність психотерапевтичного впливу оцінюється за кількома критеріями:

*По-перше*, ступенем розуміння людиною психологічного механізму свого стану і власної ролі у виникненні психічної травми, в тому числі розвитку власних неадаптивних реакцій.

*По-друге*, зміною у взаєминах і установках.

*По-третє*, поліпшенням соціального функціонування в різних сферах діяльності, тобто зміною в поведінці, в соціальних контактах, в планах, цілях тощо. У попередженні психічних зривів і відновленні психічної рівноваги вирішальну роль відіграє вміння налаштовувати психіку і управляти власними станами в різних умовах. Здатність людини впливати на самого себе за допомогою слів і відповідних їм уявних образів, тобто **психічна саморегуляція** має два напрямки:

- для корекції функціонального стану за наявності помірно виражених психоневротичних симптомів (порушення сну, високої тривожності, емоційної напруги, зниження настрою), уникнення апатії та депресії;
- по-друге, для підвищення рівня функціональних (психорегулюючих) можливостей для запобігання перевтоми. Навчання прийомам психологічної саморегуляції проводиться за стандартними методиками, методом групових занять та виконання певних вправ.

Розглянемо основні **методи психологічної саморегуляції**: *самопереконавання і самонавіювання*.

**Самопереконавання** – це вміння підпорядковувати свої особисті мотиви вимогам і інтересам обов'язку («Я повинен»; «Я можу»; «Я вмію»; «Я витримаю»; «Мені це під силу» тощо).

**Самонавіювання** – це здатність навіювання певних думок, бажань, образів, відчуттів, станів самому собі («Я спокійний»; «Мені зручно і добре»; «Відчуваю себе бадьоро»; «Я зосереджений та організований»; «У мене гарний настрій» тощо). В основі психічної саморегуляції лежать короткі, чіткі словесні формули, що викликають або процес нервово-м'язового розслаблення, або процес емоційного збудження.

**Механізм саморегуляції** є двостороннім зв'язком між головним мозком і м'язами. За допомогою імпульсів, що йдуть з мозку до м'язів, здійснюється управління ними, а імпульси, що йдуть від м'язів в головний мозок, дають мозку

інформацію про свій фізіологічний стан, готовність виконувати певну роботу і є в той же час стимуляторами мозку, активізуючи його діяльність. При значному розслабленні мускулатури виникає особливий стан, що дозволяє шляхом самонавіювання впливати на різні, в тому числі початково мимовільні функції організму. При емоційних реакціях завжди виявляється напруга мускулатури і відповідна вегетативно-судинна реакція. Довільне розслаблення мускулатури супроводжується зниженням нервово-емоційного напруження і надає загальний заспокійливий ефект. Негативний емоційний стан супроводжується активацією мускулатури, а розслаблення м'язів служить зовнішнім вираженням позитивних емоцій, стану спокою, врівноваженості, знижує емоційну збудливість. Словесний сигнал або образ, викликаний ним, веде при повторенні до утворення умовних реакцій і реалізацію бажаних зрушень, тим самим підвищуючи рівень саморегуляції. Для зняття стану тривоги і страху слід використовувати формулу саморегуляції, спрямовану на розслаблення скелетних м'язів. Це затримує надходження в мозок імпульсу тривоги.

До інших методів психічної саморегуляції, що дозволяють коригувати психічний стан, належать: *самовиховання, самоконтроль, самонаказ, десенсибілізація, відволікання.*

### **3. Психологічна реабілітація осіб з різними видами травматизації. Особливості реабілітації залежностей.**

При патологічній залежності людина щоразу отримує те, що погіршує її життя, перешкоджає досягненню її власної мети. Але, незважаючи на негативний результат, вона знову і знову продовжує робити так, як і раніше. Це і є ознакою залежного вибору. Кожного разу такий вибір постійно віддаляє людину від її власних цілей. Життя стає стереотипним, автоматичним. Людина вибирає те, що диктується залежністю. Важливим критерієм залежності є поява переживання штучної, сурогатної реальності. Це супроводжується дискомфортом у всіх сферах життя. Залежність заважає жити людині, обмежує вибір та її життя. Люди, які оточують залежну людину, також страждають. Страждання інших людей від залежної людини пов'язані не тільки з тим, що вона вимагає від них підтримки

свого стану – саме підтримки стану, а не допомоги в лікуванні. Шлях до звільнення від залежності супроводжується поставленою метою та рухом до цієї мети. Людині потрібно усвідомити, що в пошуку щастя й рівноваги їй необхідно рухатися не від себе, а до себе, до своїх справжніх потреб. Звільненням від залежності є зростання, дорослішання, шлях до зрілості, самоактуалізація. Цей процес виходу з ілюзій, повернення до себе й подорожі всередину себе можуть бути досить тривалими.

Завданням *першого етапу*, який відповідає першій фазі «Прийняття відповідальності за одужання», є подолання тривоги, провини, сорому, формування установок відповідальності за своє видужання, налагодження стосунків зі співробітниками центру, створення традицій щодо підтримки тверезості.

Мета *другого етапу* (фази «зупинки компульсії») – розвиток соціального рівня психіки. Завдання цього етапу – навчання альтернативних конструктивних способів соціальної поведінки, ситуаційного планування, емоційного реагування й мислення. Основними реабілітаційними заходами другого етапу є обов'язкове відвідування терапевтичної групи, що проходить раз на тиждень, і побудована за принципом тренінгу особистісного зростання тривалістю 3,5 години, відвідування як мінімум двох з трьох занять на тиждень, у складі яких: дискусійна терапевтична група, група сімейної терапії, група профілактики зриву, відвідування зборів двічі на тиждень.

Прикладом *сучасного підходу в реабілітації наркозалежних* є програма «Країна живих», яка створена при активній участі одного з засновників НЛП Френка Пюселіка та представлена в роботах декількох реабілітаційних центрів в Україні. Учасники програми на перших етапах постійно перебувають в центрі, але у кожного є можливість в будь-який момент його залишити.

*Перший етап* проходження цієї програми – це фаза орієнтації, яка триває до одного місяця та завданням якої для учасника є визначення для себе рішення про необхідність проходження реабілітаційного курсу. Про це він заявляє у формі промови на зборах центру, ця промова має відображати готовність учасника серйозно працювати над собою.

*Наступні етапи* складаються з таких фаз, як:

1. Фаза очищення, де завданням для учасника є згадати, пережити, очиститися від спогадів та образів, які пов'язані з світом наркотиків. У спеціально організованому психологічно безпечному просторі учасник проживає образи, зради, злочини та вчиться прощати. Підсумок першої фази – це очищення, звільнення, відчуття свободи, спокій в душі, прийняття свого минулого й себе.

2. Фаза «Хто я». У ній завдання для учасника – знайти себе. Для цього необхідно визначити свої цінності та принципи, відповісти на основні життєво важливі питання – яким я хочу бути, чого я чекаю від життя, від себе та від 119 рідних, оточення? Підсумок другої фази – відчуття внутрішньої енергії, впевненість, усвідомлення власної цілісності, бажання діяти й радість відкриттів.

3. Фаза «Я і світ». Завдання фази для учасника – зрозуміти та почати вибудовувати стосунки з навколишнім світом. На цій фазі відбувається пошук відповідей на питання «Як я тепер буду будувати стосунки і світом? З рідними? З друзями? З якими? Як зрозуміти і взаємодіяти з людьми? Як заробляти гроші? Як працювати в команді? Як бути лідером?» та на багато інших питань, що тривожать людей. Підсумок третьої фази – бажання будувати своє життя в соціумі, бачення найближчих перспектив.

4. Фаза «Друге народження». Завдання для учасника – адаптуватися в зовнішньому світі, почати працювати або вчитися. Учасники живуть і діють за межами реабілітаційного центру та продовжують отримувати допомогу від нього. Підсумок четвертої фази – вміння програвати й перемагати гідно, усвідомлення та прийняття відповідальності за своє життя. Таким чином, в підходах до реабілітації різних видів залежностей існують загальні принципи та специфіка, яка стосується конкретних субстанційних чи поведінкових адитивних агентів. Характеристиками успішної реабілітації є комплексність, системність, соціальність, мотиваційне використання прикладів та досвіду людей, які подолали патологічну залежність, повернулись на шлях особистісного розвитку й живуть повноцінним життям.

### **Модель психологічної реабілітації при ПТСР.**

Психотерапія при ПТСР ставить за мету допомогти пацієнтові «переробити» проблеми і «впоратися» з симптомами, які продукуються у результаті травмувальної ситуації. Один з ефективних підходів до цієї мети – допомогти пацієнтові

відреагувати на травматичний досвід, обговорюючи і заново переживаючи думки і відчуття, пов'язані з травмою, в безпеці терапевтичної обстановки. Це приводить до управління реакціями, які раніше були некерованими. Такий підхід передбачає, щоб пацієнт знов занурювався у зміст пережитих подій, розглядаючи і аналізуючи свої дії і емоційні реакції, які супроводжували те, що відбувалося.

**Психотерапія** пацієнта з ПТСР, залежно від вираженості його психологічної дезадаптації, може продовжуватися від 6 місяців до декількох років.

*Основне завдання психолога* – допомогти клієнту усвідомити можливість трансформації його кризового стану, побачити нові перспективи і можливості повернення до нормального життя. Передусім консультант інформує клієнта про необхідність дотримання психологічної гігієни, пропонує змінити його установку щодо інших людей: навчає відокремлювати особистість від поведінки. Психолог допомагає клієнту виразити свої відчуття, подивитися на ситуацію з боку, завершити незавершене, знайти опору в собі.

*На наступній стадії* йде робота над усвідомленням причин появи кризи і прийняттям відповідальності за свій стан самим пацієнтом. У результаті пацієнт починає розуміти, що відбувається, усвідомлює завершення кризи. Слабшає страх перед майбутнім. Таким чином, психотерапевт допомагає клієнтові трансформувати, змінити свій стан, навчитися не бути жертвою.

*Завершальна стадія роботи* – це «кристалізація ідеї майбутнього», обговорення нових можливостей і нових дій, прийняття відповідальності за майбутні зміни, психологічна підтримка нових дій пацієнта.

При роботі з **ветеранами бойових дій** добре зарекомендували себе такі напрями психотерапії, як гештальттерапія, родинна терапія, нейролінгвістичне програмування, символдрама, метод десенсибілізації та інші. У загальному вигляді модель психологічної реабілітації містить такі послідовні кроки:

1. Взаємна адаптація психолога та пацієнта.
2. Навчання пацієнта методів саморегуляції.
3. Катарсичний етап (повторне переживання).
4. Обговорення найбільш типових форм поведінки (на прикладі життєвих ситуацій).
5. Апробація нових способів поведінки через гру.

## 6. Визначення життєвих перспектив.

Особливості психологічної реабілітації осіб, які зазнали сексуального насильства. Людям, що спілкуються з дитиною, яка зазнала *насильства*, необхідно пам'ятати, чого не можна робити за жодних обставин:

- 1) не можна обіцяти того, що не можете виконати;
- 2) не можна обіцяти того, що залежить не від вас – надайте інформацію про те, від кого це залежить;
- 3) не ставте нездійсненних цілей;
- 4) не критикуйте;
- 5) не звинувачуйте, коли людина говорить неправду;
- 6) не обіцяйте, що з нею такого більше не трапиться;
- 7) не звинувачуйте в тому, що вже трапилось.

Зустрічаючись з супротивом (коли людина всілякими способами намагається відсторонитися від контакту з вами), не намагайтеся його руйнувати: важливіше зрозуміти й прийняти те, що, ймовірно, вона має право на недовіру і небажання розкриватися перед будь-ким. Якщо Вам вдалося викликати довіру і потерпіла розповіла про те, що сталося, «донесіть» до неї такі повідомлення:

- я тобі вірю;
- мені прикро, що з тобою це сталося;
- це не твоя провина;
- я рада, що ти мені про це розповіла;
- я спробую зробити так, щоб ти опинилась в безпеці.

До завдань у роботі з людиною, яка зазнала сексуального насильства, належать:

- 1) зміцнити відчуття безпеки;
- 2) надати можливість розрізняти й виражати свої почуття;
- 3) підняти самооцінку;
- 4) сприяти прийняттю власного тіла;
- 5) навчити відсторонювати негативні емоції до гвалтівника й сприяти вираженню позитивних емоцій.

Виділяють такі *стадії реабілітаційного зцілення* після насильства:



1. **Рішення вилікуватися** – коли переживання стають такими сильними, що неможливо більше терпіти, або людина усвідомлює необхідність змін. Завдання психолога або педагога на цій стадії – створити безпечний простір, визначити стан психологічного здоров'я клієнта. У дітей формування цієї першої стадії проявляється рідко, позаяк дитина не усвідомлює себе «психологічно хворою». Завдання психолога – викликати потребу змінити свій стан. Але не можна форсувати події, оскільки дитина побудувала свої психологічні захисти, і доки вони є міцними, доти вони працюють, не потрібно їх руйнувати. Зважаючи на те, що робота з наслідками насильства відбувається у підсвідомості, необхідно побачити момент, коли захист припиняє працювати.

2. **Стадія кризи.** Катарсис, гострі почуття, відчуття болю. Це найбільш болісна й складна стадія. Отже, надзвичайно важливо, щоб до цього часу з'явився той, хто зможе потурбуватися про потерпілу в цей момент. Від психолога вимагатиметься надзвичайно потужна підтримка. Важливо, щоб людина усвідомила, що ця стадія не буде тривати завжди. Для подолання цієї стадії надзвичайно важливо, якою мірою встановлено чи поновлено довіру дитини до навколишнього світу, дорослих і Вас особисто.

3. **Спогади.** Якщо існує довіра до психолога, буде і розповідь про те, що відбулося. Надзвичайно важливо, щоб постраждала згадала стільки, скільки вона зможе витримати. Не форсуйте події. На цьому етапі не обов'язково змушувати згадати всі деталі. Нехай пригадає те, що може.

4. **Віра.** Цей етап є важливим у тому випадку, якщо людина не впевнена в точності спогадів. Надзвичайно важливо повірити собі й своїм спогадам, оскільки до цього неодноразово чула: «Цього не може бути», Ти все «вигадала», «А може все було інакше».

5. **Порушення мовчання.** Детальна розповідь проте, що сталося. Вона, як правило, супроводжується почуттям сорому і страху налякати того, хто слухає. Також існує страх зазнати повторного насильства. Можна підбадьорити словами: «Що більше ти розкажеш про те, що сталося, то менше негативної енергії в тебе залишиться і тобі стане легше». У випадку з дитячим насиллям надзвичайно корисними є казки, ігри з ляльками, з піском. Якщо дитина вирішила розповісти про все, що сталося,

психологу, то потім вона зможе наважитись розповісти про це ще комусь. Зникне внутрішня ізольованість.

**6. Позбавлення почуття провини.** Постраждала може звинувачувати себе в тому, що не змогла себе захистити. Не можна переконувати жертву в тому, що вона не є винною – не повірить цьому. Важливо допомогти позбавитися відповідальності за те, що сталося. Винен лише насильник. Це він мав вибір – скоювати насильство чи ні. І лише він відповідальний за те, що сталося.

**7. Підтримка «внутрішньої дитини».** Більшість людей, які зазнали насильства, не можуть радіти життю, відчують себе дорослими. Але всередині кожного дорослого «живе» дитина, яка радіє, і дитина, яка страждає. На цій стадії ми встановлюємо контакт з «пораненою дитиною всередині себе», за допомогою малювання, ігор тощо.

**8. Відновлення довіри** до себе підвищує самооцінку. На цьому етапі відбувається визначення і відновлення особистісних меж дитини, які були зруйновані внаслідок насильства.

**9. Горювання** або оплакування над тими, що було втрачено внаслідок насильства. Наприклад, втрата дитинства, сім'ї (якщо насильник був членом родини), цнотливості, почуття довіри до оточення, безпеки тощо. Надзвичайно важливо надати можливість погорювати над тим, чого не повернути. Лише після цього можна припинити «сидіти на руїнах, а почати будувати новий будинок».

**10. Гнів.** На стадії оплакування вивільняється злість, яка довго стримувалася всередині. Важливо спрямувати цю злість на того, хто став причиною втрати.

**11. Викриття і конфронтація.** На внутрішньому рівні насильник сприймається як людина, що мешкає поблизу. Важливо спрямувати на нього свій гнів. Можна написати йому листа. А можна розіграти психодраму «Порожній стілець»: висловити уявному насильникові, що сидить навпроти, усі свої переживання, весь свій біль. Важливо не зациклюватися на цьому етапі, а показати, що після того, як вона вивільнить свою злість і образу, не потрібно заповнювати себе ними знову.

**12. Пробачення.** Мається на увазі пробачення себе, а не насильника, позаяк пробачення насильника є ще однією жертвою, принесеною йому. Зміст прощення полягає в тому, щоб відпустити насильника від себе.

**13. Набуття духовності.** Відновлення розуміння, що світ є гарним або поганим настільки, наскільки ми даємо йому змогу бути гарним або поганим щодо нас. Зникають почуття віддаленості від світу, відновлюється зв'язок між «Я» і тілом. Відбувається прийняття тіла, яке досі викликало відразу. Повертається довіра до людей.

**14. Дозвіл і рух вперед.** Це момент, коли люди відчують, що їм вдалося увійти в життя. Коли вони дозволяють собі жити і відчувати, не позбавившись того, що пережили. Важливо пам'ятати, що потерпілі можуть відновлюватися, і відновлюються після сексуального насильства, а психологи можуть і зобов'язані чітко донести, що «життя продовжується», звертаючись до таких проблем, як захист від повторного насильства, сорому і нормалізації середовища.

**Висновок.** Завдяки тому, що в психології розроблено достатньо багато ефективних методів для отримання такої інформації, професійний психолог виявляється корисним в медицині при складанні анамнезу (історії хвороби), проведенні медико-психологічної експертизи, а також при проведенні медико-психологічної консультації. Кожен психотерапевтичний підхід претендує на ефективність при лікуванні майже у всіх областях психопатології.

#### **Перелік питань для самоконтролю:**

1. Завдання діяльності медичного психолога
2. Основні функції клінічного діагноста
3. Методи психологічної саморегуляції:
4. Пояснити сутність роз'яснювальної (*раціональної*) психотерапії.
5. Характеристика методу “психологічної саморегуляції”
6. Пояснити особливості “реабілітації залежностей”.
7. *Психотерапія* пацієнтів з ПТСР, стадії реабілітації.
8. Характеристика “*стадій реабілітаційного зцілення*” після насильства.

#### **Рекомендована література:**

Основна: [1,3]

Допоміжна: [2,4]

Інформ. ресурси Інтернет: [4]

Міжнародні видання [1]

## **ТЕМА 6. ПОРУШЕННЯ СВІДОМОСТІ, САМОСВІДОМОСТІ, УВАГИ ТА ВІДЧУТТЯ**

**Мета.** Викласти теоретичні основи характеристики основних станів порушеної свідомості, уваги та відчуттів. Формування патологічних станів залежить від порушень усвідомлення людиною власної особистості – самосвідомості. Довести, що свідомість володіє – уявою і рефлексією. Це вища форма відображення дійсності. Динамічною стороною свідомості є увага.

**Ключові слова:** дезорієнтація, незв'язності мислення, затьмарення свідомості, делірій, онейроїд, сутінкові стани свідомості, оглушеність, сопор, кома, аменція, деперсоналізація, анестезія, гіпостезія, гіперстезія, парастезія.

### **Вступ**

#### **План лекційного заняття**

1. Свідомість та її розлади
2. Розлади самосвідомості
3. Розлади уваги
4. Порушення відчуття

### **Висновок**

**Вступ.** Свідомість – вища форма відображення дійсності, це спосіб ставлення до об'єктивних закономірностей. Свідомість володіє – уявою і рефлексією. Свідомість оцінюється на основі: -усвідомлення нею себе (ідентифікація); - усвідомлення часу, простору. Усвідомлення людиною власної особистості (самосвідомість) і є істотною ознакою психічної норми. Увага – це динамічна сторона свідомості, психіки людини, що виражає ступінь її спрямованості на той чи інший об'єкт, або його окремі сторони і ступінь зосередження свідомості на ньому.

### **1. Свідомість та її розлади**

Розлади свідомості й самосвідомості — це афективне звуження свідомості при психотравмуючих обставинах.

За критерії порушення свідомості беруть :

- дезорієнтацію в часі, місці, ситуації;

- відсутність чіткого сприймання оточуючого;
- різні міри незв'язності мислення;
- труднощі в спогадах подій.

Для визначення стану затьмареної свідомості вирішальне значення має встановлення сукупності усіх вказаних ознак. Характеристика основних станів порушеної свідомості. Розлади свідомості. приглушений стан свідомості: при гострих порушеннях ЦНС, інфекційних захворюваннях, отруєннях, черепно-мозкових травмах. Характеризуються різким підвищенням порогу для всіх зовнішніх подразників. Симптоми: хворі відповідають на запитання ніби «з просоння», складний зміст запитання не осмислюється, сповільненість у руках, мовчазність, байдужість до усього, дрімота, орієнтування в оточенні не повне або зовсім відсутнє. Цей стан триває від кількох хвилин до кількох днів, а при пухлинах мозку – значно довше. У клініці розрізняють виключення та затьмарення свідомості. Одним із видів виключення свідомості є непритомність, яка виникає внаслідок різкої гіпоксії головного мозку. Непритомність можуть спричинити емоційний стрес, перегрівання, закачування при русі транспорту, хронічне недоїдання, недосипання, вагітність тощо. У соматичній практиці в ослаблених хворих можна спостерігати виключення свідомості. Найбільш легкий ступінь виключення свідомості називають оглушенням. Воно характеризується підвищенням порогу збудливості, внаслідок чого лише сильні подразники доходять до свідомості. Тому навколишнє середовище сприймається нечітко, інколи фрагментарно. Емоції при вираженому оглушенні нівельовані, рухова активність послаблена або відсутня. Оглушення виникає при інтоксикаціях, інфекціях, черепно-мозковій травмі, тяжких соматичних захворюваннях, після епілептичного нападу тощо. Більш тяжкий ступінь виключення свідомості, при якому контакт із хворим не можливий, але безумовні рефлекси ще збережені, називають сопором. Найтяжчим ступенем виключення свідомості є кома. Як і при сопорі, контакт із хворим не можливий, але, на відміну від нього, при комі згасають безумовні рефлекси (корнеальний, зіничний тощо). Розрізняють такі основні види коми: алкогольна, інтоксикаційна, апоплексична, гіпер- та гіпоглікемічна, епілептична, уремична, печінкова, посттравматична тощо.

Основними видами затьмарення або якісного продуктивного порушення свідомості, є делірій, онейроїд, аменція, типова й атипові форми запаморочливих (сутінкових) станів.

*Деліріозний синдром* - це затьмарення свідомості, що поєднується з множинними рухомими, сценічними, сюжетними галюцинаціями, переважно зоровими, іноді слуховими (шум, музика, гуркіт, часом слова), смаковими, які стосуються безпосередньо хворого, неприємні для нього, часто мають залякувальний характер. *Емоційний стан та поведінка* хворого значною мірою зумовлені змістом галюцинаторно-ілюзорного сприймання. Після деліріозного стану в пам'яті зберігаються яскраві, але не завжди пов'язані між собою спогади. Яскравість і багатство спогадів обернено пропорційні глибині оглушення і прямо пропорційні яскравості галюцинаторних образів. Внаслідок галюцинаторних переживань хворий може проявити агресію. У клінічній патопсихологічній практиці переважно спостерігають такі види делірію: *алкогольний (біла гарячка), інфекційний, інтоксикаційний, епілептичний, травматичний та судинний*

*Деліріозне затьмарення свідомості* – орієнтування в оточуючому порушенні в напливах яскравих уявлень, уривків спогадів, що безперервно виникають, хибна орієнтація в часі і просторі, іноді виникають ілюзії, галюцинації, маячення. Хворі дуже говіркі. Міміка нагадує глядача, який слідкує за сценою, нерідко збудженні. Вночі цей стан підсилюється. Спостерігається у хворих з органічними ураженнями головного мозку після травм, інфекцій. Тривалість – від кількох годин до 3-5 діб. Усе що відбувається у стані делірію, добре зберігається у його пам'яті. Онейроїдний (сновидний) стан свідомості характеризується дивовижною сумішшю відображення реального світу і фантастичних яскравих уявлень, які рясно виринають у свідомості. Виявляється співіснування реального і фантастичного. *Онейроїд* – характеризується глибоким розладом свідомості, хворі не лише дезорієнтовані, але й у них фантастична реальність, нічого не пам'ятають. Буває при інфекціях, травмах голови, нападах подібній шизофренії.

Окремі автори розглядають *аменцію* як різновид делірію.

*Аментивний синдром* (аменція) проявляється безладністю мислення, розгубленістю, повним дезорієнтуванням у місці, часі і сприйнятті себе.

Галюцинацій небагато, причому переважають слухові. Рухове збудження виражене слабше, ніж при делірії, рухи хаотичні, дії не закінчені. Тривалість аменції - від кількох днів до кількох тижнів, а після повернення свідомості цей стан амнезується. Прогностично несприятливою ознакою для життя є поява своєрідних рухів, що нагадують пошук чогось або «перебирання» пальцями. Наявність аментивного синдрому свідчить про тяжкість загального стану (наприклад, важка форма черевного тифу).

**Сутінкові стани свідомості** – сприйняття оточуючого нечітке, викривлення, уривчасте. Обмеженість та неповнота інформації, зниження об'єму асоціацій, їх викривлення. Порушене мислення, блокується співвідношення теперішнього з минулим досвідом, усе знайоме сприймається як вперше, побачене незнайомим. Поведінка втрачає цілеспрямованість, виконання автоматичних звичних дій. Супроводжується галюцинаціями, ідеями маячення, і під впливом їх хворі можуть здійснювати небезпечні вчинки, мимовільне блукання, механічно переходять вулицю. Виникає при епілепсії, черепно-мозгових травмах, при судинних захворюваннях мозку. Триває від кількох хвилин до кількох днів. Цей приступ закінчується критично, нерідко з наступним глибоким сном. Характерна риса – амнезія.

**Запаморочливі (сутінкові) стани** характеризуються хворобливим звуженням свідомості. При раптовій зміні стану свідомості хворі не орієнтуються в тому, що відбувається довкола, не осмислюють ситуацію, не можуть правильно її оцінити. Реальність вони не сприймають зовсім або сприймають у спотвореному вигляді, іноді в протилежному значенні, через що вчинки хворих здаються зовні невмотивованими і не відповідають ситуації. Хворі в запаморочливому стані небезпечні для себе і людей, які їх оточують, оскільки не можуть керувати своїми діями, що призводить до найнесподіваніших вчинків: вбивства, підпалів тощо. Коли такий стан минає, хворі амнезують весь його період. Тривалість запаморочливих станів свідомості - від кількох хвилин до кількох днів. Запаморочливі стани свідомості, які розвиваються вночі, характеризуються ходінням у сні, або сомнабулізмом. Хворі підводяться з ліжка, починають щось шукати, можуть розмовляти самі із собою, виходять на вулицю, лізуть на дерева, паркани і дахи.

Вони не реагують, коли до них звертаються. Іноді повертаються, лягають в ліжку і засинають або, як і після закінчення судомного нападу, засинають у будь-якому місці. Тривалість ходіння У ві сні різна: найчастіше кілька хвилин, рідше - кілька годин.

Короткотривалий запаморочливий стан із надто вираженим руховим збудженням називають **фугою**. Вона триває від кількох секунд до кількох хвилин. У стані фуги хворі кудись біжать, не звертаючи уваги на транспорт, що рухається, здирають з себе одяг у громадських місцях, трощать усе на своєму шляху. З поверненням свідомості все амнезується. Інколи виникає своєрідна форма присутінкового стану свідомості із зовні впорядкованою поведінкою, так званий транс. Такі хворі поводять себе ніби адекватно: йдуть у магазин чи інше місце, купують квиток на транспорт і їдуть у певний пункт, виконують складні й зовні логічні дії. Проте, коли до них повертається свідомість, з'ясовується, що вони нічого не пам'ятають, що робили все машинально. Тому транс ще називають амбулаторним автоматизмом. При різноманітності психопатологічних проявів порушеної свідомості всі вони об'єднані рядом спільних ознак: переривання безперервної свідомості; порушення сприймання того, що відбувається довкола, спогадів про минуле і запам'ятовування теперішнього; порушення синтезу, емоцій різного типу і ступеня вираження, рухової активності й адекватності, орієнтування, переважно в місці, часі, дещо рідше в самому собі; той чи інший ступінь амнезії на пережитий стан і на те, що відбувалося в цей час у реальності: при оглушенні, аментивному синдромі, хворобливо звуженій свідомості і паморочливих станах - повна втрата пам'яті, при деліріозному синдромі - амнезія або гіпомнезія на реальні події і досить стійкі спогади про хворобливі переживання.

## ***2. Непсихотичні (непродуктивні) розлади свідомості.***

Ці розлади ще називають виключенням свідомості. Вони характеризуються одночасним порушенням раціонального і чуттєвого пізнання через виключення свідомості при ураженні стовбурової системи мозку

***Оглушеність*** – при цьому стані до свідомості доходять тільки сильні (фізичні або психічні) подразники. Сприйняття оточуючого неясне, розмите, спогади різко



обмежені або відсутні. Орієнтування в місці і часі різко порушене або відсутнє, емоції знижені. Рухова активність відсутня або ослаблена. Міміка хворих невиразна. Вони звичайно сидять або лежать в одному положенні. Іноді спостерігаються явища ейфорії.

**Обнубіляція** – легка короткочасна форма оглушення з моментами просвітлення, коли до хворого на деякий час повертається свідомість, а потім знову ніби закривається хмарою.

**Сомноленція** - більш глибокій ступінь оглушення, який може перейти в сопор і кому.

**Сопор** – синдром загального порушення свідомості. Хворі нерухомо лежать, іноді спостерігаються безладні рухи. Із зовнішніх подразників сприймаються тільки дуже сильні, наприклад, біль. Знижена рефлексорна діяльність. Можуть спостерігатися патологічні рефлекси, вегетативні порушення, амнезія.

**Кома** – повна втрата свідомості, відсутність реакцій на зовнішні та внутрішні подразники, зникнення рефлексів. При комі порушуються дихання, серцево судинна діяльність, функція вегетативної нервової системи, повна амнезія

**3. Психотичні (продуктивні) розлади свідомості.** Такі розлади ще називають потьмаренням свідомості. Вони характеризуються Дезінтеграцією психічної діяльності внаслідок кіркових уражень. Деліріозний синдром представлений масивною продуктивною психосимптоматикою. Спостерігаються множинні, рухомі, сюжетні галюцинації, переважно зорові, тактильні. Маячні ідеї відношення, переслідування нестійкі, пов'язані з галюцинаціями та ілюзіями метаморфозії. Емоційний стан і поведінка хворого відповідають змісту галюцинацій. В розвитку Деліріозного синдрому спостерігаються 4 стадії:

**I стадія** - підвищена говорливість, наплив асоціативних, конкретно чуттєвих образів, яскравих уявлень, гіпермнезії, яскраво пригадуються картини минулого, іноді недавнього, іноді далекого. Мова безладна, інкогерентна. Чітко проявляється синдром гіперметаморфозу. Характерна зміна настрою і поведінки хворих. Якщо такі обмани сприйняття приємні, настрої підвищується, але частіше спостерігаються страхітливі галюцинації, які призводять до афекту тривоги, страху.

Під вечір стан хворого погіршується – посилюються розлади сприйняття. Сон поверховий з жахливими сновидіннями. Хворі вскакують, намагаються кудись бігти, дезорієнтовані. Вранці, як правило, засинають, сон стає глибоким, просинаються з відчуттям втомленості, слабкості.

**II стадія** - поглиблення делірію. З'являються більш масивні напливи ілюзій і парейдолій, наростає гіперметаморфоз, гіперестезія органів відчуття. Хворі різко реагують на подразники, тривожні. Часто неправильно відповідають на запитання, спостерігається підвищена відволікаємість уваги. Свідомість порушується, іноді з'являються люцидні "вікна" – немовби "вікна в реальний світ", при цьому з'являється відчуття хворобливої змінності. Тоді хворий краще відповідає на питання, починає пізнавати оточуючих, але потім знову потрапляє в світ ілюзорного сприйняття. Сон хворого стає ще більш поверхневим, спостерігається більше жахливих сновидінь. Хворі засинають тільки вранці - на 2-3 години.

**III стадія** - до вищеперерахованих симптомів приєднуються яскраві зорові сценіоподібні, калейдоскопічні галюцинації, що мають екстрапроекцію і хворий поводить відповідно до їх змісту. Галюцинації можуть мати комплексний характер - зорові + слухові. Вночі наплив галюцинацій посилюється, розвивається повна дезорієнтація, частіше хворі зовсім не сплять. Люцидні "вікна" короткотривалі або відсутні взагалі.

**IV стадія** - спостерігається повне дезорієнтування, мова інкогерентна – хворий промовляє окремі слова без будь-якої послідовності, не відповідає на поставлені питання. Збуджені в межах ліжка супроводжується буркотінням, спробами зривати одяг, знімати з тіла "нитки", пересувати ковдру, подушку. Іноді проявляються гіперкінези. Погляд мутний, розгублений. В подальшому може наступати сопор, кома і смерть. Після деліріозного стану зберігаються досить яскраві, але не завжди зв'язні спогади.

**Онейроїд** –галюцинації фантастичного надприродного змісту, в яких хворий не бере участі, але відчуває особливу відповідальність за все, що відбувається. Галюцинації змішуються з реальною дійсністю і складають єдине ціле (подвійне орієнтування). Реальність зовсім не сприймається хворим. Спостерігається ілюзорно-галюцинаторне сприйняття оточуючого світу, емоційне напруження

(страх, чекання). У поведінці онейроїдний ступор, або нецілеспрямоване, безглузде збудження. Спогади після одужання мають фрагментарний характер. В якості різновиду онейроїдного синдрому окремими авторами виділяється орієнтований онейроїд при якому спостерігається повне (частіше подвійне) орієнтування,— характеризується грубим порушенням сприйняття та орієнтації, галюцинаціями, переважно слуховими, уривчастими маячними ідеями, фрагментарністю відображення навколишнього, мовною безладністю, руховим збудженням, почуттям страху, безпорадності та розгубленості. Ця симптоматика переважно обумовлена порушенням синтезу, внаслідок чого хворий не може осмислити оточення. Після аментивного синдрому настає повна амнезія, рідше фрагментарні спогади. Аменція виникає при соматичних захворюваннях з важким перебігом, ознакою несприятливого перебігу захворювання.

**Онейроїд** - це стан своєрідного сновидного затьмарення свідомості, який характеризується тим, що при мінливій глибині порушення він супроводжується яскравими, образними, фантастичними галюцинаціями. Хворі ніби бачать химерний сон чи кінофільм, у якому вони беруть участь. Їм здається, що вони знаходяться в космічному польоті, в підземному чи підводному царстві, відвідують інші планети, казкові царства. При цьому хворі переважно залишаються спокійними, міміка обличчя або нічого не відображає, або відображає блаженство (рідше здивування). Після виходу з такого стану вони пам'ятають свої переживання. Онейроїд виникає при *істерії, шизофренії, епілепсії та наркотичній інтоксикації*.

**Сутінковий стан** — синдром потьмарення свідомості з глибоким дезорієнтуванням у оточуючому, галюцинаціями, уривчастими маячними ідеями стосунку, впливу, переслідування, афективними реакціями страху і гніву, руховим збудженням, раптово виникають і швидко припиняються, іноді приводячи хворого до немотивованих вчинків, агресивних дій. Закінчується цей стан глибоким сном і амнезією.

Сутінковий розлад свідомості має *п'ять диференційних ознак*:

- 1) короткотривалість - від декількох хвилин до декількох днів;
- 2) початок - виникають раптово, критично;
- 3) емоційне напруження, виразний афект гніву, злоби.

4) цілеспрямованість дій – вчинки послідовні, іноді навіть неможливо запідозрити порушення свідомості.

5) наявність гострого чуттєвого маячення або галюцинацій.

В залежності від переважання окремих складових компонентів сутінкової свідомості виділяють галюцинаторний, маячний та дисфоричний варіанти. Маячний (параноїдний). Характеризується впорядкованою, послідовною поведінкою, але визначається чуттєвим маренням і напруженим афектом. Хворі часто можуть бути соціально небезпечними. Галюцинаторний. В клінічній картині переважають галюцинації. Хворі збуджені, агресивні. Часто такий стан є проявом епілептичного еквіваленту. Дисфоричний (орієнтований). Спостерігаються явища часткового орієнтування. Хворий елементарно орієнтується у місці та власній особистості, але при цьому також можливий напружений афект і агресивно руйнівні дії. В якості різновиду сутінкових станів (сутінки із впорядкованою поведінкою) розрізняють наступні: Амбулаторний автоматизм – знаходячись в сутінковому стані хворі виконують зовнішньо впорядковані дії, переїзять з місця на місце, іноді досить далеко. При цьому вони поведуть себе адекватно ситуації, при необхідності контактують з оточуючими, але залишають враження дещо розгублених, зосереджених людей. Вчинки, що скоюються в стані амбулаторного автоматизму, як правило, амнезуються.

**Сомнамбулізм** – стан зміненої свідомості, властивий амбулаторному автоматизму, який настає під час сну, коли хворий встає вночі з ліжка, виконує в квартирі або на вулиці ряд складних дій, проявляючи при цьому рухову спритність, в ряді випадків недоступну в нормальному стані, а потім засинає знову і вранці не пам'ятає цих подій. Просонковий стан - легка форма розладу свідомості. 2. Усвідомлення людиною власної особистості (самосвідомість) і є істотною ознакою психічної норми.

#### ***Розлади самосвідомості:***

- псевдодеменція – деструктивні зміни в ЦНС, при реактивних станах, характеризується розладами судження, інтелектуально-мнестичними розладами, хворі забувають назви предметів, дезорієнтовані, важко сприймають зовнішні подразники. Утворення нових зв'язків утруднене, сприймання, нестійкі галюцинації

з руховим неспокоєм. Хворі- апатичні, емоції бідні, недиференційовані. Поведінка дитяча (наприклад, на запитання: скільки пальців на ногах, знімає шкарпетки і рахує);

- деперсоналізація характеризується відчуттям відчуження власних думок, афектів, дій, свого «Я», які сприймаються ніби зі сторони. Частим порушенням є порушення "схеми тіла" (деперсоналізація) - порушення основних якостей і способів функціонування власного тіла, його окремих частин і органів. Виникають при: епілепсії, шизофренії, черепно-мозкових травмах.

3. **Увага** забезпечує успішність діяльності, проявляється в сенсорних процесах: зорове, слухове, нюхове, тактильне, дотикове. Тут його об'єктами виступає діяльність у всьому її різноманітті, в мнемонічних, розумових. Об'єктами уваги є спогади, уявлення людини, його думки, переживання. Звідси і функції уваги: відбір значущої інформації, утримання її для вчинення дії, алгоритм дії, регуляція і контроль протікання дії, здійснення автоматизованого дії розумового контролю; передбачення дійсності, результатів дії, поведінки (тут проявляють себе установки, очікування, аперцепція). В увазі виявляється виборчий, спрямований характер психічної і предметно практичної діяльності людини у відповідності з його інтересами, потребами, цілями, завданнями діяльності і поведінки. Фізіологічна основа уваги – активація діяльності мозку і створення домінантних осередків збудження в його корі. Ушинський вважав, що увага – це двері в свідомість людини: є увага – значить двері в свідомість відчинені. Чим більше уваги – тим більше згодом заведена свідомість для сприйняття та аналізу відповідної інформації. В залежності від того, де знаходиться об'єкт уваги – у зовнішньому світі чи в суб'єктивному – розрізняють на зовнішню (сенсорно перцептивну) і внутрішню. Зовнішня – є необхідною умовою пізнання і перетворення людиною навколишнього світу, внутрішня – необхідною умовою самопізнання і самовиховання.

**Порушення уваги.** Увага - це один із проявів орієнтувального рефлексу і вольових процесів, спрямованих всередину психічної діяльності людини. Надмірне відвертання уваги - це порушення, в основі якого лежить посилення привертання уваги до об'єктів без вибору й послаблення концентрації та її стійкості. Відвертання властиве дітям, воно пов'язане з недостатністю активного гальмування. З психічних

захворювань відвертання характерне для маніакального стану, при якому хворі не можуть зосередитися на певному об'єкті, думці, дії, безперервно переключаючись з одного подразника на інший. Надмірна прикутість уваги є наслідком посилення її концентрації і стійкості. Вона характерна для хворих у стані депресії, осіб з іпохондричними явищами і маячними ідеями, хворих на епілепсію. Послаблення привертання, аж до повного зникнення уваги, спостерігають при станах порушеної свідомості (оглушеності, сопорі), а також при апатичноабулічному синдромі різного генезу.

**Неуважність** - це суто клінічне і збірне поняття, під яким розуміють неможливість зосередити увагу на певному об'єкті. В її основі лежить швидке виснаження сили і концентрації нервових процесів. Від неуважності в клінічному розумінні необхідно відрізнити неуважність здорових осіб, зокрема вчених. Механізм її полягає в тому, що людина, зосереджена на певних думках, не помічає того, що відбувається довкола, залишає свої речі в найнесподіваніших місцях, не реагує на привітання знайомих, часто використовує деякі речі не за призначенням тощо. Неуважність дуже часто є симптомом різних соматичних виснажливих захворювань, перевтоми, вимушеного недосипання. Її спостерігають при неврозах, органічних ураженнях головного мозку, початкових стадіях шизофренії. У зв'язку з неуважністю порушується запам'ятовування, тому хворі часто скаржаться на погіршення пам'яті, що не завжди відповідає дійсності.

#### **Розлади уваги:**

1. **Слабкість активної уваги** (спрямованої зосередженості на вибраному об'єкті) - характерний симптом грубих органічних уражень головного мозку, астенічних станів. Досить помітно це при виконанні хворим тесту - віднімання від 100 по 7 чи 13. Вже після перших 2-3 правильних відповідей хворий починає помилятися, а після короткого відпочинку може знову давати правильні відповіді.

2. **Підвищена зосередженість уваги** - спостерігається при депресіях, коли увага хворих зосереджена на невеликій кількості уявлень, як правило, неприємного змісту; при соматичних захворюваннях; при іпохондричних неврозах, епілепсії, що пояснюється малою рухливістю (інертністю) нервових процесів при цих недугах

3. **Відвертання уваги** - це характерний симптом маніакальних станів. При цьому порушується процес зосередження, що лежить в основі активної уваги. Переважає пасивна увага (мимовільна), об'єктом якої бувають другорядні предмети і явища. У дитячій практиці виділяють синдром дефіциту уваги (СДУ). Його **ознаки**:

- неспокійні рухи в кистях і стопах (сидячи на стільці, корчаться, "звиваються");
- неможливість спокійно сидіти на місці, коли це потрібно;
- легке відволікання на сторонні стимули;
- нетерплячість (ледве дочікується своєї черги під час ігор і різних ситуацій у колективі);
- схильність відповідати, не задумуючись, не вислухавши до кінця запитання;
- труднощі при виконанні запропонованих завдань (непов'язані з недостатнім розумінням чи негативною поведінкою);
- труднощі підтримання уваги при виконанні завдань чи під час ігор;
- частий перехід від однієї незавершеної дії до іншої; - неможливість гратись тихо і спокійно;
- балакучість;
- схильність заважати іншим, "докучати" оточуючим (наприклад, втручатись в ігри інших дітей); - зовнішні прояви незосередженості на звернене до людини мовлення; - схильність губити речі, необхідні в школі і вдома (наприклад, олівці, іграшки, книги і т.д.);
- часте здійснення небезпечних дій (недовражування наслідків). При цьому не шукає пригод чи гострих відчуттів (наприклад, перебігає вулицю, не оглядаючись по сторонах).

4. **Розлади відчуття: Анестезія** – втрата відчувати різні види подразнення (тактильна, больова, температурна) Гіпостезія – зниження здатності на усі види подразнення.

**Гіпертезія** – підвищення здатності відчувати усі види подразнень.

**Парастезія** – неприємне почуття оніміння, поколювання, повзання мурашок. Відчуття - це відображення окремих властивостей предметів і явищ

матеріального світу, що безпосередньо впливають на органи відчуттів. Це, філо- і онтогенетично, одна з найбільш ранніх функцій.

**Гіперестезія** – підвищення інтенсивності відчуттів. Звичайні подразники – світло, звуки, запахи, дотики здаються надмірно інтенсивними.

**Гіпостезія** – підвищення порогу чутливості до подразників. Оточуючі предмети втрачають яскравість і чіткість, стають одноманітними, невизначеними. У звуках зникає сила і виразність, у кольорах відтінки.

**Анестезія** – повна втрата відчуттів, що може виникати як в окремих рецепторах, так і в декількох одразу (глухота і сліпота одночасно). **Алгезія** - втрата відчуття болю. Парестезії – відчуття неіснуючого подразника. Наприклад “повзання мурашок по шкірі” при нервовому перенапруженні.

**Сінестезії** – явища підміни рецептора, які полягають у тому, що зовнішній подразник, який адресований одному аналізатору, викликає одночасно відповідь з іншого або одразу декількох (запахи, звуки фарби "зливаються в одне"). Сінестезії можуть виникати у творчих людей, не будучи хворобливою ознакою. Наприклад, відчуття картини, як музики.

**Сенестопатії** – різноманітні неприємні поліморфні відчуття, що динамічно локалізуються у різних ділянках тіла, внутрішніх органах і мають невизначений (на відміну від вісцеральних галюцинацій) характер. Проявляються відчуттям жару, стягування, перевертання і т.д. Зустрічаються сенестопатії при шизофренії, депресивних станах та деяких видах інтоксикацій. Локалізація їх у порожнині рота може дезорієнтувати лікаря стоматолога, підштовхнувши його до неправильного діагнозу.

**Висновок.** Свідомість – функція головного мозку людини, що полягає у відображенні об’єктивних властивостей предметів і явищ навколишнього світу, процесів, що відбуваються у ньому та регулюванні взаємозв’язків людини з природою і соціальною дійсністю. Уважність формується як властивість особистості. Важливо враховувати вікові, професійні, статеві та інші індивідуальні особливості уваги людей. В залежності від організації діяльності людей виділяють групову і індивідуальну увагу. Групова – це зосередження уваги групи на об’єкти в



умовах роботи в колективі. Індивідуальна увага – це зосередження свідомості індивіда на своєму завданні.

### **Перелік питань для самоконтролю**

1. Охарактеризуйте поняття «свідомість».
2. Назвіть розлади свідомості
3. Що таке «самосвідомість»
4. Назвіть ознаки за К. Ясперсом
5. Поясніть розлад «приглушені стани»
6. Поясніть розлад «делірій»
7. Поясніть розлад «онейроїд»
8. Поясніть розлад «сутінковий стан»

### **Рекомендована література:**

Основна: [2,3]

Допоміжна: [1,4]

Інформ. ресурси Інтернет: [1]

Міжнародні видання [2]

## **ТЕМА 7. ПАТОЛОГІЯ СПРИЙНЯТТЯ**

**Мета.** З'ясувати, що всю інформацію із зовнішнього та внутрішнього середовища людина отримує за допомогою процесів сприйняття і відчуття. Довести, що це є початковий етап, перший ступінь пізнавальної діяльності людини, чуттєвого пізнавання оточуючої дійсності.

**Ключові слова:** ейдетизм, сенестопатії, агнозії, розлади сприйняття, деперсоналізацію, метаморфопсії, ілюзії, галюцинації.

### **Вступ**

#### **План лекційного заняття.**

- 1.Клінічна та психологічна феноменологія порушень сприйняття.
- 2.Психологічні механізми порушень сприйняття.
- 3 Психологія особистісного компоненту сприйняття.

### **Висновок**

**Вступ.** За своєю суттю сприймання трактується як складний процес, у ході якого інформація про окремі властивості об'єкта сполучається в сенсорний образ та інтерпретується як інформація породжена об'єктами або подіями оточуючого середовища.

## **1. Клінічна та психологічна феноменологія порушень сприйняття.**

**Сприйняття** — пізнавальний психічний процес, який полягає у відображенні людиною предметів і явищ, у сукупності всіх їх якостей при безпосередній дії на органи чуття, це психічний процес, в основу якого входить відображення людиною предметів та явищ, можливість вирізняти предмети за ознакою.

**Сприняття** - це відображення у психіці людини предметів і явищ навколишнього середовища загалом під час їхньої безпосередньої дії на органи чуття. Відноситься до пізнавальних процесів людської психіки. Вирізняють 2 види сприйняття: мимовільне (людина сприймає цікавий їй предмет або явище не докладаючи зусиль) та довільне (для сприйняття чогось людина докладає певних зусиль):

- **ейдетизм**- слід збудження, яке тільки закінчилося, у якомусь аналізаторі у вигляді яскравого і чіткого образу. Ейдетизм - це різновид образної пам'яті, що проявляється в здатності зберігати і відтворювати яскраві образи предметів через тривалий час після припинення їх дії на органи чуттів. У той час як людина з фотографічною пам'яттю буде дуже точно пригадувати візуальну інформацію, людина з ейдетичною пам'яттю не обмежується лише візуальними спогадами — у теорії, вона може згадати й інші сторони події, що відбулася, включаючи усю сенсорну інформацію: *зорові, слухові, тактильні, смакової, нюхові*, а також інші образи.

Більшість суперечок про феномен такого виду пам'яті сходяться на тому, що ейдетичну пам'ять поєднують із фотографічною, оскільки дискусія зміщується до обговорення ейдетичних образів (у розумінні «зображення»); ейдетична пам'ять за природою своєю є візуальною. Зрештою, більшу частину інформації про світ людина отримує через зорову систему сприйняття інформації. Деякі люди, що мають добру пам'ять, заявляють, що мають ейдетичну пам'ять. Однак є істотні

відмінності в тому, яким чином обробляється інформація. Люди, що мають звичайний тип пам'яті, зазвичай використовують мнемонічні прийоми (таких, як поділ побаченої картини на елементи, прив'язування ідеї до конкретного предмета чи асоціації тощо), щоб зберегти інформацію у пам'яті; у той час як люди із ейдетичною пам'яттю запам'ятають ніби фотографію із дуже конкретними деталями: такими як місце, де людина стояла; те, що людина була одягнена, і т. д. Вони згадують подію із набагато більшою кількістю деталей — проте не у загальних рисах (концептуально, по-суті), як звичайна людина. Для пригадування таких деталей людині-ейдетіку слід лише зробити зусилля: так, він ніби приглядається до фотографії, розглядаючи деталі — а не відтворює асоціативно ці деталі з допомогою мнемонічних прийомів.

**Сенестопатії** - різноманітні неприємні відчуття в різних частинах тіла, які важко піддаються опису хворим, і які сприймаються як мігруючі образи, це різноманітні невизначені дифузні, вкрай неприємні відчуття у вигляді розтягування, стискання, печіння, жару, переливання, перекручування, змертвіння та ін. Вони виникають у різних ділянках тіла та внутрішніх органах без зв'язку з їх об'єктивною патологією. Часто розвиваються в напрямку знизу вгору (по кінцівках і хребті до голови, серця). Поява незвичних відчуттів зумовлює у хворих тривогу та підозру щодо важкого невиліковного захворювання. Сенестопатії спостерігають при неврозах і психозах, особливо характерні вони для шизофренії, вони різні неприємні, тяжкі й ті, які дуже виснажують і змучують, Відчуття стягування, переливання, лоскоту, рухливі й нерухомі тощо. Вони виникають нерідко в різних частинах тіла, іноді без чіткої локалізації й не зазнають опису. На відміну від галюцинацій, вони позбавленні предметності й не супроводжуються якими-небудь соматичними або неврологічними розладами:

**Агнозії**- розлади впізнавання (слухових, зорових, просторових), це результат локальних органічних уражень тім'яно потиличних зон, порушення обробки сенсорної інформації. Виникає внаслідок органічного ураження кори або підкірки головного мозку : *права півкуля* – зорових образів, (невпізнання людей), *ліва* – знайомих слухових образів, мовлення, музики при збереженні впізнання слів. це

порушення людського сприйняття, при якому неможливо впізнати та пояснити значення відчуттів.

**Агнозія** – повна “душевна сліпота”, неможливість впізнати та пояснити значення сенсорних відчуттів. Найпоширенішими є зорова та слухова агнозія. При зоровій агнозії порушується розпізнавання об’єктів, які сприймаються органами зору. Таке порушення може відбуватися або на рівні сприйняття (якщо інформація із сітківки ока належно не опрацьовується, і тоді пацієнт не може розпізнати об’єкти, оскільки не бачить їх як слід), або на рівні асоціативних зон мозку (тоді розпізнавання унеможлиблюється через те, що у пацієнта немає доступу до знань про об’єкт). При цьому гострота зору, пам’ять, інтелект та мова збережені. Розпізнавання може порушуватися на рівні первинних центрів обробки інформації (первинна слухова кора) та на рівні асоціативних зон мозку.

**Соматоagnoзія** (порушення схеми тіла) проявляється у труднощах впізнання частин тіла, їхнього розташування за відношенням одне до одного; у прояві несправжніх соматичних уявлень (зміна розміру голови, руки, язика, подвоєння кінцівок), в ігноруванні лівої половини тіла. При цьому часто виникають помилкові соматичні образи - соматопарагнозія - у вигляді відчуттів "чужий" руки, зменшення частин тіла (руки, голови), подвоєння кінцівок і т.п. -дереалізація- (психосенсорні розлади), при яких істотно змінюється сприймання об’єктів. Навколишній світ сприймається мертвим та чужим.

#### **Інші поширені види агнозії:**

*аутоптоagnoзія* — порушення орієнтування в частинах тіла;

*соматосенсорна агнозія* — порушення розпізнавання предметів на дотик;

*церебральна ахроматопсія* — порушення розпізнавання кольорів; *фонагнозія* — неможливість розпізнавання знайомих голосів; *прозоagnoзія* — неможливість розпізнавання знайомих облич;

**пальцева агнозія** — неможливість розпізнавання пальців на руках; **чиста алексія** — неможливість розпізнавання тексту.

**Дереалізація** - це порушення сприйняття, при якому навколишній світ сприймається як нереальний або віддалений, позбавлений своїх фарб та при якому можуть відбуватися порушення пам'яті. Деколи супроводжується станами «вже

баченого» (*déjà vu*) або «ніколи не баченого» ( *jamais vu*). При дереалізації усе довкола сприймається зміненим, дивним, невиразним, чужим, примарним, тьмяним, застиглим, неживим. Воно сприймається ніби «крізь туман, плівку, малопрозоре скло» і т. д., часто втрачає об'ємність і перспективу — «як на фотографії». В інших випадках, порівнюють оточуюче з декорацією. Видозмінюються акустичні феномени: голоси і звуки віддаляються, стають невиразними, глухими. У деяких випадках зникає або притупляється сенсорне сприйняття. Змінюються фарби навколишніх предметів, їх колір стає тьмяним, сірим і т. п. — «світло померкло, листя зблякло, сонце стало світити менш яскраво». Час може сповільнюватися, зупинятися, зникати — «його більше немає». В інших випадках, переживають відчуття, що час рухається незвично швидко. Багато хто стверджує, що цей стан нагадує тривале дежавю. -мікропсія- сприймання зменшення розмірів предметів; -макропсія- у вигляді збільшення розмірів. -дисмегалопсія- розлад сприймання у вигляді видовження, розширення, скошеності, перекрученості навколо осі оточуючих предметів; -поропсія- у вигляді зміни відстані, що відділяє предмет від людини за незмінних розмірів самого об'єкта.

### ***Порушення сприймання часу:***

-«зупинка часу»- кольори стають тьмяними, об'ємні предмети – плоскими; відчувається втрата зав'язків із зовнішнім світом, оточуючими людьми. - «розтягування часу» - час здається більш довгим, чим до якого людина звикла: плоске здається тривіальним (у ЗД), живим, рухливим, чорно-біле – кольоровим;

-«втрата відчуття часу» - супроводжується зміненим сприйманням світу. Предмети і люди здаються більш контрастними і більш приємними. -«сповільнення часу» - рухи сприймаються уповільненими, обличчя – похмурими (сповільнена зйомка)

-«прискорення часу» - час здається швидкоплинним, зміненим здається оточуюче і власне «Я». З помилками визначають час доби і тривалість людей; - «зворотнє протікання часу» - говорять: «час тече вниз». Груба помилковість відтворення давності уже перерахованих подій. Трапляється при ураженні правої півкулі головного мозку.

## 2. Психологічні механізми порушень сприйняття.

Порушення сенсорного синтезу (психосенсорні розлади).

**Дереалізація** – відчуження світосприйняття з втратою орієнтації у часі та просторі. Такі хворі скаржаться на те, що світ змінився, все навколишнє сприймають чужим, мертвим, тьмяним, застиглим, неральним. З дереалізацією пов'язують відчуття присутності в кімнаті сторонньої людини при наявності критичності до цього, зміни сприйняття плину часу (він то зупиняється, то збігає занадто швидко) та розлади аперцепції - здатності пов'язувати між собою окремі явища. Мають багато спільного з дереалізацією симптоми, що виникають при поєднанні розладів сприйняття і пам'яті: **Deja-vu** - “раніше бачене”; **Jamais vu** - “ніколи не бачене”; **Deja entendu** - “раніше почуте”.

В такому стані незнайомі хворим предмети чи ситуації сприймаються як давно відомі і, навпаки. А. Ріск (1901) були описані редуплікаційні парамнезії, при яких хворий одні й тіж самі події переживав у різних варіаціях по декілька разів. Це були однакові і одночасно у чомусь відмінні події, обставини, люди. Деперсоналізація – стан, при якому порушується усвідомлення свого психічного і фізичного “Я”, власні думки і дії сприймаються відчуженими від особистості. Як правило, деперсоналізація розвивається на фоні тих або інших дереалізаційних розладів. Вона може супроводжуватися розладом самоусвідомлення і зміною самооцінки, навіть до повної втрати відчуття власного “Я” і його єдності. У деяких випадках, в силу відчуженості власних вчинків, думок, почуттів, що сприймається хворими як наслідок якихось сторонніх впливів, мова йде про маячну деперсоналізацію.

**Синдром деперсоналізації** — це психічний розлад, що характеризується тим, що людина втрачає відчуття власного «я», стає нездатною адекватно сприймати себе і навколишній світ. Однією з найбільш яскравих рис, яка об'єднує всіх страждаючих цим розладом — відчуття роздвоєності, коли в людині як ніби є сусідами дві особистості, одна з яких є просто стороннім спостерігачем, нездатним ні на що вплинути, а друга просто знаходиться в стані паніки. Також часто до цього відчуття приєднується дереалізація, коли людина втрачає відчуття реальності цього світу.

*Деперсоналізація* — це не самостійний психічний розлад, в переважній більшості випадків він виникає на тлі травмуючих психіку подій, як реакція на стрес, коли мозок таким чином прагне захистити себе. Якщо це явище тимчасове, і виступає в якості такої захисної реакції, то воно, як правило, не потребує корекції та через короткий час проходить самостійно.

*Метаморфозії* – порушення зорового сприйняття форми, величини і пропорцій предметів. Їх впізнають (на відміну від ілюзій), але сприймають спотворено. Розрізняють:

*макронсії* – предмети стають величезними;

*мікронсії* – неприродно зменшеними;

*дисмегалонсії* – перекручуються у різних напрямках навколо осі;

*порронсії* – втрату відчуття перспективи.

*Порушення “схеми тіла”* – сприйняття свого тіла, як зміненого. Хворому здається, що він став набагато важчим або легшим, зменшився або збільшився. За аналогією з зоровою, слухова агнозія — це неможливість розпізнання аудіальної змістилися окремі його частини. Наприклад, голова відокремилась від тулуба, надзвичайно збільшилась або зменшилась.

*Ілюзія* - хибне сприйняття реально існуючого об'єкту, викривлене сприйняття дійсності. Ілюзії – це помилкове сприйняття переважно зором або слухом реальних предметів або явищ, при цьому відображення реального об'єкта змішується із хворобливою уявою. Найчастіше вони виникають на фоні зміненого афекту або свідомості.

Виділяють 3 типи ілюзій, один з них: *фізичні* (ті що можуть пояснити закони фізики; зазвичай не є розладом сприйняття), *фізіологічні* (виникають при порушенні сприйнятті аналізаторів) та *психічні* (саме психічні ілюзії є проблемою, такі ілюзії виникають при неадекватному сприйнятті дійсності під дією афекту).

**За органами відчуттів** розрізняють: *зорові, слухові, нюхові, тактильні та смакові ілюзії, а також ілюзії загального відчуття* (становища у просторі). Частіше за все виділяють такі типи ілюзій: *фізичні, фізіологічні, афективні, вербальні та парейдолічні*.

*Ілюзії парейдолічні* - спотворене сприйняття, при якому хворий дивлячись, наприклад, на шпалери, килими, ліплення на стелі чи тріщини на стіні сприймає їх як яскраві динамічно мінливі картини, на яких змінюють одне одного фантастичні пейзажі, чудовиська, казкові герої тощо. Такі ілюзії переважно виникають в *ініціальних стадіях гострих психозів*.

В літературі описана також *ілюзія установки*, яка виникає при багатократному порівнянні пар предметів. В результаті їхня вага сприймається то більш легкою, то більш важкою в залежності від того у якій послідовності вони чергуються. Ілюзії слід відрізнити від інтелектуальних висновків (наприклад, гарно оброблене ювеліром скло сприймається як діамант) і функціональних галюцинацій.

*Ілюзія* - викривлене, хибне сприймання дійсності. Проте ілюзію слід відрізнити від *галюцинації*, при якій реального зовнішнього об'єкта, як правило, немає.

#### **Різновид ілюзій сприйняття.**

*Фізичні ілюзії* — пов'язані з діючими у світі об'єктивними законами фізики (наприклад, оптична ілюзія: ложка, частково занурена у склянку з водою, сприймається як надламана), *Фізичні ілюзії* – викликані фізичними властивостями предмету. Наприклад, північне сяйво чи міраж в пустелі. *Оптичні ілюзії* — облуда зору; помилки в зоровому сприйнятті, викликані неточністю або неадекватністю процесів неусвідомлюваної корекції зорового образу.

- *Звукові ілюзії*, наприклад, тон Шепарда.

- *Тактильні ілюзії*, наприклад, ілюзія Арістотеля.

- *Фізіологічні ілюзії* — пов'язані з особливостями периферичних чи центральних ланок аналізаторів (органів почуттів) людини (наприклад, якщо кілька разів підняти одночасно обома руками пару різних за масою предметів, а потім іншу пару предметів однакової маси, то предмет, який опинився в руці, в якій до того був легший, здасться більш важким, ніж предмет, що знаходиться в іншій руці) (див. Установка (психологія)).

- *Афективні ілюзії* — виникають під впливом виражених коливань настрою або у зв'язку з гостро виникаючим афектом страху, тривоги, які виникають у стані напруженого чекання, страху, тривожно-пригніченого настрою. При подібних



обставинах замість стетоскопу в руках лікаря хворий може побачити ніж чи пістолет, а у шумі вітру та дихання настагаючих його переслідувачів.

● **Вербальні ілюзії** — виникають в результаті викривленого сприйняття реальних розмов оточуючих людей. *Ілюзії вербальні* - перекручене, хибне сприйняття змісту реальної розмови оточуючих. При цьому питання одного із сторонніх співрозмовників, а також відповіді іншого сприймаються хворим як зовсім інші. У цих розмовах хворому чуються принизливі та образливі зауваження на його адресу, погрози розправи, що викликають у нього страх та тривогу. Слухові ілюзії, або вербальні, в одних випадках є елементарними: краплі дощу сприймаються як шепіт; окремі різкі звуки – як постріли; у сторонніх розмовах або звуках суб'єкт чує слова у свою адресу. Коли в тому, що чується, безперервно сприймаються цілі фрази, говорять про ілюзорний галюциноз. Вербальні ілюзії, зокрема ілюзорний галюциноз, звичайно мають осудливий або загрозливий зміст; для них характерні афект напруженої тривоги й підозрілість.

● **Органічні ілюзії** (метаморфозії) — викривлене зорове сприйняття форми, величини, кольору, просторового розташування, стану спокою або руху реально існуючого предмета; розрізняють аутометаморфозії (відчуття зміни величини, форми частин власного тіла) і екзометаморфозії (порушення сприйняття навколишніх предметів); даний вид розладів сприйняття може спостерігатися не тільки у психічно хворих, а й у психічно здорових людей з патологією органа зору.

● **Ілюзії усвідомлення** (втіленого усвідомлення) — відчуття, що поряд нібито хтось перебуває; цей вид ілюзій був виділений Карлом Ясперсом ; на думку автора, даний вид ілюзій є ознакою формування галюцинацій і марення .

● **Парейдолічні ілюзії** (функціональні ілюзії) — особливий вид ілюзій, за яких зі складних візерунків (на килимі, замерзлого на морозі склі) виникають і поступово розвиваються складні фантастичні картини.

Одна і у звичайному стані можливі помилкові сприйняття (хмару можна представити як якусь особу, при фізичних ілюзіях скляна паличка “переламується” у воді), це - **зорові ілюзії** можуть бути звичайними за своїми появами: одяг, що висить на вішалці, сприймається як людська фігура; нахилена гілка дерева – як простягнена рука. Вони виникають переважно в напівтемряві або у випадку

недостатнього освітлення, на тлі тривожного настрою. Зорові ілюзії, які іноді бувають фантастичними, вигадливими за змістом, називаються парейдоліями, наприклад: квітка на вікні сприймається як екзотична велика рослина, а навколишні предмети – як фантастичні істоти.

*Парейдолії* найчастіше виникають на тлі виразної тривоги, страху, на початкових стадіях затьмарення свідомості.

### 3. Галюцинації

*Галюцинації* - несправжнє, уявне сприйняття неіснуючих подразників, це психічний розлад, при якому неіснуючі предмети або силуети сприймаються як реальні. Галюцинації – несправжні сприйняття та уявлення, коли реального об'єкта в цей час немає. Галюцинації бувають *локалізованими* (неіснуюче виглядає природним і схожим на реальне) та *не локалізовані* (ті що виникають у тілі). Справжні галюцинації є результатом *органічного захворювання головного мозку*.

*Галюцинацією* називають **образ**, що виникає через помилки сприйняття інформації одним або декількома органами почуттів. У процесі формування галюцинацій безпосередню участь бере головний мозок, що проектує неіснуючу картинку, звук або тактильне відчуття в свідомості людини. Формування галюцинацій безпосередньо пов'язано з діяльністю головного мозку, в якому з'являються образи, які не відповідають реальним подіям.

Також галюцинації бувають: *слухові, нюхові, зорові, тактильні та вісцеральні* (присутність в тілі чогось чужого). Існує декілька класифікацій галюцинацій за різними ознаками:

#### 1). *За ступенем складності.*

*Прості* (елементарні) – до них належать:

*акозми* – елементарні слухові галюцинації (шум, тріск);

*фотопсії* – елементарні зорові галюцинації (спалахи, п'ятна)

*Складні* – галюцинації з певним змістом, наприклад, музика;

*Комбіновані* – в яких один об'єкт сприймається декількома аналізаторами

#### 2) *За аналізаторами.*

**Зорові галюцинації** (бачення) можуть бути елементарними, мати невиразну форму або, навіть, бути позбавленими її – фотопсії (іскри, полум'я, плями, спалахи, дим), і складними. Такі, що є чіткими у всіх, навіть незначних деталях – це конкретні люди, тварини, комахи, предмети, меблі, сцени різного змісту (похорон, стихійні лиха, збори). Зорові галюцинації можуть бути безбарвними, різнобарвними, мати натуральну величину або збільшені або зменшені. Вони можуть бути нерухомі (статичні) або перебувають у русі, з постійним або таким, що швидко змінюється змістом (калейдоскопічні). Зорові галюцинації називають сценоподібними або кінематографічними в тих випадках, коли найбільш непостійні з них мають складний зміст. Бачення майже завжди виникають на тлі затьмареної свідомості; їх супроводжують афекти тривоги, страху, злості. Значно рідше вони викликають захоплення або цікавість. Нерідко інтенсивність галюцинацій різко підсилюється ввечері або вночі, іноді вони виникають тільки в певний час.

**Зорові (оптичні)** – сприйняття неіснуючих зорових образів:

**аделоморфні** – нечіткі розмиті зорові образи;

**мікро- та макроскопічні** – зменшені чи збільшені;

**поліоптичні** – чисельні однакові зорові образи;

**аутоскопичні** галюцинації - хворий бачить поряд з собою власного двійника;

**негативні** аутоскопичні - хворий не бачить себе у дзеркалі ;

**геміаноскопічні** – виникають в одній половині поля зору.

**Слухові (вербальні)** - сприйняття акустичних образів, голосів, яких насправді не існує. Слухові галюцинації. Якщо вони виникають у формі елементарних немовних обманів, то називаються акоазми (такими є шуми, окремі звуки, шипіння, постріли). У випадках, коли чують окремі слова, фрази то має місце вербальна (словесна) галюцинація. Хворі часто називають їх голосами”. Фонемі можуть належати знайомим і незнайомим особам, чоловікам, жінкам і дітям; можуть бути тихими або приголомшливо голосними, такими, що перебувають на одному місці, наближуються або віддаляються. Іноді чути один голос моновокальні галюцинації, діалог – полівокальні галюцинації. Голоси можуть перегукуватися один з одним і звертатися безпосередньо до хворого. Зміст галюцинацій може бути різним: сварки, обвинувачення, образи, погрози, глузування, захист, розрада, занепокоєння,

попередження, накази (імперативні галюцинації); реєстрація вчинків хворих (“Він закрив двері, засвітилося світло, повернувся боком” тощо – голоси, що коментують. Слухові галюцинації виникають, як правило, на тлі затьмарення свідомості. Вони супроводжуються подивом, страхом, а також найрізноманітнішими вчинками: пошуком того, кому належить голос, втечею, захистом, нападом, спрямованими проти інших або самого себе діями, нерідко навіть дуже небезпечними діями. Голоси можуть бути: *коментуючими* – коментують вчинки хворого імперативними – наказовими, що особливо небезпечно;

*контрастуючими* (антагоністичними) – діалог голосів, які ведуть суперечку. Зазвичай частина голосів при цьому засуджує хворого, а частина виправдовує; *нейтральними* – їх зміст не стосується особи хворого.

**Тактильні** - відчуття повзання по шкірі або під шкірою якихось істот. До їх числа належать генітальні галюцинації Маніана - хворі відчують, що їх статевими органами хтось маніпулює, робить непристойні дії тощо. Тактильні галюцинації (доторкання) – неприємні відчуття, які виникають у шкірі або під шкірою (лоскіт, повзання, тиснява) і співвідносяться з певними неживими або Живими предметами (кристали, тверді предмети, дрібні тварини або комахи тощо).

**Нюхові** - сприйняття уявних запахів різної інтенсивності і відтінків. Переважно, вони мають неприємний відразливий характер - трупний запах, гниття, запах сірководню. Нюхові галюцинації – уявні, неприємні або приємні запахи (паленого, гнилі, нечистот, газів, квітів тощо).

**Смакові** - їжа набуває невластивих їй смакових властивостей. Як і при нюхових галюцинаціях, йдеться про відразливі відчуття, які викликають відмову від вживання їжі. Смакові галюцинації – неприємні або приємні смакові відчуття, які виникають у роті без приймання їжі. Нюхові та смакові галюцинації є ознакою несприятливого прогнозу при шизофренії.

**Вісцеральні** - хворий стверджує, що всередині його тіла, частіше за все в животі, знаходяться живі істоти - жаби, змії. Вони можуть “пересуватись, повзати” і т.д., викликаючи вкрай неприємні відчуття, подібні зазначеним вище як тактильні галюцинації, але з проекцією у внутрішні органи (“цвях у голові”, “у животі жаби плавають” тощо).

**Гіпнагогічні** галюцинації – бачення або слухові обмани, які виникають у випадку закритих очей перед засипанням або в дрімотному стані, або під час пробудження.

**Галюцинації загального відчуття** – упевненість, що неприємні відчуття, які є на поверхні тіла або у внутрішніх органах, пов'язані з дією того або іншого неживого об'єкта або живої істоти. Нерідко відбувається одночасна поява різних видів галюцинаторних подразнень.

**Комплексні галюцинації** – одночасна поява різних видів галюцинацій, наприклад, зорових, слухових, загального відчуття.

### **3) Причини розвитку.**

Істинні галюцинації сприймаються як реальність і мають зовнішню проекцію, виразність та конкретність. Справжні галюцинації частіше виникають при екзогенних психічних захворюваннях.

1) Найпоширенішою причиною галюцинацій є вживання наркотичних речовин або спиртного.

- Алкогольне отруєння – сильне алкогольне отруєння призводить до розвитку білої гарячки і появи галюцинацій. У цей період, людина перебуває в гострому психотическом стані і практично не здатна контролювати свої дії. Вона несе великий ризик для оточуючих і власного здоров'я;

- Вживання наркотиків – найпоширеніша причина галюцинацій серед людей різного віку і соціальних груп. Як правило, до появи галюцинацій проводить не сам факт вживання речовин, а їх систематичний вплив на головний мозок, що провокує порушення сприйняття в період ломки (через абстинентний синдром);

- Генетична схильність – є досить поширеною причиною появи галюцинацій, обумовлених спадковими факторами. Особливо, дана проблема проявляється у людей, що мали в роду шизофреніків.

**Функціональні галюцинації** – це галюцинації, які за механізмом виникнення займають проміжне положення між власне галюцинаціями й ілюзіями. Вони є тільки за наявності реального зовнішнього подразника й тривають не змішуючись з ним доти, поки діє цей подразник. Хворий чує стукіт коліс поїзда й одночасно виникають слова в такт цьому, наприклад, “убивцю, убивцю, убивцю”. Усі

особливості, що їм властиві, і тут можуть проявлятися. Зокрема, зорові галюцинації можуть бути й елементарними, і складними, безбарвними й звичайного забарвлення, а також неприродно кольоровими; голоси “у думках” – тихими й голосними, поодинокими й множинними

**Псевдогалюцинації** – мимовільні, як звичайно, з відчуттям скоєності або відчуженості, насильності тощо сприйняття, які не мають реального об’єкта. їм властива інтропроекція образів, тобто вони локалізуються здебільшого не в об’єктивному, а в суб’єктивному внутрішньому просторі – “всередині голови, тіла”, бачиться й чується “подумки”, “розумом”, “внутрішнім оком”. На відміну від дійсних галюцинацій, псевдогалюцинації не ототожнюються з реальними предметами, тобто не мають характеру “життєвості”, об’єктивної реальності. Разом з тим критичне відношення до псевдогалюцинацій відсутнє, так само, як і сумніву в їх дійсному існуванні.

**Псевдогалюцинації** можуть бути: *слуховими, зоровими, дотичними, нюховими, смаковими, загального відчуття*. Псевдогалюцинації переважно супроводжують ендогенні психічні захворювання, характеризуються відсутністю екстрапроекції галюцинаторного образу (наприклад, голос, що чується в голові "внутрішнім вухом", образ, що бачиться "внутрішнім оком") і наділені не стільки тілесністю, скільки образністю, тобто мають суб’єктивний характер.

**Диференційна діагностика** істинних та псевдогалюцинацій надзвичайно важлива в психіатричній практиці і проводиться за декількома основними ознаками:

1. Критерій проекції. Справжні мають зовнішню, а псевдогалюцинації внутрішню проекцію в межах чуттєвого горизонту.

2. Критерій об’єктивної реальності і чуттєвої яскравості. Справжні галюцинації мають для хворого всі ознаки реального сприйняття і трактуються, як існуючі насправді.

3. Критерій зробленості. Справжні, на відміну від псевдогалюцинацій не переживаються як навіяні, "зроблені" кимось.

4. Критерій актуальності поведінки. При псевдогалюцинаціях поведінка хворих не завжди відповідає їх змістові, є певні елементи розуміння хворобливості свого стану.

5. Критерій соціальної впевненості. При справжніх галюцинаціях хворі впевнені, що люди, які знаходяться поряд, відчувають ті самі переживання.

6. Критерій спрямованості на фізичне і психічне "Я". Справжні галюцинації спрямовані переважно на фізичне "Я", а псевдогалюцинації - на психічне "Я" особи.

7. Критерій залежності від часу доби. Істинні галюцинації, як правило, посилюються надвечір, а псевдогалюцинації не мають добових коливань.

#### **4) За етіопатогенезом.**

**Афектогенні** - виникають одразу після психотравми і відображають її зміст.

**Домінантні** - виникають через поступове посилення психотравмуючої ситуації, коли певні думки на фоні потужного афекту стають домінуючими. Наприклад, при афективному психозі хворий може чути голоси, які під час депресивної фази засуджують його, а під час маніакальної - всіляко звеличують.

**Рефлекторні** - виникають разом з реальним подразником, але сприймаються в іншому аналізаторі і зникають після припинення дії подразника. Наприклад, хворий під музику бачить сяйво.

**Функціональні** - реальний і галюциаторний образи локалізуються в одному аналізаторі (під перестук колес хворий чує голос). Викликані - симптом Ліпмана - у хворого надавлуванням на очні яблука можна викликати зорові галюцинації.

**Навіяні** - симптом Рейхарта - хворий бачить на чистому аркуші паперу малюнки, читає текст. Особливі види галюцинацій.

**Гіпногічні** - галюцинації, що виникають при засинанні. Гіпнопомпичні - галюцинації, що спостерігаються при пробудженні.

**Галюцинації типу Шарля Боне** - виникають в органах відчуттів, на які впливає патологічний процес. Сліпий бачить; глухий чує.

**Екстракампінні** - галюциаторний образ виникає за межами поля зору. Наприклад, хворий твердить, що за його спиною стоїть демон.

**Галюциноз** - психопатологічний стан, що характеризується постійною наявністю тих, чи інших галюцинацій, частіше - слухових, при збереженні критичного ставлення до них. Галюцинози спостерігаються при алкоголізмі, шизофренії, епілепсії, органічних ураженнях головного мозку. **Педукулярний** галюциноз – описаний Lhermitte J., виникає при ураженні середнього мозку в

ділянці мозкових ніжок і 4-го шлуночку. При цьому, як правило, надвечір виникають рухливі мікроптичні галюцинації.

*Галюциноз Plaut* (1913) - один з проявів сифілісу головного мозку, характеризується слуховими галюцинаціями, які супроводжуються критичним ставленням до них з боку хворого. Галюциноз – стан безперервного галюцинування з переважно єдиним видом галюцинацій (значно рідше – в поєднанні декількох видів), у той час як інші психопатичні розлади (насамперед марення) відступають на другий план або зовсім відсутні. Він виникає за ясної свідомості та у разі достатнього збереження орієнтування всіх видів. Найчастіше трапляються *слухові* (вербальні) галюцинації, є також *зорові й тактильні* галюцинози.

**Висновок.** Перше кількісне співвідношення, відкрите в психології закон Вебера Фехнера пов'язує між собою виразність сприйняття із інтенсивністю зовнішнього подразника. Це якісно нова форма чуттєвого відображення дійсності, яка виконує дві взаємозв'язані функції: пізнавальну та регулятивну. Пізнавальна функція розкриває властивості та структуру об'єктів, а регулятивна— спрямовує практичну діяльність суб'єкта згідно з цими властивостями об'єктів. Сприймання має активний характер, воно відображає в єдності із всебічними характеристиками об'єкта також і все багатогранне життя суб'єкта: його світоглядні установки, минулий досвід, інтереси, прагнення, надії. Знання про оточуючу дійсність людина одержує не тільки через відчуття, а і через сприймання. Увідчуттях відображаються лише окремі властивості предметів, наприклад їхній запах, колір, твердість тощо, тоді як у сприйманні всі ці властивості відображаються у їхній сукупності і взаємозв'язку.

### **Перелік питань для самоконтролю**

1. Клінічна та психологічна феноменологія порушень сприйняття.
2. Психологічні механізми порушень сприйняття.
3. Психологія особистісного компоненту сприйняття.
4. Охарактеризуйте поняття «сприйняття».
5. Опишіть розлад сприйняття: ілюзії, галюцинації, ейдетизм, сенестопатії, гнозії, соматогнозії, дереалізація, деперсоналізація, порушення сприймання часу.

### **Рекомендована література:**



Основна: [2,3]

Допоміжна: [1,2]

Інформ. ресурси Інтернет: [3]

Міжнародні видання [2]

## ТЕМА 8. ПОРУШЕННЯ ПАМ'ЯТІ ТА ІНТЕЛЕКТУ

**Мета.** Викласти теоретичні основи порушень пам'яті та інтелекту. З'ясувати психологічні механізми, співвідношення порушення пам'яті та інтелекту. Довести, що низький запас знань, як правило, є ознакою недоумства, високий же ще не є ознакою інтелекту.

**Ключові слова:** амнезії, парамнезії, інтелект, деменція, дебільність.

### Вступ

#### План лекційного заняття.

1. Психологічні механізми порушення пам'яті.
2. Співвідношення порушень пам'яті.
3. Безпосередня та опосередкована пам'ять та порушення співвідношень при різних хворобах.
4. Методи дослідження особистісного компоненту пам'яті.
5. Проблема інтелекту.

### Висновок

**Вступ.** Роботами психологів показано, що пам'ять є складною організованою діяльністю, що залежить від багатьох факторів, рівня пізнавальних процесів, мотивації, динамічних компонентів (Л. С. Виготський, А. Н. Леонтьєв, П. И. Зінченко й ін.). Тому випливало очікувати, що психічна хвороба, змінюючи ці компоненти, по-різному руйнує і мнестичні процеси. У той час як введення *операції опосередкування* поліпшує запам'ятовування здорових людей, то в ряду хворих фактор опосередкування стає перешкодою. Цей факт був ще в 1934 р. Вперше описаний Г. В. Биренбаум. Досліджуючи хворих різних нозологічних груп за допомогою методу піктограми, вона показала, що хворі втрачають можливість запам'ятовування. Низький запас знань, як правило, є ознакою недоумства,

високий же ще не є ознакою інтелекту. Сам по собі запас знань не може свідчити в повній мірі про наявність або відсутність у того або іншого хворого ознак недоумства. Саме в такому аспекті слід розглядати наявність однобічних здібностей (музичний таланти, розвинена пам'ять) у осіб з низьким інтелектом.

## **1. Психологічні механізми порушення пам'яті**

*Амнезії* – порушення у вигляді запам'ятовувати, зберігати і відтворювати інформацію.

### **Види амнезії:**

*ретроградна* - втрата пам'яті та інформацію до порушення свідомості,

*антероградна* - труднощі відтворення стосується часу після епізоду порушеної свідомості,

*антероретроградна* - неможливість відтворити інформацію, набуту до та після епізоду порушення свідомості.

## **2. Часткові порушення пам'яті:**

*гіпомнезія*- зниження пам'яті,

*гіпермнезія*- підвищення пам'яті, (на базі емоційних порушень, формуючи відповідно депресивний та маніакальний спектр симптомів.)

## **3. Парамнезії:**

*конфабуляції* - обмани пам'яті, нездатність запам'ятати події, відтворення видуманих подій;

*псевдоремінісценції* - порушення хронології (пам'яті, коли події минулого переносяться у теперішнє);

*криптомнезії* - присвоєння чужих думок, дій.

**Закон Рібо** (порушень пам'яті): порушення відбувається у хронологічному порядку: спочатку втрачається пам'ять на більш складні і недавні враження, потім на старі події. Відновлення пам'яті відбувається у зворотньому порядку. За Р. Коннеров – порушення пам'яті поділяють на:

**не викликані явними фізіологічними причинами дисоціативні:**  
*дисоціативна амнезія* – нездатність пригадати важливі події чи інформацію,

пов'язані з особистим життям, зазвичай неприємного характеру, страждають ретроградною амнезією, антероградної амнезії – ніколи не має);

*дисоціативна fuga* – людина забуває минуле, може відправитися у нове місце і уявити себе новою особистістю, (після сильного стресу). Фуґи впливають лише на спогади на минуле. Згодом пам'ять відновлюється і не буває рецедива;

*органічний дисоціативний розлад* – людини присутні 2 чи більше особистістей, які не завжди можуть пригадати думки, почуття і вчинки кожного.

**4. Фізіологічні причини їх виникнення** – органічні і черепно-мозгові травми, органічні захворювання, неправильне застосування лікарських препаратів. Порушення пам'яті спричинені фізіологічними причинами – **амнестичні розлади**. Люди страждають ретроградною амнезією, але завжди відзначається і антероградної (при ушкодженні скроневих часток головного мозку, або проміжного мозку – це ділянки, які несуть основну відповідальність за перетворення короткочасної пам'яті у довготривалу. Нові знайомства забуваються майже миттєво, а за проблемами, вирішенні сьогодні, доводиться братися завтра.

*Корсаковський амнестичний синдром*: - антероградна амнезія (забувають тільки що почерпнуту інформацію, хоча інтелектуальні здібності залишаються незмінними.

**Характерні симптоми**: затьмоучення свідомості, дезорієнтація, схильність до конфабуляцій. Спричиняється хронічним алкоголізмом у поєднанні з поганим харчуванням і як наслідок недостаток вітаміну В1(тіаміну).

**5. Інтелект** – сума знань людини на даний момент і здатність в подальшому накопичувати їх та успішно використовувати. Інтелект включає в себе сукупність таких пізнавальних процесів, як пам'ять, розумова працездатність, характер мислення, його адекватність ситуації, реальність, точність суджень і умовисновків.

**Розрізняють три складових структури інтелекту:**

- *передумови інтелекту* - увага, пам'ять, розумова працездатність, особливості мовного апарату.

- *інтелектуальний інвентар* – знання, отримані в процесі виховання, навчання самоосвіти, а також власний досвід – ерудиція;

- *власне інтелект* – можливість відтворювати ту або іншу якість суджень, умовисновків.

Розрізняють *природжене недоумство* (олігофренію) та набуте (деменцію). Набуте недоумство (деменція) – є наслідком захворювань мозку або психічних хвороб і проявляється стійким зниженням пізнавальної діяльності. Буває тотальним (дифузним, глобарним), лакунарним, концентричним і транзиторним.

**Тотальне** недоумство характеризується суцільним зниженням всіх форм пізнавальної діяльності і проявляється слабкістю інтелекту, пам'яті, уваги, зниженням почуттів (насамперед вищих) і волі. Цей тип недоумства спостерігається при старечому недоумстві, прогресивному паралічі та інших захворюваннях. Його наслідком є зниження рівня суджень, порушення критики, поведінки та руйнування ядра особистості.

**Лакунарне** недоумство характеризується зниженням пізнавальної діяльності з переважанням розладів пам'яті та уваги, внаслідок чого виникає зниження суджень. Ядро особистості, критика та поведінка довго залишаються непорушними. Цей тип недоумства спостерігається найчастіше при вогнищевих захворюваннях головного мозку.

За типом перебігу недоумство розділяється на:

- прогредієнтне;
- стаціонарне (травматичне, енцефалітичне);
- регредієнтне (при судинних захворюваннях).

За динамікою недоумство має *три фази* (Блейлер):

- а) переважання функціональних розладів над органічними, клінічно спостерігаються широкі коливання інтелектуальної діяльності;
- б) кристалізація недоумства – яскраво виступає органічна симптоматика;
- в) термінальна – недоумство сягає крайнього ступеню і носить характер маразму.

### ***Клініко-нозологічна класифікація розладів інтелекту.***

І. *Деменція при судинних захворюваннях мозку* зустрічається найбільш часто. В залежності від стадії розрізняють: просте атеросклеротичне, гостре постапоплектичне (виникає внаслідок інсульту), псевдопаралітичне,

псевдоальцгеймерівське та галюцинаторно-параноїдне недоумство, а також недоумство з Корсаковским синдромом.

II. *Стареча недоумкуватість*. Починається зі змін особистості, загострення її преморбідних особливостей, рис характеру – егоїзму, егоцентризму, підозрливості, втрачається тепле ставлення до членів родини, загострюється вперстість. Починається регрес ядра особистості, передовсім інтелекту. Виникає тотальне недоумство.

III. *Деменція при шизофренії* (транзиторне недоумство) характеризується слабкістю пізнавальної діяльності, яка розвивається повільно внаслідок наростання деструктивного процесу у мотиваційно-вольовій сфері. Недоумство розвивається на фоні зниження енергетичного потенціалу психічної діяльності. Незважаючи на відсутність розладів пам'яті та достатній рівень формальних знань, хворий повністю соціально дезадаптований, неспроможний до практичної діяльності.

IV. *Епілептична деменція* - концентричне недоумство, тип недоумства, що характеризується поступовим звуженням інтересів хворого на своїй особистості, функціях свого організму. Мислення стає загальмованим, в'язким, деталізованим, конкретним. Думки фіксуються на дрібницях, страждає здатність до відокремлення головного від другорядного. Погіршується пам'ять, випадають окремі слова, внаслідок чого мова стає обмеженою і одноманітною. Втрачаються громадські та професійні інтереси. Всі інтереси поступово звужуються і зосереджуються на своєму соматичному існуванні. Це звуження розвивається поступово, концентрично.

V. *Пресенільні деменції*.

а) *хвороба Альцгеймера* – первинно-атрофічний процес, що має лакунарний характер;

б) *хвороба Піка* – розлад інтелекту відразу приймає тотальний характер з порушенням ядра особистості.

VI. *Травматичне недоумство* характеризується зниженням якості суджень і умовисновків, астеною, афективною нестійкістю, але впорядкованою поведінкою та достатніми адаптативними можливостями.

VII. *Розлади інтелекту при психогеніях* мають складний генез, що залежить від особливостей особистості та психотравмуючої ситуації.

**Розлади інтелекту.** *Недорозвиток інтелекту* (загальний) – порушений розвиток усіх ланок структури інтелекту, і насамперед, інтелекту та його передумов, від чого інвентар інтелекту не може бути достатньо повноцінним і не може бути використаним. Приклад олігофренія. У перекладі з грецького – «мало розуму». Це стан психічного недорозвинення.

**Причини:** несприятлива спадковість чи пренатальні ураження плода внаслідок гострих чи хронічних інфекцій, інтоксикацій, травм материнського організму, краснуха вагітних, наявності у плода і відсутності у матері резус-фактора.

Для *олегофренії* характерні – низький інтелект, погана пам'ять, порушення уваги, емоційні і вольові порушення, іноді на фоні цих порушень, виявляють окремі гарні здібності. Наприклад, робить складні арифметичні обчислення, запам'ятовує довгі вірші. За ступенем психічного недорозвинення виділяють 3 клінічні варіанти олігофренії: *ідіотія* – найглибший ступінь психічного недорозвитку. Мова не розвивається, лише нерозбірливі звуки, відсутня спрямована увага, реакція тільки на сильний звуки, біль, не розрізняють істинне від неістинного, неохайні.

**Два різновиди ідіотії:** розгальмованність моторних функцій – постійно знаходяться у русі, хапають речі, тягнуть усе «дороту», зустрічаючи протидію, виявляють невдоволення, верещать, плюються, кусаються. Хворі малорухливі, більше лежать, довго сплять. При менш глибокій ідіотії хворі впізнають родичів, виявляють ознаки прихильності, вимовляють окремі слова.

При *легких ступенях ідіотії* є можливість умовно рефлексорної діяльності; *імбецильність* – середній ступень психічного недорозвитку. Хворі мають невеликий запас слів, мова бідна, але послідовна. Удається навчити їх письму, читанню, лічбі, трудові елементарні навички. Вони не здатні працювати самостійно, але під наглядом та допомогою можуть виконувати нескладну роботу. Емоції одноманітні, примітивні, неадекватні;

*дебільність* – легкий ступінь олігофренії. Основою є нездатність до понятійного мислення, відставання у фізичному розвитку (до 4-6 років навчаються ходити, говорити), згодом це згладшується, але навчаються погано, все залежить від особливостей характеру. Спокійні діти під наглядом батьків задовільно навчаються у молодшій школі, але потім тільки у допоміжній школі.

### **Ступені виразливості при дебільності:**

1) *Виражена дебільність* - навчання з великими труднощами у допоміжній школі, трудові навички засвоюються краще. Навчені певного ремесла, хворі можуть бути працевлаштованими. Вони легко піддаються чужим впливам, тому часто стають співучасниками кримінальних злочинів. У них добра механічна пам'ять, але відсутнє абстрактне мислення, наявність відсутності ініціативи, самостійності, інертність;

2) *Помірно виражена дебільність* – при добрій механічній пам'яті можуть закінчити 7-8 класів, навчаються у професійно-технічному училищі, засвоюють яку небудь професію, добре пристосовуються до колективу, можуть мати сім'ю. У них невеликий об'єм знань, не розуміють складні питання, мислять схемами-шаблонами, зміна мислення для них не можлива, переважає конкретний тип мислення. Емоційно-вольова сфера розвинута більше, а характерологічні особливості значно різноманітніші. Характерна слабкість самовладання, нездатність подолати свої потяги, недостатність обдумування своїх дій, імпульсивність поведінки.

3) *Легка ступінь дебільності* – виявляється спеціальними психологічними дослідженнями, ґрунтується на оцінці дій хворих у ситуаціях, які мають застосування прогностичних функцій інтелекту, високого ступеню абстрагування. Можуть мати середню освіту, кваліфіковану професію, але в них переважає конкретний тип мислення, його шаблонність, відсутність оригінальності в оцінках зовнішніх подій, несамотійність.

4) *Часткова недорозвиненість інтелекту* – недорозвинуті окремі ланки структури Інтелекту (пам'ять, увага).

Порушені здібності до конструктивного мислення (*дискалькулія*);

*мовні порушення інтелекту* – недорозвиток мовленнєвої функціональної системи (страждає вербалізація розуміння, тобто *вербальний інтелект*). **Органічний психосиндром (психоорганічний)** – трапляється при органічних захворюваннях головного мозку різного походження.

Його **симптоми**: зниження уваги, інтелекту (неспроможність до творчої діяльності), лабільність емоцій, часто відволікаються, темп мислення дуже уповільнений, страждає критичність розуму, поняття дистанції, етичність поведінки, її мотивації. Тимчасова втрата інтелекту – синдром скороминучої недоумкуватості (набряк мозку).

**Висновок.** Дії та діяльність часто імпульсивні - мають місце розлади потягів. Затримка психічного розвитку (у дітей) – мало знань, умінь, малий світогляд (Мауглі). *Основні ознаки*: збереження інтелекту, розвиток психічних функцій на рік менше, тимчасовий стан. Функціонально-динамічне страждання інтелекту – наявні усі структурні компоненти інтелекту, але не працюють. **Природжене недоумство (олігофренія)** – характеризується затримкою розвитку інтелекту внаслідок причин, які діяли внутрішньоутробно або в ранньому дитинстві (до трьох років). В залежності від ступеню порушення інтелекту поділяється на дебільність, імбецильність та ідіотію.

*Перелік питань для самоконтролю.*

1. Безпосередня та опосередкована пам'ять.
2. Порушення співвідношень при різних хворобах.
3. Проблема забування намірів.
4. Порушення інтелекту
5. Безпосередня та опосередкована пам'ять
6. Порушення співвідношень при різних хворобах
7. Проблема забування намірів
8. Порушення інтелекту

**Рекомендована література:**

Основна: [2,3]

Допоміжна: [4,5]

Інформ. ресурси Інтернет: [4]

Міжнародні видання [1]



## ТЕМА 9. РОЗЛАДИ МИСЛЕННЯ

**Мета.** Викласти теоретичні основи психологічних механізмів порушення мислення. З'ясувати психологічні та психоаналітичні теорії механізмів мислення. Довести, що за психічним захворюванням свідомо корекція прискореного мислення неможлива. При цьому асоціації виникають легко, частіше за зовнішньою подібністю, співзвучністю, вони різні і численні. Мова, попри багатослів'я, відстає від стрімкого потоку різних ідей.

**Ключові слова:** амбівалентність, нав'язливі ідеї, надцінні ідеї, дисморфоманію, дисморфофобія.

### Вступ

#### План лекційного заняття

1. Психологічні механізми порушення мислення.
2. Клінічна феноменологія розладів мислення.
3. Психологічні теорії механізмів мислення.
4. Психоаналітичні теорії механізмів мислення.

### Висновок

**Вступ.** Основні категорії мислення: поняття – думка, що виражена одним, рідше двома словами, в якій узагальнюються найбільш суттєві властивості предмету або явища. Поняття бувають конкретні (автомобіль, дерево, стілець) і абстрактні, узагальнені (честь, кохання); судження – виражена словами думка, в якій що-небудь стверджується або заперечується. Формується на основі оперування поняттями; умовисновок – заключення, що випливає з двох або більше суджень. Б.Е. Зейгарник поділяє ці порушення на 4 групи: Порушення операційної сторони мислення – це зниження рівня узагальнення та викривлення процесу узагальнення. Оперування загальними ознаками замінюється встановленням суто конкретних зв'язків між предметами, тобто втрачається здатність до абстрагування. При викривленні процесу узагальнення відбувається відрив суджень людини від конкретних, одиничних зв'язків і проявляється резоньорством.

## **1. Психологічні механізми порушення мислення**

*Лабільність мислення* – нестійкість способу виконання мислення, легкий перехід від одного до іншого; Інертність мислення – тугість мислення, ригідність, труднощі переключення. Порушення процесу саморегуляції пізнавальної діяльності – виражається у неможливості цілеспрямованої організації мислення. Мислення може порушуватись по різному.

За В.М. Кузнецовим та В.М. Чернявським, розлади мислення бувають формальними і продуктивними. Формальні можна диференціювати за темпом, логічною стрункністю та цілеспрямованістю.

### **До розладів мислення за темпом відносять:**

*Прискорення мислення* – збільшення кількості асоціацій за одиницю часу. Люди з підвищеним темпом мислення і відповідно – мови в певній ситуації (наприклад, лектори) можуть його контролювати. А за психічним захворюванням свідома корекція прискореного мислення неможлива. При цьому асоціації виникають легко, частіше за зовнішньою подібністю, співзвучністю, вони різні і численні. Мова, попри багатослів'я, відстає від стрімкого потоку різних ідей. Хворі, не закінчуючи однієї думки, переходять до другої, часто не помічаючи неповноти «мовного» виразу думки. Найвищий ступень прискорення темпу мислення у поєднанні з відверненням уваги проявляється у стрибанні ідей, коли вловити логіку думок хворого стає неможливим. Прискорення процесу мислення спостерігається при психічних порушеннях, що перебігають з підвищеним настроєм і сильним руховим збудженням. «Стрибки ідей» - максимальне збільшення кількості асоціацій за одиницю часу. *Уповільнення темпу мислення* – зменшення кількості асоціацій за одиницю часу. Можна помітити розмовляючи з хворим: він дає відповіді після довгих пауз зі зниженням гучності голосу до шепотіння. Можна відзначити також бідність асоціацій, загальну загальмованість, сповільнення рухів, пригнічення афективних реакцій.

*Ментизм* – «наплив думок», «вихор ідей», збільшення кількості асоціацій за одиницю часу, що не супроводжується зміною мовлення хворого, виникає приступом і мимовільно.

«*Шпреррунг*» - «закупорка думок», «обрив думок», раптова зупинка, перерив асоціативного процесу.

**До розладів мислення за будовою відносять:**

**Розірваність** мислення – порушення логічного зв'язку у реченні при збереженні граматичного зв'язку. Хворий проказує фразу граматично вірно, але змістовий зв'язок між окремими частинами фрази відсутній. Наприклад, «машина поїхала, тому що кіно загорілося з труби». **Зісковзування** – втрата логічного ходу мислення, коли при розповіді про одні події, хворий переключається на інші, не помічаючи, що першу думку він не довів до логічного кінця; «безладність» - порушується логічний і граматичний зв'язок у реченнях. Це проявляється невпорядкованим поєднанням окремих слів «земля...чоботи, пішов дощ», безладність мислення частіше поєднується з розладами свідомості;

**Вербігерація** – стереотипне повторювання окремих слів чи складів.

## 2. Клінічна феноменологія розладів мислення

**Амбівалентність** – формування суджень, із різних принципів співіснування думок і асоціацій, які взаємо виключаються; Резоньорство – міркування заради міркування, безпредметність мислення, відсутність конкретних думок, наприклад, на запитання про здоров'я хворий відповідає: «залежно від того, що означає це слово. Якщо від слова «здоров'я, то я не вельми здоровий, маю лише 60кг. Маса, але це залежить від ваг і того, де вони стоять». **Розважність** – проявляється у викладенні хворим непотрібних деталей своєї сповіді, зайвих дрібниць. Розважність мислення часто називають інертністю, спостерігається при епілепсії. Розлади мислення за продуктивністю – характеризуються зміною мислення виникнення у ньому тієї чи іншої «продукції».

Серед **продуктивних розладів** виділяють *нав'язливі ідеї, надцінні ідеї та маячня.*

**Нав'язливі ідеї** – думки, уявлення, спогади, що виникають попри волі людини і утримуються всупереч її бажанню. Хворий ставиться до них критично і бориться з ними.

**Стани:** невідчепне мудрування, рахування.

**Надцінні (домінуючі)** – ідеї, що виникають при реальній ситуації, але далі стають домінуючими у свідомості людини, супроводжуються емоційним напруженням, немає до них критики, це помилкові міркування. Інтенсивність емоційного тону процесу мислення є основною причиною переоцінки значення цих ідей.

**Маячні ідеї** – помилкові, неправдиві ствердження, що не відповідають реальній дійсності, виникають на хворобливій основі і не піддаються корекції. Виявляють маячення значення, відношення, перслідування, збитків, самоприниження, ревнощів, величі. Властивості маячення завжди є ознакою хвороби, виникає при ясній свідомості, не коригується, спроби коригувати тільки посилюють маячення, у ньому присутня паралогічність (крива логіка). Ідеї маячення міцно пов'язані з особистістю, виникають за достатнього інтелекту. Наприклад: всі метали – провідники електроструму, а мідь - метал, отже мідь є провідником електроструму. *Мнестичні операції* включають в себе аналіз, синтез, порівняння і узагальнення, абстракцію і конкретизацію з наступним переходом до утворення понять.

**Розлади мислення класифікуються за темпом перебігу асоціацій, їх характером, формою та адекватністю.**

**Мантизм (ментизм)** – некеровано виникаючий вплив яскраво забарвлених думок і спогадів, “вихор ідей” в якому хворий неспроможний розібратися.

**Брадифренія** – сповільнення мислення, що характеризується загальмованістю і одноманітністю думок, обмеженістю асоціацій, повільною уривчастою мовою. Спостерігається при депресіях.

**Шперунг** – sperrung (закупорка, нім.) – раптова короткочасна спонтанна зупинка плину думок, що відповідно виявляється у розмові. Хворий раптово замовкає, пояснюючи потім своє мовчання тим, що у нього відбулася затримка мислення. Спостерігається у хворих на шизофренію.

**Патологічна деталізація** – в'язкість, тугорухливість мислення, що проявляється втратою здатності відокремити головне від другорядного. У судженні переважають випадкові подробиці, які не стосуються основної думки. Зустрічається при епілепсії.

### **3. Розлади мислення за характером та формою асоціацій.**

**Зісковзування** мислення – хворий промовляє фрази, декілька осмислених конструкцій, а потім, без причини переключається на розповідь про щось інше, також правильно, але зовсім не пов'язане з попереднім.

**Розірваність** мислення – патологія мислення, яка виявляється у розриві смислових зв'язків між поняттями при збереженні граматичної та синтаксичної форми речення. Шизофазія - розірваність досягає ступеню безладності, “мовної мішанини”, коли хворий промовляє в нормальному темпі, з нормальною інтонацією слова або навіть склади, що не мають жодного логічного зв'язку. Інкогерентне мислення – втрата здатності до утворення асоціативних зв'язків між відчуттями, уявленнями та поняттями, відображення дійсності у її зв'язках і відношеннях, аналізу і синтезу. Мова при цьому стає безладною. Мовна безладність може бути: аментивною, хореатичною, атактичною та маніакальною. Амбітендентне мислення – мислення, при якому у хворого водночас виникають антагоністичні взаємопротилежні ідеї.

**Аутистичне** мислення – характеризується відірваністю від реальності. Асоціації виникають переважно на основі ідей і уявлень, відчуттів пов'язаних із хворобою, під час якої домінують внутрішні переживання. Хворі замикаються у собі, тримаються осторонь, майже ні з ким не спілкуються. Відповіді на запитання формальні, їх фантазії співіснують у свідомості з реальністю, бажання сприймаються як дійсність.

**Паралогіка** – порушення логіки, коли певне поняття замінюється символом чи знаком, зрозумілим тільки хворому, який робить на основі цього об'єктивно незрозумілі умовисновки, що не відповідають судженням, з яких вони виводяться. Паралогічне мислення виникає при шизофренії.

**Атактичне** мислення – патологія мислення, яка проявляється неправильним парадоксальним сполученням понять і думок, які без логічних зв'язків нанизуються одна на одну. Може проявлятися мовною безладністю.

**Резонерство** – безплідне мудрування, поява у мисленні пустих вербальних посилів, які не відповідають темі розмови і не досягають мети. Беззмістовність і бідність суджень при цьому можуть бути одягнуті у правильну форму. Вирізняють

три ступені резонерства: крайній – незрозуміло про що говорить хворий; середній – тільки після тривалого розпитування можна отримати пояснення; легкий - може зустрічатися і у психічно здорових людей, властива багатослівність, відволікання від теми розмови. Спостерігається при енцефалопатії, шизофренії та сенільних змінах психіки.

**Персеверації** – тривале домінування однієї думки чи уявлення, що зовні проявляється стереотипним повторенням одних і тих самих слів, відповідей. Наприклад, хворий давши правильну відповідь на перше запитання, потім продовжує її повторювати і на інші. Буває при ЧМТ.

**Символічне мислення** – стан мислення, при якому одне поняття стає символом іншого, іноді на основі випадкових, другорядних ознак. Це порушення характерне для шизофренії.

**Мовні ітерації** – словесні тіки, мимовільне часте повторення

а) *палілалія* – останнього слова в реченні;

б) *логоклонія* – останнього складу;)

в) *вербігерація* – безглузде, часто ритмічне повторення одних і тих самих слів, рідше фраз і їх уривків.

**Розлади мислення за адекватністю змісту асоціацій.**

**Нав'язливі ідеї** – думки, що виникають некеровано, але супроводжуються критичним до них ставленням і спротивом. Зустрічаються переважно при неврозах, шизофренії, церебральному атеросклерозі та ананкастному розладі особистості. Нав'язливості поділяють на відволікаємі та образні. До відволікаємих відносять безплідне мудрування (“розумову жуйка”). Такі хворі схильні до тривалих, суб’єктивно надзвичайно обтяжливих роздумів відносно об’єктивно неактуальних на даний момент подій і явищ.

До **образних нав'язливостей** відносять уявлення, які оволодівають хворими. Такі пацієнти неправдоподібні події сприймають як реальні і при цьому надзвичайно хвилюються.

**Нав'язливі потяги** – напротивагу здоровому глузду у хворого може з’являтися бажання вдарити кого-небудь, у тому числі близьку людину, образити, забруднити.

Нав'язливі потяги на відміну від імпульсивних дій не реалізуються, але їх поява, у деяких випадках, викликає у пацієнта панічний страх.

**Непристойні думки** – неприпустимі морально-етичної точки зору уявлення про шановних та коханих осіб.

**Нав'язливі спогади** – нездоланні, надзвичайно тужливі спогади про які-небудь провини, що мали місце в минулому.

**Нав'язливі страхи** (фобії) – дуже різноманітні (описано понад 300 їх видів) інтенсивні страхи відносно найрізноманітніших явищ, які важко піддаються корекції.

**Нав'язливі сумніви** – сумніви в правильності і закінченості своїх дій. Нав'язливі побоювання – хворі бояться, що виконуючи ті чи інші часто автоматичні дії, вони зіб'ються, помиляться, почервоніють.

**Нав'язливі дії** – потреба в реалізації певної дії, що раптово виникла, до якої хворий ставиться критично, тобто розуміє безглуздий її характер і намагається боротися з нею. Якщо нав'язливі дії виникають у зв'язку з фобіями чи нав'язливими сумнівами і мають характер своєрідного психологічного захисту вони називаються ритуалами. На відміну від маячення нав'язливості можуть зустрічатися у здорових людей (нав'язливість якої-небудь мелодії). Виникненню нав'язливостей можуть сприяти безсоння, перевтома, астенизація та інше.

**Надцінні ідеї** – емоційно яскраво забарвлені думки, що виникають на основі реальних обставин, але невиправдано починають домінувати у свідомості, переважати над усіма іншими визначаючи процес мислення в цілому. При цьому всі інші думки гальмуються або, навпаки, концентруються, посилюючи надцінну ідею. При надцінних ідеях на відміну від маячних по-перше немає змін особистості, з часом ідея блякне, а афект виснажується і існує можливість тимчасової або стабільної корекції. Частіше за все надцінні ідеї зустрічаються у психопатичних особистостей, у психопатів паранояльного типу, а також у досить аморфної групи так званих “фанатиків”. Надцінні ідеї позбавлені важкого почуття нав'язування. Надцінні ідеї які розвилися у паранояльних психопатів коригуються дуже важко, а в деяких випадках, зовсім не піддаються корекції, при тому, що за всіма іншими питаннями ці люди можуть мати правильні судження.

4. На особливу увагу заслуговують **психопатологічні стани**, що мають назву **дисморфобій та дисморфоманій**.

У прямому перекладі **дисморфофобія** – страх зміни власного тіла. Цей стан можна охарактеризувати, як маячення зміни власного тіла. Дисморфофобія являє собою симптомокомплекс, для якого характерне активне прагнення корекції уявного дефекту, виразні ідеї стосування та депресивний настрій.

В тих випадках, коли подібний розлад виникає без будь-якої зовнішньої причини, за парадоксальним механізмом і набуває форми маячних ідей, доцільніше говорити про дисморфоманію. Такі стани спостерігаються переважно при шизофренічних розладах та психопатіях психастенічного типу. У випадках, коли описаний синдром виникає реактивно і має реальну основу, наприклад у осіб з уродженими та набутими дефектами, більш доцільно використовувати термін дисморфофобія. Це спостерігається у *невротичних реакціях*, патохарактерологічного розвитку та розладів особистості (психопатій). З дисморфофобічними розладами нерідко доводиться стикатися лікарям стоматологам як при проведенні косметичних операцій, так і в звичайній терапевтичній практиці. До таких розладів можна віднести, наприклад, хворобливі переживання у зв'язку з відчуттям неприємного запаху з рота, який хворі розцінюють як патологію стоматологічної сфери, або переживання, пов'язані з дефектами власного тіла. Найчастіше ж хворим здається, що змінилося обличчя: воно стало іншим, неприємним, втратило будь-який зміст. Такий стан переживається досить важко, адже обличчя відіграє велику роль у соціальному житті людини. Його можна назвати "**психологічним інструментом**", який завдяки виразним мімічним рухам відображає внутрішню динаміку психічної діяльності, думки та почуття. Крім того, загальновідоме велике значення обличчя для формування і проявів сексуальних потягів.

У хворих, що страждають на *глосалгію*, нерідко виникають нав'язливі думки про рак язика. При цьому вони постійно розглядають його у дзеркалі, вважають його зміненим та вимагають лікування, стаючи постійними клієнтами лікарів стоматологів. Для успішного обстеження та лікування таких хворих велике значення має правильна психотерапевтична тактика лікаря-стоматолога.



*Маячноподібні ідеї* – хворобливі ідеї недооцінки або переоцінки особистості, що виникають на тлі зміненого настрою (підвищеного або зниженого). В основі їх виникнення є певна незначна реальна підстава. Ці ідеї до деякої міри можна коригувати, але не завжди і не надовго. Вони ніколи не бувають відверто безглуздими. Найчастіше маячноподібні ідеї зустрічаються в структурі маніакальних і депресивних станів.

У *першому* випадку мова йде, як правило, про завищену оцінку власних якостей, можливостей і досягнень;

а у *другому* – про різноманітні як за своїми якісними проявами, так і за ступенем виразності, ідеї збитку. До числа найбільш частих варіантів первинного маячення, в залежності від його фабули, відносяться: **маячення**: переслідування (ідеї, при яких хворий вважає, що його переслідують, за ним стежать, хочуть вбити);

**ревнощів** (безпідставне звинувачення в подружній невірності), одержимості (своєрідні іпохондричні маячні ідеї: в тіло хворого вселились тварини, міфічні, або вигадані хворим істоти);

**самозвинувачення** (хворі звинувачують себе у помилках, аморальних вчинках, думках, бажаннях за які вони отримують тяжке покарання); **самоприниження** (ідеї, при яких хворий вважає себе нездарою, нікчемою, неповноцінною людиною);

**втрати, збитку** (переконання хворого, у тому, що знайомі або невідомі злочинці хочуть обікрасти або обкрадають, розорюють, позбавляють квартири, заробітку і завдають шкоди його майну);

**іпохондричне** (стійка необґрунтована впевненість хворого, що в нього існує важка невиліковна хвороба і він має скоро померти);

**величі** (переконання у своїх особливих якостях, здібностях, можливостях, багатстві, суспільному становищі).

**Образно-чуттєве маячення** - ідеї, що супроводжуються підвищеною афективністю та загальною розгубленістю розладом чуттєвого пізнання (посмішки людей, статті в газетах; в лампочках, що світять, вбачає сигнал його уявних ворогі).

**Афективне** маячення, яке має депресивну або маніакальну спрямованість. Прояви маячення депресивної спрямованості різноманітні (ідеї збитку, різні

варіанти іпохондричного та нігілістичного маячення та ін.). Так, при маяченні Котара, іпохондричні переживання набувають мегаломанічного характеру: “Мої страждання ніколи не скінчатся, відбудеться загибель світу, зникне людство, залишуся лише я і мої страждання...”. Афективне маячення маніакальної спрямованості виявляється маячними ідеями величі.

**Катестетичне** маячення – маячні ідеї пов’язані з порушенням інтерорецепції. Хворобливі відчуття, що походять з внутрішніх органів формують іпохондричні скарги, а також маячні ідеї впливу і переслідування. Конформне маячення – за механізмами утворення близьке до індукованого маячення. Відмінність заключається в тому, що конформне маячення розвивається у психічно хворих, які знаходяться в значній близькості між собою.

Хворі з **конформним** маяченням протиставляють себе оточуючому світові у якості групи, а не індивідуально.

Розрізняють *систематизовані* і *несистематизовані* маячні ідеї: **Систематизоване маячення** – ідеї, які формують певну систему об’єднану центральною думкою. Маячні судження стають системою поглядів, що визначають світогляд в цілому. Маячні судження зосереджується все психічне життя хворого. Спотворюється відбиття внутрішніх зв’язків між явищами реального світу. Систематизованим є паранояльне та парафренне маячення.

**Несистематизоване маячення** – маячні ідеї, що характеризуються відсутністю послідовної системи доказів. Вони уривчасті, не пов’язані між собою, фрагментовані, незв’язані між собою, безглузді і швидко змінюються. Несистематизоване маячення пов’язане з порушеннями сприйняття (галюцинаціями). Несистематизованим є параноїдне маячення.

**Висновок.** Мислення – психічний процес, за допомогою якого людина здатна відобразити найбільш істотне, головне, розкривати закономірні зв’язки між явищами. Мислення, як пізнання суті явищ становить вищу форму відображення дійсності і є активною функцією інтелекту. Маячні ідеї – симптом порушення мислення, при якому помилкове, неправильне судження, що виникає на хворобливій основі, спотворено відображає дійсність повністю оволодіває свідомістю і не піддається корекції.

## **Перелік питань для самоконтролю**

1. Поясніть суть розладу особистості: порушення смислоутворення та підконтрольності поведінки.
2. Порушення динамічності мислення.
3. Клінічна феноменологія розладів мислення.
4. Клінічні ознаки образно-чуттєвого маячення.
5. Що таке систематизоване та несистематизоване маячення?
6. Що розуміють під індукованим та конформним маяченням?

## **Рекомендована література:**

Основна: [2,3]

Допоміжна: [1,4]

Інформ. ресурси Інтернет: [4]

Міжнародні видання [2]

## **ТЕМА 10. РОЗЛАДИ МОВЛЕННЯ**

**Мета.** Проаналізувати мозкові анатомічні структури, які відповідають за праксис та зумовлюють гнозис мовлення. Описати функції мовлення. Вивчити етіопатогенез мовних розладів. З'ясувати роль акустичного та кінетичного аналізаторів у функції мовлення.

**Ключові слова:** аналізатор, функція, зона мовлення, гнозис, праксис,

### **Вступ**

### **План лекційного заняття**

1. Функції мовлення.
2. Порушення мовлення.
3. Розлади мовлення
4. Порушення вимовної функції
5. Порушення ритму мовлення
6. Порушення комунікативної функції мовлення

### **Висновок**

**Вступ.** Мова – це система мислення та спілкування з оточуючим середовищем.

У формуванні мовної функції беруть участь мозкові анатомічні структури:

- *акустичний* аналізатор – зумовлює гнозис мовлення (впізнавання різних звуків та звукових рядків), розміщується у задньому відділі верхньої скроневої закрутки (зона Верніке) провідної півкулі;

- *кінетичний* аналізатор – відповідає за праксис мовлення, розміщується в задньому відділі нижньої лобної закрутки (зона Брока), провідної кулі.

**1. Функції мовлення: номінативна, змістова, позначальна** – проявляється у віці до 7 місяців, визначає розуміння дитиною значення вживання звукосполучення або цілого слова, яке відображає конкретний предмет чи істоту, дію або явище навколишнього середовища;

*комунікативна, регулююча* – з'являється у перші місяці життя дитини – це реакція на голос матері. Розвиток дитини залежить від її потреб у спілкуванні, а мовлення – це засіб реалізації цих потреб, у разі відсутності спілкування функція мовлення не розвивається, або формується з запізненням. Комунікативна сфера дитини тісно пов'язана із емоційно-вольовим розвитком, мовлення має функції регулювання поведінки, розумова (ідеаторна) функція розвивається пізніше, поряд з формуванням функції мислення.

### **Структура мовлення:**

*фонематика* (фонетичний, фонологічний, фізіологічний та психологічний аспекти мовлення);

*граматика* – устрій мови (форма словозмін, словосполучень, типи речень);-  
*лексика* – (уся сукупність слів мови чи діалекту).

### **2. Порушення мовлення**

**ЗМР (затримка мовленнєвого розвитку)** – характеризується загальмуванням темпу формування відносно етапів його розвитку, виникає при девіації; **загальний недорозвиток** мовлення – порушення дозрівання мозкових систем (гностичного і кінетичного аналізатора) і має 3 рівні:

1- слова односкладної структури,

2 – речення з невірною граматичною структурою і спотвореною вимовою деяких звуків; 3- страждає лексиграматична структура мовлення;

-*алалія* – характеризується відсутністю і вродженою нерозвиненістю аспектів мовлення, в якому є локальне ураження мовленнєвих аналізаторів;

1). *алалія моторна* – розуміє мову, але не може висловитись, недорозвиток мовленнєвого праксису (зона Брока);

2). *алалія сенсорна* - не розуміє мовлення (зона Верніке)

3) *сенсомоторна алалія* – і те і друге. Затримка мовленнєвого розвитку в основі якої лежить вторинне недорозвинення мовлення, спричинене первинним ураженням аналізаторів (слух, зір), або тотальним недорозвитком психіки (розумова відсталість).

### 3. Розлади мовлення

-*афазія* – повна або часткова втрата мовлення, через ураження мовленнєвих чи інших зон;

-*моторна афазія* – неспроможність до висловлення, побудови слів і речень;

-*акустико-гностична афазія* – порушення розуміння мови, її фонетики.

«Мовленнєва окрошка» - хворий шукає слова для висловлення думки -*акустико-мнестична* – порушення можливості повторення 3-4 слів, втрачається сприймання складних фраз, підбору речень, порушення читання і письма;

-*семантична афазія* – не може підібрати необхідне слово, важко скласти складні за змістом речення, порушення операцій лічби.

### 4. Порушення вимовної функції.

- *дизартрія* – порушення артикуляційного праксису внаслідок органічного ураження центральної та периферичної іннервації органів мовлення (губ, піднебіння, язика, голосових зв'язок ) – судинного, травматичного, інфекційного, вродженого характеру;

-*дислалія* – порушення звуковимови, при збереженні слуху.

### 5. Порушення ритму мовлення:

-*заїкання* – порушення процесу мовлення, його ритму, темпу та комунікативної функції через судоми у артикуляційному та дихальному апараті (тонічні заїкання –

тягне звук, клонічні – «стрибає» звук). Порухення комунікативної функції мовлення: *недорозвинення комунікативної функції мовлення*, як засобу спілкування та організації поведінки дитини – мутизм (повна німота).

**Висновок.** Для організації мовленнєвого акту існують первинні, вторинні та третинні поля перекриття, розміщені на межі аналізаторів у скроневої та тім'яної частки, беруть участь ліва та права півкулі, незалежно від їх домінування, до 5-ти років (у дитинстві) провідною в організації мовлення є права півкуля. Вимовна частина мовлення залежить від стану ЦНС та ПНС іннервації органів мовлення (язика, піднебіння, губ, голосових зв'язок).

### **Перелік питань для самоконтролю**

1. Етіопатогенез мовних розладів.
2. Неологізми в мові, стереотипізації.
3. Порухення автоматизму.
4. Роль акустичного та кінетичного аналізатору у функції мовлення.
5. Функції мовлення: номінативна, змістова, позначальна.
6. Три рівні загального недорозвитку мовлення.
7. Поясніть поняття: зона Брока.
8. Поясніть поняття: зона Верніке.
9. Поясніть поняття: і те і друге разом.

### **Рекомендована література:**

Основна: [2,3]

Допоміжна: [3,4]

Інформ. ресурси Інтернет: [1]

Міжнародні видання [1]

## **ТЕМА 11. ПОРУШЕННЯ ЕМОЦІЙНО-ВОЛЬОВОЇ СФЕРИ ТА ПОТЯГІВ**

**Мета.** Викласти теоретичні основи порушення емоційно-вольової сфери. З'ясувати зовнішні та внутрішні фактори переживання нашого ставлення до зовнішнього середовища та до себе. Довести, що почуття внутрішньої напруженості, пов'язане з очікуванням конкретних загрозливих подій призводить до розладу емоційно-вольової сфери.

**Ключові слова:** фобій, страх, афект, маніакальний синдром, депресивний синдром, апатія, анорексія, булімія, статевого потягу, порушення волі, розлади психомоторики.

## **Вступ**

### **План лекційного заняття**

1. Поняття «Емоції» та їх розлади.
2. Розлади вольової сфери.
3. Розлади потягу.
4. Розлади психомоторики.

## **Висновок**

**Вступ.** Емоції – (від лат. "збуджувати, хвилювати») – переживання нашого ставлення до зовнішнього середовища та до себе. Емоції знаходяться у структурі мозку (гіпоталамусі) та у свідомості. Воля – свідоме цілеспрямоване керування людиною власною діяльністю. Вольова активність властива тільки людині.

### **1. Поняття «Емоції» та їх розлади**

Емоційні стани спричинені зовнішніми та внутрішніми факторами. Залежно від інтенсивності емоцій виділяють: -настрій –відносно стійкий емоційний стан, становить головний фон, коливаючись у бік підвищення чи зниження.

#### **Розлади настрою:**

- *ейфорія* – підвищений, з відтінком задоволення, що не відповідає дійсності; - *дисфорія* – похмурий, злостивий настрій, з відтінком незадоволення, роздратованості, виникає несподівано, без зовнішньої причини, продовжується до кілька днів;

-*депресія* – пригнічений, тужливий настрій, спостерігається багато днів і місяців; -емоційна лабільність – коливання настрою, легкі переходи від благодушності до гнівливого чи пригніченого стану; -афект – інтенсивний, короткочасний емоційний стан. Характерно швидкий, бурхливий початок, виразні вегетативні симптоми, зміни в поведінці, призводить до дезорієнтації поведінки і немотивованих вчинків.

#### **Розлади афектів.**

1) **Патологічний афект** виникає без причини, спостерігаються порушення свідомості, вегетативні прояви, амнезія, порушення орієнтації, надмірна жестикуляція, закінчується загальною слабкістю і глибоким сном. Після сну нічого не пам'ятають, пригнічені.

2) **Страх** – стан тривожного боязливого напруження, що виникає невмотивовано (нічний страх при неврозах, страх у хворих на шизофренію, судинні психози, при гіпертонічних кризах). Почуття внутрішньої напруженості, пов'язане з очікуванням конкретних загрозливих подій. Для оцінювання міри патології страхів використовують параметри: адекватності, інтенсивності, тривалості, міри контрольованості людиною почуття страху. Якщо страх стає нав'язливим то позначається як фобія.

#### **Види фобій:**

- *агарофобія* – страх відкритих просторів;
- *клаустрофобія* – страх закритих приміщень;
- *соціофобія* – побоюється засудження з боку оточуючих за якісь дії;
- *нозофобія* – страх захворіти;
- *контрасні нав'язливості* – поєднання емоційних переживань і порушення мотивації, тобто страх з приводу можливих дій людини;
- *тривога* – стан невмотивованого неспокою, хоча хворі намагаються пояснити свій стан і поведінку різними психологічно зрозумілими причинами.

Це почуття внутрішньої напруженості, пов'язане з очікуванням загрозливих подій.

#### **3) Інші розлади емоцій.**

- *Слабодухість* – підвищена виснажливність емоцій, їх нетримання. Досить якого-небудь незначного подразника, щоб з'явилося почуття розчарування зі слізьми;

- *неадекватність* емоцій – парадоксальність емоційних реакцій: при сумних подіях спостерігається радісний настрій, а при радісних – навпаки;

- *апатія* – хвороблива байдужість, відсутність емоцій. Поєднується зі звичайною втратою активності, ініціативи, повною бездіяльністю;



- *туга* – почуття напруження, що межує з біллю, яке хворі локалізують у ділянці серця (рухова загальмованість);

- *відчуття втрати почуттів* – переживання незворотної втрати можливості почувати;

- *амбівалентність* – одночасне співіснування протилежних почуттів;

- *алекситимія* – утруднення чи нездатність точно описати власні емоційні переживання;

- ангедонія – втрата людиною почуття радості, задоволення.

### **Синдром розладу емоцій, афективні синдроми.**

*Маніакальний* – характерна тріада симптомів: підвищений настрій, прискорене мислення, рухлива активність. Зустрічається при маніакально-депресивному психозі, шизофренії, травмах мозку, отруєнні деякими речовинами, інфекціях;

*Депресивний* – тріада симптомів: настрій тужливий, уповільнене мислення, рухова (моторна) загальмованість. Зустрічається при маніакально-депресивному психозі, шизофренії, судинних порушеннях.

### **Два види недорозвитку емоцій:**

-*загальний недорозвиток* – у структурі загального психічного недорозвитку (олігофренія), прояви емоцій можуть бути у формі стереотипних рухів, дій;

-*парціальний недорозвиток* – синдром Каннера – дитячий аутизм (без пристрасне обличчя, відсутність співчуття, не дивляться у вічі, нема мімічних ознак емоційних проявів).

## **2. Порушення волі**

Активна цілеспрямована психічна діяльність отримала назву «воля». Цілеспрямована діяльність людини є свідомою і включає уявлення про кінцеві або передбачувані результати праці.

**Воля** складається з шести послідовних етапів:

1) *Спонування* – визначається діяльністю підкіркових структур. Це аморфна, інстинктивна, недиференційована діяльність – неусвідомлена мотивація. Патологія спонувань виявляється у формі зниження, підвищення та збочення вольової активності.

2) **Потяг**- на цій стадії з'являється усвідомлення того, що даному індивідууму бажано Досягнути або реалізувати. Мотивація насичується кірковим (свідомим) компонентом.

3) **Прагнення** – наявна конкретна мета для реалізації потягу, чітко виражений об'єкт. Боротьба мотивів. Не кожне устремління може бути реалізоване, деякі з них пригнічуються. Це залежить від багатьох обставин, наявної ситуації, особистості хтось може собі дозволити задовольнити свої прагнення, а інший, через, наприклад, виховання чи почуття обов'язку – ні. Багато залежить від психічного стану людини. У стані нормальної свідомості і розгальмованої поведінки (алкоголь) вона може мати різну поведінку.

4) **Прийняття рішення.** Воля тісно стикається з діяльністю. Це єдиний процес, тому їх виокремлюють в рухово-вольову (ефекторно-вольову) сферу. Вольові порушення можуть виявлятися як на рівні потягів до діяльності і усвідомлення мети так і на рівні прийняття рішення, відповідної поведінки на всіх етапах вольового акту.

5) **Реалізація прийнятого рішення.**

6) **Дія.**

**Вольовий процес** можна описати у вигляді *3х етапів*:

1. виникнення потягу (спонукання);
2. постановка мети і мотивація;
3. завершення дії – здійснення мети.

**Розлади волі** проявляються у вигляді:

- незрілості і недорозвитку волі – некерованість вольовою поведінкою (синдром дефіциту уваги, гіперкінетична поведінка, олігофренія);
- надмірної активності.

Хворобливе **посилення вольової активності** буває у наркоманів при пошуках наркотиків, у маніакальних хворих, психопатичних осіб і має назву «*гіпербулія*». Ця активність має однобічний характер, її продукція є хворобливою, супроводжується підвищеною балакучістю;

- **послаблення активності** – *гіпобулія* – спостерігається при депресії та інших формах пригнічення психічної діяльності, хворі з великим зусиллям рухаються,

довго добирають і насилу вимовляють слова, віддають перевагу перебуванню в ліжку;

- *відсутність вольової активності* – *абулія* – часто поєднується з моторною загальмованістю (ступором), або аутизмом (повною німотою);

- *перекручення вольової активності* – *парабулія* – при шизофренії та при хворобах, що супроводжуються зниженням інтелекту.

**Проявляється негативізмом:** безпідставною впертістю, невиконанням діяльності;

- *амбівалентністю* – одночасно наявні активні дії та відмова від них;

- *імпульсивністю* – безмотивність дій і вольова некерованість.

### **3. Розлади потягу**

Потяг формується на основі безумовних інстинктів, які опосередковуються корою півкуль мозку і відбиваються у вольовій діяльності. Крім інстинктивних потреб, потяг включає в себе потреби вищого рівня. При психічних захворюваннях можна спостерігати патологічне посилення, послаблення і спотворення інстинктів.

#### **Послаблення і посилення харчового потягу.**

- *Анорексія* – зниження чи відсутність апетиту, відмова від їжі. Буває у хворих при наявності маячних ідей отруєння, самозвинувачення, нюхових чи смакових галюцинацій, ступору, тяжкої депресії, істеричного неврозу. Анорексія - повна відсутність відчуття голоду з відмовою від їжі. Ослаблення харчового інстинкту характерне для депресій різного генезу, маніакально-депресивного психозу, виражених астенічних станів, нервової анорексії. Відмова від вживання їжі при психічних захворюваннях не завжди зумовлена ослабленням харчового інстинкту. Її можуть спричинити маячні мотиви (хворий впевнений, що його хочуть отруїти, і боїться вживати «отруєну» їжу або вважає себе злочинцем чи нікчемною, недостойним їжі), а також імперативні галюцинації, коли «голоси» категорично забороняють їсти. Хворі, які перебувають у стані патологічного ступору, не можуть вживати їжу внаслідок заціпеніння жувальних і ковтальних м'язів. Спотворення харчового інстинкту проявляється вживанням хворим неїстівних речовин і навіть

власних екскрементів. Воно виникає при тотальному недоумстві, маяченні й галюцинаціях відповідного змісту.

**Нервова анорексія** – це розлад апетиту, що характеризується самовстановленими обмеженнями щодо їжі і способів її прийому, втратою маси тіла, що супроводжується страхом перед ожирінням та надлишковою масою тіла та виникає при неврозах у зв'язку з перезбудженням кори головного мозку, частіше психогенного генезу.

*Психологічні діагностичні критерії:* емоційна нестабільність із переважанням емоцій негативного спектру:

- а) проєктивні методики (наявність показників емоційної нестабільності);
- б) опитувальники емоційних станів (значна виразність негативних емоцій)

***Реабілітаційні заходи:***

а) аутогенне тренування з метою релаксації, зняття симпатичного тону і попередження блювотного рефлексу, що сформувався у процесі хвороби; проводиться щодня протягом місяця;

б) поведінкова терапія – як засіб вивчення взаємин між членами сім'ї і можливості одержання хворими «вторинного задоволення» від свого розладу, проводиться 3-4 рази на тиждень протягом 1 місяця;

в) сімейна психотерапія – зміна міжособистісних стосунків та усунення емоційних порушень у сімейних взаєминах; проводиться 2-3 рази на тиждень протягом 3-4 місяців;

г) індивідуальна психотерапія з метою розв'язання внутрішньоособистісного конфлікту, 2-3 рази на тиждень, протягом 1-1,5 місяців. Посилення захисного інстинкту проявляється втечею або агресією. Реакція втечі характерна для хворих, які під впливом галюцинацій чи маячення переконані в тому, що їм загрожує смертельна небезпека з боку злочинців, перед якими вони беззахисні й безпорадні. Патологічне посилення активно-оборонної форми інстинкту самозбереження супроводжується тим, що хворі, відчуваючи постійний страх за своє життя чи здоров'я, категорично відмовляються від приймання ліків, виконання будь-яких маніпуляцій, чинять опір, а іноді з метою «самозахисту» проявляють агресію.

*Булімія* – підвищення харчового потягу, постійне почуття голоду, патологічне посилення харчового інстинкту (вовчий голод).

**Булімія** проявляється надмірним апетитом, причому відчуття насиченості не настає. Булімія в основному виникає при органічних ураженнях головного мозку з дементним синдромом, у хворих з олігофренією (ідіотія), деколи - у хворих із вираженим шизофренічним дефектом. Значне посилення апетиту властиве хворим, які перебувають у маніакальному стані, але воно не досягає ступеня булімії. **Нервова булімія** – стан, що характеризується приступами переїдання і надмірною занепокоєністю, які повторюються, контролем за вагою, що приводять хворого до прийняття крайніх заходів для зменшення впливу їжі на підвищення ваги.

**Психологічні діагностичні критерії:** емоційна нестабільність із переважанням емоцій негативного спектру:

- а) проєктивні методики (наявність показників емоційної нестабільності);
- б) опитувальники емоційних станів (значна виразність негативних емоцій)

**Реабілітаційні заходи:**

а) аутогенне тренування з метою зняття основних симптомів хвороби: блювотного рефлексу, попередження непереборного бажання до їжі, проводиться щодня протягом 6 місяців;

б) поведінкова терапія – визначення ролі індивіда у соціумі, середовищі, де проживає, проводиться 1-2 рази на тиждень протягом 3-4 місяців;

в) сімейна психотерапія – створення сприятливого мікроклімату в сім'ї проводиться 3 рази на тиждень протягом 3-4 місяців;

г) раціональна психотерапія з метою розв'язання міжособистісного конфлікту, 3-4 рази на тиждень, протягом 2 місяців;

д) групова психотерапія з метою соціальної адаптації, проводиться 5 разів на тиждень, 3-4 місяці. Послаблення харчового інстинкту - це різке зниження апетиту аж до повної відсутності потреби в їжі.

- *поліфагагія* – проявляється багатоядністю. 1. Послаблення і посилення статевого потягу:

- *гіперсексуальність* – посилення статевого потягу при маніакальних станах, органічних захворюваннях головного мозку;

- *гіпосексуальність* – знижка статевого потягу при депресії, шизофренії, астенії, неврозах, перекручення потягу – торкається різних інстинктів: розлад інстинкту самозбереження – проявляється прагненням нанести собі шкоду гострими предметами, проковнути не їстівні предмети.

- *суїцидоманія* – потяг до самогубства; копрофагія. до поїдання власних екскрементів;

- перекручення статевого потягу (*перверзії*) – торкаються різних форм статевого життя: гомосексуалізм – потяг до одноіменної статі; трансвестизм – *хворобливий потяг* до переодягання в одяг протилежної статі;

- *ексгібіціонізм* – потяг до оголення статевих органів у присутності жінок; - *садизм* – потяг задавати статевого партнера больових відчуттів, щоб досягти задоволення; мазохізм – бажання зазнати від статевого партнера больових відчуттів,

- *педофілія* – потяг до дітей; некрофілія – до трупів;

- *зоофілія* – до тварин;

- *фетишизм* - статевої потяг до жіночого туалету.

#### **4. Розлади психомоторики**

##### ***Недорозвиток психомоторики:***

- *гіпокінезія* – зменшення рухів та дій;

- *гіперкінезія* – рухове збудження;

- *ехопраксії* – повторення рухів співрозмовника;

- *ехолалії* – повторення слів;

- *ехомімії* – копіювання міміки;

- *паракінезії* – спотворення рухів;

- *гіперкінези* – мимовільні рухи окремих м'язів, або групи м'язів;

- *диспраксія* – розлад цілеспрямованих дій при органічних, неврологічних захворюваннях, іноді за психічних розладах при ураженні нервової системи;

- *апраксія* – втрата здійснювати цілеспрямовані дії за збереженням рухової і координаційної здатності. При враженнях кори великих півкуль головного мозку і провідних шляхів мозолістого тіла.

##### **Спотворення вольової активності.**

**Парабулії** – виявляється в різноманітних імпульсивних рухових актах, безглузких, іноді вичурних, рухах і т.д. Виникає спотворення інстинктів, парадоксальність вольових дій.

**Імпульсивна дія** – несвідома, проста, поодинокі не пов’язана з ситуацією дія, яка здійснюється без вольового рішення. В основі цього лежить слабкість кіркової діяльності, недостатність активного гальмування.

**Імпульсивні потяги** – короткочасні патологічні потяги, що виникають зненацька, не можуть бути загальмованими і реалізуються у дії: *дромоманія* – позбавлений будь-якої мотивації потяг до бродяжництва; *клептоманія* – прагнення красти без будь-якої фактичної зацікавленості; *піроманія* – пристрасть до підпалювання;

*трихотиломанія* – потяг до виривання власного волосся;

“*Симптом Плюшкіна*” – хвороблива пристрасть до накопичення нікому не потрібних речей.

**Висновок.** В процесі соціального розвитку у людини, на відміну від тварин, сформувалися форми пристосування до оточуючого середовища на основі диференційованих умовно-рефлекторних реакцій і вольового контролювання інстинктивної та інших видів поведінки. Імпульсивні дії і потяги від нав’язливостей відрізняються тим, що вони, як правило реалізуються хворим без опіру і боротьби.

#### **Перелік питань для самоконтролю.**

1. Настрій: ейфорія, дисфорія, депресія, емоційна лабільність, афект.
2. Види фобій: агарофобія, клаустрофобія, соціофобія, нозофобія, контрастні нав’язливості.
3. Інші розлади емоцій: слабодухість, неадекватність, апатія, туга, відчуття втрати почуттів, амбівалентність, алексетимія, ангедонія.
4. Синдром розладу емоцій, афективні синдроми: маніакальний, депресивний.
5. Два види недорозвитку емоцій.
6. Вольовий процес можна описати у вигляді 3-х етапів: ..?
7. Послаблення та посилення харчового потягу: булімія, анорексія, поліфагія.
8. Послаблення та посилення статевого потягу: імпульсивний потяг і дії – піроманія, клептоманія, дробоманія.

9. Розлади та недорозвиток психомоторики: гіпокінезія, гіперкінезія, ехопраксія, ехолалія, ехомімія, паракінезії, гіперкінези, диспраксія, апраксія.

**Рекомендована література:**

Основна: [2,3]

Допоміжна: [2,5]

Інформ. ресурси Інтернет: [2]

*Міжнародні видання* [2]

## **ТЕМА 12. СОМАТОГЕННІ ПОРУШЕННЯ ПСИХІКИ**

**Мета.** Проаналізувати, що центром тяжкості психосоматичного страждання виявляється завжди орган, найбільш уразливий і важливий для життєдіяльності організму у поданні індивіда. Встановити взаємозв'язок між залежністю ефекторного шляху, який саме виявиться кращим для виходу на периферію емоційного збудження та особливостей даної емоції, нервової конституції людини і від усієї історії її життя у соматогенному розладу.

**Ключові слова:** синдром, розлад, астеничний, депресивний, іпохондричний, афективний.

### **Вступ**

#### **План лекційного заняття**

1. Астеничний синдром
2. Депресивні розлади
3. Іпохондричний розлад
4. Афективні розлади настрою

### **Висновок**

**Вступ.** У повсякденній практиці патопсихолога найчастіше трапляються соматогенні порушення психіки. Їх поділяють на непсихотичні й психотичні. Непсихотичні порушення психіки не сягають рівня психозу, але змінюють сприймання внутрішньої картини захворювань, впливають на емоційний стан та самопочуття хворих і якість одужання. Практично у всіх хворих спостерігають астеничний синдром різного ступеня.



**1. Психосоматика:** - напрям у медицині та психології, що займається вивченням впливу психологічних (переважно психогенних) факторів на виникнення і подальшу динаміку соматичних захворювань. Згідно основному постулату цієї науки, в основі психосоматичного захворювання лежить реакція на емоційне переживання, що супроводжується функціональними змінами і патологічними порушеннями в органах. Відповідна схильність може впливати на вибір органу або системи, що уражуються.

**Астенічний синдром** - це стан підвищеної стомлюваності, виснаження, послаблення або втрата здатності тривалий час фізично і розумово працювати. *Характерні: афективна лабільність* із переважанням зниженого настрою і плаксивості, *дратівлива слабкість*, яка поєднує в собі підвищену збудливість і швидке виникнення знесилена, а також *гіперестезія* (підвищена чутливість до світла, запахів, звуків, дотику).

**Симптоми:** часто хворі скаржаться на головний біль, розлади сну, які проявляються постійною сонливістю або стійким безсонням, різноманітні вегетативні порушення. Типовою є також зміна самопочуття залежно від коливання атмосферного тиску, впливу спеки або інших кліматичних чинників із наростанням стомлюваності, подразливості, слабкості, гіперестезії. **Причини:** Астенічний синдром може бути наслідком різних соматичних хвороб (інфекційних і неінфекційних), інтоксикацій, органічних захворювань головного мозку, шизофренії. Особливості цього синдрому значною мірою залежать від причини його розвитку. У більшості хворих астенічний синдром призводить до зниження порогу різних видів *сприймання*.

Патопсихолог повинен забезпечити пацієнтам максимум комфортабельності й спокою, тому що хворі з астенічним синдромом не переносять шуму, голосних розмов, світла, різких запахів, тривалих побачень з відвідувачами тощо. Астенічний синдром у чистому вигляді виникає рідко. Здебільшого до нього приєднуються інші. Найчастіше астенічний синдром поєднується із субдепресивним синдромом, який не сягає рівня психотичного. У такому випадку розвивається *астено-депресивний синдром*. Слід пам'ятати, що астенодепресивний синдром з різним ступенем астенізації і депресивного синдрому розвивається в

кожної третьої породіллі. Це є звичайним явищем, а симптоми депресії зникають протягом тижня. Якщо депресія довго не проходить, породілля потребує огляду патопсихолога та психіатра, а середній медичний персонал повинен уважно спостерігати за нею, щоб не пропустити початок розвитку психоз.

## 2. Депресивні розлади

Загалом депресивні розлади - це група клінічних станів, що характеризуються порушенням настрою, втратою спроможності контролювати свої афекти і суб'єктивним відчуттям важких страждань.

Виділяють три ступені депресивних розладів: категорія легкого, помірною і важкого депресивного епізоду, що виникає за умови одиничного (першого) депресивного епізоду.

Подальші депресивні епізоди кваліфікуються в одному із підрозділів рекурентного депресивного розладу.

**Легкий, помірний і важкий** депресивний епізод – група клінічних станів, що характеризуються пригніченим настроєм протягом більшої частини дня, втратою інтересу до оточення і втратою відчуття задоволення. Ці симптоми не повинні бути обумовлені прийомом лікарських або наркотичних засобів, соматичними захворюваннями, реакціями втрати; їхня поява повинна супроводжуватися істотними змінами стану хворого (симптоми не повинні бути просто характерними рисами особистості хворого), викликати різні за важкістю суб'єктивні реакції і соціальну дезадаптацію.

### Психологічні діагностичні критерії:

а) **шкала депресії Гамільтона**. Шкала ґрунтується на клінічній бесіді, лікар оцінює відповіді про почуття провини, особливості сну, суїцидальні думки й інші клінічні прояви, що спостерігаються при депресії;

б) для первинного добору застосовуються **шкали самооцінки депресії**: шкала Цунга, за якою можна оцінити емоційні, психологічні і соматичні ознаки депресії; шкала Бека;

в) **тест Роршаха** – характерно тривалий латентний час відповіді на запропоновані таблиці, знижена кількість відповідей на поліхромні таблиці;

г) тематичний аперцептивний тест – відповіді короткі, стереотипні, переважно описові;

д) ММРІ – високі показники за шкалою депресії.

#### **Реабілітаційні заходи:**

- когнітивно-поведінкова психотерапія;
- підтримуюча;
- екзистенційна психотерапія;
- короткотермінова динамічна;
- інтерперсональна;
- сімейна;
- сімейне консультування.

**Рекурентний депресивний розлад** – це розлад, що характеризується повторними епізодами депресій із короткими епізодами *легкого піднесеного настрою*, що відмічається безпосередньо після депресивного епізоду. Якщо до астенізації приєднуються страхи, то такий синдром називають **астено-фобічним**. Виражені страхи (фобії) за впливом на психіку переважають над астенічним синдромом. У практиці кардіологічних відділень досить часто зустрічається **кардіофобія**. Слід пам'ятати, що серцевий біль стенокардичного характеру практично завжди викликає у хворого *реакцію паніки*. Скільки разів повторюється серцевий напад, стільки ж разів він суб'єктивно «помирає».

У багатьох хворих, які перебувають на обстеженні й лікуванні в онкодиспансері, розвивається **канцерофобія**. Деякі хворі панічно бояться померти від будь-якого захворювання або під час інструментального обстеження. Такий стан називають **танатофобією**.

**Тривожно-фобічні розлади** – група розладів, при яких тривога пов'язана з конкретними ситуаціями або об'єктами, що у дійсний момент не є небезпечними, але переживаються або з почуттям страху, або уникаються хворими. Ця група поєднує – *агарофобію, соціальні фобії, спеціальні ізольовані фобії*.

**Соціальні фобії** – характеризуються страхом однієї або декількох соціально небезпечних ситуацій, у яких люди відчувають страх підвищеної уваги з боку інших

людей, страх зробити що-небудь принизливе для себе або таке, що може привести інших у здивування.

**Специфічні ізольовані фобії** - це фобії, обмежені строго визначеними ситуаціями (фобія висоти, грози, темноти, прийому їжі, польоту, певних захворювань) включає **психологічні діагностичні критерії**:

1) наявність інтрапсихічного конфлікту невротичного типу різного ступеня вираженості;

а) група методик, що характеризують особливості самооцінки і співвідношення її з рівнем домагань у значимій діяльності;

б) методики визначення локусу контролю;

в) методики, що визначають тип відношення пацієнта до проявів хвороби;

2) наявність підвищеного рівня тривожності;

3) наявність преморбідних особистісних особливостей (радикалів): психастеноїдні особистісні радикали; тривожні і (або) емотивні особистісні радикали; – група опитувальників, які визначають тип, виразність і спрямованість акцентуацій характеру і темпераменту.

**Реабілітаційні заходи:** психотерапія є основним методом у складному терапевтичному комплексі, спрямована на зміну порушеної системи відносин хворого, корекцію неадекватних емоційних реакцій і форм поведінки хворого; а) **поведінкова психотерапія** у вигляді систематичної десенсибілізації і раціональних впливів, частота проведення – три рази на тиждень, тривалість 2-3 місяці;

б) **індивідуально-орієнтована психотерапія** проводиться як індивідуально, так і в межах групової психотерапії, спрямована на виявлення і вивчення етіопатогенетичних механізмів, що сприяють виникненню невротичного стану, на досягнення у хворого усвідомлення причинно-наслідкового зв'язку між особливостями системи відносин і захворюванням; на зміну відносин хворого, корекцію неадекватних реакцій та форм поведінки; частота – 3-5 разів на тиждень, тривалість 3-4 тижні (і стаціонарі), потім амбулаторно;

в) **екзистенційна психотерапія**, 10-12 сеансів;

г) аутогенне тренування – модифікації, спрямовані на розвиток і зміцнення процесу саморегуляції, самоконтролю і самовладання; проводиться щодня протягом 3-4 місяців;

д) *транзактний аналіз* – проводиться 2 рази на тиждень протягом 1,5 – 2 місяців.

Якщо при астенізації у хворого з'являється стійке переконання в невиліковності захворювання і безнадійності свого стану, такий синдром називають астено-іпохондричним. При розвитку цього синдрому хворий заглиблюється у свою хворобу. Він постійно прислухається до свого самопочуття, приділяє багато уваги несуттєвим симптомам, твердо впевнений у тому, що вони загрожують його життю. У спілкуванні він є надто «нудним», коло його інтересів обмежується питанням власного здоров'я. Іпохондричний синдром найчастіше розвивається в пацієнтів з психастенією. Якщо вчасно не вжити адекватних заходів, є ризик розвитку змін особистості за іпохондричним типом. Надати ефективну допомогу можна лише на початку формування іпохондричного синдрому. Якщо патопсихолог спілкується з хворим у довірливій ситуації, помічає, що він почав надто заглиблюватись у свою хворобу. Ці синдроми входять у групу соматоформних розладів.

**Соматоформні розлади** – це група розладів, що характеризується повторюваним виникненням фізичних симптомів поряд із постійною вимогою медичних обстежень, недовірою до встановленого діагнозу, пошуками і вимогами виявити те або інше захворювання (при їх об'єктивній відсутності). **Соматизований розлад** – це розлад, головною ознакою якого є наявність множинних та неодноразово виникаючих соматичних симптомів, що видозмінюються часто, мають місце протягом багатьох років, супроводжуються постійною занепокоєністю можливості захворювання, всупереч негативним результатам медичних обстежень, що підтверджуються, і запевнянням лікарів про відсутність фізичної основи для симптоматики.

#### **Психологічні діагностичні критерії:**

1. наявність «конфліктогенної» зони в мікро- або макросоціальному оточенні:

а) *проективні методики* (множинна проекція конфліктної ситуації в проективній продукції);

б) *методики «виміри відносин»* (наявність конфліктогенних відносин).

2. **Емоційна нестабільність** із переважанням емоцій негативного спектру:

а) *проективні методики* (наявність показників емоційної нестабільності);

б) *опитувальники емоційних станів* (значна виразність негативних емоцій)

#### **Реабілітаційні заходи:**

1. *раціональна* психотерапія спрямована на формування нових психологічних установок, проводиться щодня протягом місяця;

2. *групова* психотерапія проводиться 2-3 рази на тиждень протягом місяця;

3. *сімейна* психотерапія використовується для створення сприятливого мікроклімату в сім'ї, проводиться 1 раз на тиждень 2-3 місяці;

4. *екзистенційна* психотерапія - 2-3 рази на тиждень протягом місяця;

5. *поведінкова* (умовно-рефлекторна) терапія проводиться 1 раз на тиждень протягом 2-3 місяців.

**3. Іпохондричний розлад** – невротичний розлад, при якому основним проявом є надмірна занепокоєність власним здоров'ям, цілісністю і функціонуванням якогось органу або, рідше, занепокоєність станом своїх розумових здібностей, супроводжується тривогою, депресією.

#### **Психологічні діагностичні критерії:**

1) наявність інтрапсихічного конфлікту невротичного типу, різного ступеня вираженості:

а) група методик, що характеризують особливості самооцінки і співвідношення її з рівнем домагань у значущій діяльності;

2) методики визначення локусу контролю (при іпохондричному розладі переважно локус контролю не диференціюється);

3) методики, що визначають тип відношення хворого до хворобливих переживань, факту хвороби, і до процесу лікування;

4) проективні методики.

#### **Реабілітаційні заходи:**

а) *індивідуально-орієнтована* психотерапія, яка спрямована на досягнення у хворого усвідомлення причинно-наслідкового зв'язку між особливостями його системи відносин і захворюванням; зміну відношень хворого, корекцію

неадекватних реакцій та форм поведінки, логічне переконання, вироблення у хворого адекватного ставлення до хвороби; проводиться протягом 4-5 тижнів; б) **підтримуюча** психотерапія, спрямована на фіксацію уваги на розслабленні, на зняття неприємних фізичних відчуттів, відновлення настрою і вироблення впевненості у відсутності серйозної органічної патології, розуміння зворотності, функціональності неприємних відчуттів; проводиться 3 рази на тиждень, усього – 8- 10 сеансів;

в) **логотерапія**. Якщо до астенізації приєднуються явища підвищеної невротизації, такий синдром називають астено-невротичним.

**Соматогенний псевдоневротичний синдром** має дві основні форми (гіпер- і гіпостенічну), а його клініка подібна до клініки неврастенії. Тривалі захворювання можуть призвести до зміни поведінки та характеру хворих. Ці порушення називають «психопатизацією», або порушенням особистості.

Хворі стають більш вередливими, егоцентричними, в них починає переважати афективна логіка, вони потребують більшої уваги, турботу про себе перекладають на родичів.

**Емоційний стан** - більш лабільний, хворі нагадують примхливих дітей, на все ображаються, схильні до ситуаційних реакцій, не терплять усе, що пов'язано із хворобою і перебуванням у лікарні, а також неприємні процедури. Патопсихолог повинен пам'ятати про це й уміти диференціювати, де своєрідна поведінка зумовлена хворобою, а де просто невихованістю хворого.

У першому випадку необхідно делікатно, з розумінням ставитися до психічного стану хворого і тактовно проводити посильну психокорекцію. У деяких хворих тривале захворювання може призвести до специфічних змін рис характеру.

У хворих на *виразку шлунка* або *дванадцятипалої кишки* воно викликає так званий «виразковий» характер. Такі хворі постійно всім незадоволені, їм тяжко догодити, вони стають надто прискіпливими, але конфлікти, як правило, активно не створюють.

Хворі на *гіпертонічну* хворобу, незважаючи на погане самопочуття, намагаються багато працювати. Якщо вони займають керівні посади, то нерідко примушують підлеглих працювати до виснаження.

Хворі, які перенесли *інфаркт міокарда*, здебільшого стають "м'якшими", більш делікатними, намагаються уникнути конфліктних ситуацій. При тяжких хронічних захворюваннях у деяких пацієнтів розвивається схильність до дисфорії й експлозивних ситуаційних реакцій.

Патопсихолог повинен пам'ятати, що хвороба може змінювати характер і поведінку хворих, та проявляти максимум тактовності й деонтології при спілкуванні з ними у виконанні професійних обов'язків.

До **непсихотичних порушень** психіки, які зустрічаються у практиці патопсихолога будь-якого профілю, належать також різні форми виключення свідомості (знепритомнення, оглушення, сопор і кома). Інколи внаслідок інфекційних, соматоневрологічних захворювань та пологів можуть розвинутих соматогенні психози з відповідними психічними синдромами. Діагноз **соматогенний психоз** встановлюють на основі наявності своєрідної тріади:

- психоз розвивається при соматичному або інфекційному захворюванні;
- чим тяжчий соматичний стан, тим більш вираженими є прояви психозу;
- після покращання соматичного стану або одужання психоз проходить.

**Афективні розлади настрою** – це група розладів, при яких основне порушення полягає в зміні афекту або настрою, частіше в бік пригнічення (з почуттям тривоги або без нього) або підвищення. Зміни настрою супроводжуються зміною загального рівня активності. Для цієї групи захворювань є характерним тенденція до повторювання виникнення симптомів, вони можуть як співпадати зі стресовими ситуаціями, так і виникати без явної причини.

**Маніакальний епізод** – це група гіпоманій та маній без психотичних симптомів. **Гіпоманія** – це легкий ступінь манії, що характеризується легким підйомом настрою, підвищеною енергійністю й активністю, почуттям благополуччя, фізичною і психічною продуктивністю, що триває не менше декількох днів.

#### **Психологічні діагностичні критерії:**

а) дослідження самооцінки за K.Jaspers, лікарняний опитувальник MHQ по S.Grown; шкала тестування PNRS, шкала WPRS, шкала IMPS;

б) окремі субтести Векслера;

в) патохарактерологічний діагностичний опитувальник;



г) окремі оцінні шкали ММРІ.

За зазначеними методиками виявляються психопатологічні феномени, що характеризують *маніакальний реєстр-синдром*.

**Реабілітаційні заходи:** здоровий спосіб життя, правильне чергування сну – неспання, праці – відпочинку, загартовування, загальнооздоровчі заходи.

**Манія без психотичних симптомів** – це розлад, що характеризується вираженим підйомом настрою, значним підвищенням активності, втратою нормального соціального функціонування, вираженим підйомом настрою, значним підвищення активності, втратою нормального соціального функціонування, вираженим відволіканням, підвищеною самооцінкою, ідеями величі, надоптимізмом, порушенням сприйняття, що тривають не менше тижня.

**Психологічні діагностичні критерії:**

а) дослідження самооцінки за K.Jaspers, лікарняний опитувальник МНҚ по S.Grown; шкала тестування PNRС, шкала WPRS, шкала ІМРС;

б) окремі субтести Векслера;

в) патохарактерологічний діагностичний опитувальник;

г) окремі шкали ММРІ.

За зазначеними методиками виявляються психопатологічні феномени, що характеризують маніакальний реєстр-синдром.

**Реабілітаційні заходи:** здоровий спосіб життя, правильне чергування сну – неспання, праці – відпочинку, загартовування, загальнооздоровчі заходи.

**Манія з психотичними симптомами** - це розлади, що відповідають клініці манії, однак виражені більш масивно, що супроводжуються маяченням величі, переслідування, що характеризуються скачкою ідей, агресією, психомоторним збудженням.

**Психологічні діагностичні критерії:**

а) дослідження самооцінки за K.Jaspers, лікарняний опитувальник МНҚ по S.Grown; шкала тестування PNRС, шкала WPRS, шкала ІМРС;

б) окремі субтести Векслера;

в) патохарактерологічний діагностичний опитувальник;

г) окремі оцінні шкали ММРІ.

За зазначеними методиками виявляються *психопатологічні феномени*, що характеризують *маніакальний регістр-синдром*.

**Реабілітаційні заходи:** здоровий спосіб життя, правильне чергування сну – неспання, праці – відпочинку, загартовування, загальнооздоровчі заходи. При сприятливому перебізі соматогенні та інфекційні психози повністю проходять. У період видужання у хворих певний час має місце астеничний синдром у різних модифікаціях. Проте інколи психічні порушення повністю не проходять, а трансформуються в певні стійкі *психопатологічні синдроми*, які змінюють особистість хворого, а інколи призводять до інвалідності. У хворих із психастенією в преморбіді можуть розвинути стійкі зміни особистості за іпохондричним типом, в інших залишаються різноманітні фобії. Такі хворі потребують не стільки медикаментозного лікування, скільки тактової адекватної психотерапії, якою володіє патопсихолог. Якщо патологічний процес уражає головний мозок (судинні захворювання, інсульт, травми, оперативні втручання, цукровий діабет, уремія, інтоксикація, менінгіти, енцефаліти тощо), у хворого розвивається *психоорганічний синдром*.

**Висновок.** Будь-яке психосоматичне захворювання є властивістю людського організму як системи. Воно не виводиться окремо ні з психічних, ні з фізіологічних (включаючи спадкові) властивостей індивіда, його неможливо пояснити шляхом дослідження властивостей якоїсь однієї підсистеми - психічної або соматичної. Тільки взаємодія між цими підсистемами і навколишнім середовищем може призвести до нового стану організму, що визначається як психосоматичне захворювання. І тільки розуміння цих зв'язків може дати змогу ефективно впливати на захворювання, яке виникло, в тому числі і методами психотерапії.

#### **Перелік питань для самоконтролю**

1. Характеристика методу «індивідуально-орієнтована психотерапія».
2. Характеристика методу «підтримуюча психотерапія».
3. Характеристика методу «логотерапія».
4. Характеристика порушення «психопатизація».
5. Характеристика порушення «соматогенний психоз».

#### **Рекомендована література:**

Основна: [2,3]

Допоміжна: [2,5]

Інформ. ресурси Інтернет: [1]

Міжнародні видання [1]

### **ТЕМА 13. ОРГАНІЧНІ ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ**

**Мета.** Проаналізувати порушення роботи неврологічної симптоматики органічних психічних розладів. Обґрунтувати психологічні діагностичні критерії та реабілітаційні заходи лікування. Визначити роботу психолога і встановити взаємозв'язок між лікуванням та наслідками органічних психічних розладів.

**Ключові слова:** деменція, органіка, психічні розлади, реабілітаційні заходи.

#### **Вступ**

#### **План лекційного заняття.**

1. Хвороба Альцгеймера
2. Судинна деменція
3. Мультиінфарктна деменція
4. Субкортикальна судинна деменція
5. Хвороба Піка
6. Деменція при хворобі Паркінсона
7. Деменція при епілепсії

#### **Висновок**

**Вступ.** Практично при всіх органічних і психосоматичних психічних розладах порушується робота периферичної нервової системи та виявляється неврологічна симптоматика. Існує така закономірність, що при негрубих початкових органічних захворюваннях неврологічна симптоматика мінімальна, а психічні розлади (порушення поведінки) — виражені сильно і навіть переважають у клінічній картині. І, навпаки, при важких органічних ураженнях мозку патологічна неврологічна симптоматика “превалює” над психічними поразеннями.

## 1. Хвороба Альцгеймера

Деменція при хворобі Альцгеймера — це процес, що являє собою первинне дегенеративне церебральне захворювання і виникає переважно в передстаречому віці, а наслідком цього процесу є тотальне слабоумство. Захворювання звичайно розвивається повільно, але неухильно, протягом декількох років. Виділяють деменції при хворобі Альцгеймера з раннім початком (до 65 років) і з пізнім початком (після 65 років).

**Психологічні діагностичні критерії:** ознаки інтелектуально-мнестичного зниження; для дослідження використовуються методики, спрямовані на вивчення стану інтелекту, оперативної пам'яті, концентрації уваги. **Реабілітаційні заходи:**

- когнітивний тренінг;
- стимуляція фізичної активності;
- стимуляція соціальних взаємодій;
- сімейне консультування;
- психокорекція соціальних навичок.

## 2. Судинна деменція

**Судинна деменція** (F 01). Під цією загальною назвою об'єднуються деменції при різних формах судинної патології головного мозку (атеросклероз, гіпертонічна хвороба та ін.), а також при деяких екстрацеребральних судинних захворюваннях (інфаркт міокарда та ін.), і при різних морфологічних формах судинної патології — при ураженні магістральних судин і дифузному ураженні дрібних, судин кори головного мозку, грубовогнищевих із крововиливами в мозок (інсульт) або розм'якшенням і при процесах, що ведуть до множинних дрібновогнищевих порушень із крапковими крововиливами, вогнищами запусіння нервових клітин у корі і вторинній мозковій атрофії.

Судинні деменції характеризуються сполученням інтелектуально-мнестичних змін із різноманітною дифузною або неврологічною симптоматикою, що розвивається внаслідок хронічних або гострих порушень кровообігу в головному мозку. *Слабоумство* в більшості випадків носить лакунарний (*парціальний*)

характер, із можливістю часткової компенсації дефіцитарної симптоматики. В останні роки виділяють 4 групи судинної деменції:

- а) судинна деменція з гострим початком;
- б) мультиінфарктна деменція;
- в) субкортикальна судинна деменція;
- г) змішана коркова і підкоркова судинна деменція;

**Судинна деменція з гострим початком (F 01.0).** Судинна деменція з гострим початком, як правило, розвивається швидко, після серії інсультів або цереброваскулярного тромбозу, емболії. Рідше причиною може бути одна масивна геморагія. Психологічні діагностичні критерії:

а) шкала Векслера для оцінки інтелекту у дорослих, що дозволяє одержати дані про вербальні та невербальні можливості;

б) тестування перцептивних функцій, особливо зорового сприйняття просторових співвідношень. Наприклад тест на зорове сприйняття (запам'ятовування), при якому випробуваному пропонують запам'ятати і відтворити 10 малюнків;

в) навчання новому, як тестування пам'яті; запам'ятовування інших слів;

г) Talk test допомогою якого визначають порушення сприйняття мовлення;

д) експериментально-психологічне дослідження, для виявлення порушень уваги, пам'яті, аналізу, суджень, критики, комбінаторних можливостей.

#### **Реабілітаційні заходи:**

- когнітивний тренінг;
- логотерапія;
- стимуляція фізичної активності;
- стимуляція соціальних взаємодій;
- сімейне консультування.

**3. Мультиінфарктна деменція** - захворювання з поступовим початком після декількох невеликих ішемічних епізодів або інфарктів, що створюють акумуляцію інфарктів у церебральній паренхімі. Спостерігається звичайно у віці 50-65 років, переважно при дифузному атеросклерозі мозкових судин. **Психологічні діагностичні критерії** такі ж, як при судинній деменції з гострим початком.

### **Реабілітаційні заходи:**

- когнітивний тренінг;
- стимуляція фізичної активності;
- стимуляція соціальних взаємодій;
- сімейне консультування.

#### **4. Субкортикальна судинна деменція (F 01.2)**

Субкортикальна судинна деменція — це захворювання, що розвивається в результаті множинних лакунарних інфарктів у глибоких структурах білої речовини півкуль у хворих із гіпертонічною хворобою.

Подібна клінічна картина виникає і внаслідок дифузного ураження білої речовини в півовальному центрі. Можливо, цей стан обумовлений хронічною ішемією у басейні дрібних артерій головного мозку і пов'язаний з церебральним атеросклерозом, що розвивається внаслідок артеріальної гіпертонії. Це захворювання відоме як *хвороба Бісвангера* (субкортикальна лейкоенцефалопатія Бісвангера).

**Психологічні діагностичні критерії** такі ж, як при судинній деменції з гострим початком.

### **Реабілітаційні заходи:**

- когнітивний тренінг;
- стимуляція фізичної активності;
- стимуляція соціальних взаємодій;
- сімейне консультування;
- психокорекція соціальних навичок

#### **5. Деменція при хворобі Піка**

Хвороба Піка - це прогресуюча деменція, що відноситься до групи так званих системних атрофій.

**Психологічні діагностичні критерії** великого значення для практики не мають.

### **Реабілітаційні заходи:**

- когнітивний тренінг;
- стимуляція фізичної активності;

- стимуляція соціальних взаємодій;

- сімейне консультування.

**6. Деменція при хворобі Паркінсона.** Деменція при хворобі Паркінсона зустрічається у 20-60% хворих з даною патологією і спостерігається звичайно при вираженій неврологічній симптоматиці. Діагностувати її вкрай важко через виражені порушення моторики у пацієнтів.

**Психологічні діагностичні критерії** значення не мають.

**Реабілітаційні заходи:**

- когнітивний тренінг;

- стимуляція фізичної активності;

- стимуляція соціальних взаємодій;

- сімейне консультування.

## 7. Деменція при епілепсії

Деменція при епілепсії вважається наслідком частих розгорнутих випадків і пояснюється змінами в корі, обумовленими ішемічними некрозами клітин. Психологічні діагностичні критерії не є специфічними. Реабілітаційні заходи:

- когнітивний тренінг;

- стимуляція фізичної активності;

- стимуляція соціальних взаємодій;

- сімейне консультування.

На сьогоднішній день найбільш поширеними соматичними захворюваннями, які призводять до виражених змін психіки, є:

- атеросклероз судин головного мозку,

- гіпертонічна хвороба,

- ішемічна хвороба серця,

- онкологічні хвороби, туберкульоз,

- цукровий діабет,

- черепномозкові травми.

У зв'язку зі значним поширенням венеричних захворювань можна очікувати зростання кількості хворих із прогресивним паралічем і психічними порушеннями внаслідок ВІЛ-інфікування.

**Наслідки.** Практично всі ці захворювання при прогресивному перебігу здатні призводити до *Корсаковського синдрому*, *енцефалопатії* та *психоорганічного синдрому* із зниженням пам'яті та інтелекту, яке може сягати рівня деменції. Догляд за такими хворими має певні особливості.

Так, хворі на атеросклероз судин головного мозку вночі часто не зорієнтуються, де знаходяться.

Хворі, в яких внаслідок інсульту розвинулась афазія, часто схильні до неадекватних емоцій з експлозивністю і брутальністю. Вони можуть кидати здоровою рукою різні предмети, без причини ридати, битись, мова їх обмежена окремими вигуками, а нерідко - елементами нецензурних виразів.

**Робота психолога.** Патопсихолог повинен розуміти, що така поведінка є наслідком хвороби. Необхідно спокійно і ввічливо виконувати свої обов'язки та проводити роз'яснювальну роботу з родичами хворих, яких пригнічує їх психічний стан. У гострий період черепномозкової травми у хворих може затьмаритись свідомість (найчастіше бувають делірій або запаморочливі стани). Про це потрібно постійно пам'ятати, а при розвитку психозу хворого необхідно тимчасово зафіксувати до ліжка.

Хворі з посттравматичним корсаківським синдромом потребують постійного стороннього нагляду.

Особливістю психічних порушень у хворих на злоякісні онкологічні хвороби є наявність у багатьох із них своєрідної анозогнозії. Незважаючи на прогресуюче погіршення самопочуття й об'єктивного стану, більшість хворих надіються і вірять, що злоякісні новоутворення є в інших хворих, а в них має місце інше, в принципі виліковне, захворювання.

**Робота психолога.** Патопсихолог повинен підтримувати віру хворих у видужання, а в безнадійних випадках - рятувати їх від морального «знищення», тоді лікування буде ефективнішим. У деяких хворих, які дізнаються від родичів (знайомих) правду, можуть розвинути афективні стани і реактивні психози з



суїцидальними тенденціями, причому навіть тоді, коли лікування проходить успішно і є підстави сподіватися на позитивні результати.

Виражена туберкульозна інтоксикація здатна викликати *маніакальний синдром*. Якщо різні варіанти астенічного синдрому у хворих на туберкульоз змінилися на маніакальний стан, а суб'єктивно хворі почали почувати себе сповненими сил і енергії, це означає, що насправді об'єктивний стан їх різко погіршився. Такі хворі можуть порушувати лікарняний режим. Вони стають ейфоричними, некритично ставляться до свого стану, будують для себе нереальні плани. У них розгальмовуються інстинкти, особливо статевий. Гіперсексуальність призводить до безладних статевих зв'язків, зростає ризик зараження венеричними захворюваннями, з'являються підстави для ревнощів з боку партнера.

**Висновок.** Органічний психосиндром — стан, що характеризується необоротними змінами особистості, з появою психічної безпорадності, зниження пам'яті, кмітливості, зниженням волі, афективною лабільністю, зниженням працездатності і здібності до адаптації.

### **Перелік питань для самоконтролю**

1. Загальна характеристика хвороби Альцгеймера.
2. Загальна характеристика Судинної деменції.
3. Загальна характеристика Мультиінфарктної деменції
4. Загальна характеристика Субкортикальної судинної деменції
5. Загальна характеристика Хвороби Піка
6. Загальна характеристика Деменції при хворобі Паркінсона
7. Загальна характеристика Деменції при Епілепсії
8. Психологічні діагностичні критерії хвороби Альцгеймера.
9. Психологічні діагностичні критерії Судинної деменції.
10. Психологічні діагностичні критерії Мультиінфарктної деменції
11. Психологічні діагностичні критерії Субкортикальної судинної деменції
12. Психологічні діагностичні критерії Хвороби Піка
13. Психологічні діагностичні критерії Деменції при хворобі Паркінсона
14. Психологічні діагностичні критерії Деменції при Епілепсії
15. Реабілітаційні заходи хвороби Альцгеймера.

- 16. Реабілітаційні заходи Судинної деменції.\
- 17. Реабілітаційні заходи Мультиінфарктної деменції
- 18. Реабілітаційні заходи Субкортикальної судинної деменції
- 20. Реабілітаційні заходи Деменції при хворобі Паркінсона
- 21. Реабілітаційні заходи Деменції при Епілепсії

**Рекомендована література:**

Основна: [2,3]

Допоміжна: [2,5]

Інформ. ресурси Інтернет: [2]

Міжнародні видання [2]

## **ТЕМА 14. ФУНКЦІОНАЛЬНІ РОЗЛАДИ ПСИХІКИ**

**Мета.** Проаналізувати невротичні психогенні реакції. Описати психологічний портрет особистості з панічними розладами. Обґрунтувати розлади адаптації. Довести, що ситуаційні реакції і психогенні тривожні стани проходять після успішного вилікування основного захворювання або після вирішення проблеми, яка викликає тривогу.

**Ключові слова:** невротичні психогенні реакції, невроз нав'язливих станів, розлади адаптації, фобії, тривога.

### **Вступ**

#### **План лекційного заняття.**

1. Невротичні психогенні реакції
2. Панічні розлади
3. Розлади адаптації

### **Висновок**

**Вступ.** Патопсихологам, які працюють у лікувальних закладах будь-якого профілю, у практичній діяльності доводиться працювати з хворими, розлади психіки яких мають функціональний перехідний характер. Здебільшого такі психічні порушення є непсихотичними. Відповідно до сучасної Міжнародної класифікації хвороб вони входять у рубрику «Невротичні, пов'язані зі стресом і соматоформні розлади».

## 1. Невротичні психогенні реакції

До них відносять:

- невроти́чні психогенні реакції (ситуаційна психогенна реакція,
- невроз тривожного очікування, панічні розлади), неврози у вигляді неврастенії,
- дисоціативних або конверсійних розладів (істеричний невроз),
- нав'язливих думок,
- фобій і компульсивних дій (невроз нав'язливих станів),
- соматизовані й соматоформні розлади (психосоматичні хвороби).

Інколи психогенні розлади психіки проявляються дисоціативними й конверсійними (істеричними) психозами, гострою реакцією на стрес та посттравматичними стресовими розладами (гострі й затяжні реактивні психози).

### Невроти́чні психогенні реакції

*Ситуаційна психогенна реакція.* У більшості хворих, які звернулись за медичною допомогою і після обстеження дізнались, що в них є небезпечне для здоров'я, продовження професійної діяльності або для життя захворювання, що обов'язково вимагає відповідного тривалого, лікування, розвиваються ситуаційні психогенні невроти́чні реакції. Останні практично завжди розвиваються у хворих на ішемічну хворобу серця, туберкульоз, цукровий діабет ВІЛ-інфекцію, прогресуючу хронічну ниркову недостатність, ускладнені форми виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки, онкологічні хвороби тощо.

Психічний і загальний стан хворого різко погіршується тоді, коли він отримує від лікаря інформацію про наявність у нього серйозного захворювання й усвідомить можливі негативні наслідки (в слабоумних та дементних хворих і гіпертимних психопатів ці реакції практично не виникають, тому що вони адекватно не усвідомлюють свій стан).

Хворі з вираженими тривожними переживаннями практично завжди вивчають інструкції, які стосуються дії призначених ліків. Внаслідок своєї рідкої вибіркової сприйнятливості, зумовленої тривогою, вони надто емоційно сприймають дані про можливі побічні дії й ускладнення (які насправді виникають дуже рідко), чим знижують потенційну ефективність медикаменту, або навіть самонавіюють негативні наслідки його застосування. У більшості хворих виникає тривога за своє

майбутнє: «Чи вистачить грошей, щоб купити необхідні медикаменти?»; «Чи зможе після виписки з лікарні приступити до роботи?»; «Чи не загрожує інвалідність?»; «Як зміниться ситуація в сім'ї?» тощо.

Тривожні переживання посилюються перед неприємними втручаннями медичного характеру (операціями, болючими перев'язками, ендоскопічними дослідженнями, зондуванням тощо). Напередодні проведення зондування дванадцятипалої кишки хворий практично завжди отримує негативну інформацію про суб'єктивне переживання цієї процедури від інших хворих. Його думки і переживання концентруються навколо майбутніх «тортур». Хворий напередодні погано спить, вдень із тривогою чекає на процедуру зондування. Він суб'єктивно переживає в уяві неприємні відчуття. Тому напередодні краще не говорити хворому про це втручання, а якщо хворий вже знає про це, то необхідно виконати неприємну процедуру якнайшвидше. *Ситуаційні реакції і психогенні тривожні стани* проходять після успішного вилікування основного захворювання, вирішення проблеми, яка викликає тривогу, або в тих випадках, коли хворий переоцінить свій стан, змиритися з наявністю хронічного патологічного процесу чи каліцтва, спрямує всі сили та енергію на адекватне лікування і реабілітацію. Винятком є напади надмірної тривоги і страху, які практично завжди виникають при гострих нападах серцевого болю, зумовлених стенокардією, або інфарктом міокарда. У цих випадках страх за своє життя «звужує» самоусвідомлення хворим свого стану до рівня страху смерті. Скільки разів повторюється серцевий напад, стільки ж разів хворий буде суб'єктивно «помирати».

## **2. Панічні розлади**

**Панічні розлади (епізодична пароксизмальна тривога).**

*Симптоми* нападів сильної тривоги (паніки) в різних хворих не однакові, але завжди спостерігають серцебиття, яке виникає раптово, біль у ділянці серця або інших частинах грудної клітки, ядуху, запаморочення, відчуття нереальності (деперсоналізацію або дереалізацію). Постійно з'являються вторинний страх смерті, втрати самоконтролю або небезпеки божевілля. Переважно такі атаки тривають декілька хвилин, інколи довше. Під час панічної атаки наростає

неконтрольований страх із втратою самовладання і з'являються виражені вегетативні розлади, які призводять до того, що хворі намагаються якнайшвидше залишити місце, де знаходяться. Якщо таке відбувається в специфічній ситуації, наприклад в автобусі або поліклініці, то хворий старається обминати ці місця. В інших напади страху з'являються тоді, коли хворий залишається наодинці.

### 3. Розлади адаптації

*Розлади адаптації* (ситуаційні психогенні реакції, пароксизмальні панічні розлади, неврози тривожного очікування) - обов'язкові компоненти психологічного відреагування інтелектуально повноцінної людини на усвідомлення хвороби. Ці реакції значною мірою формують аутопластичну (внутрішню) картину хвороби і визначають тип суб'єктивного відреагування на неї. Часто психічний стан хворого за своїм впливом на загальне самопочуття є набагато тяжчим, ніж наявні об'єктивні розлади, викликані хворобою.

Згідно з *феноменом Йореса*, виразність суб'єктивно неприємних відчуттів в основному прямо пропорційно залежить від функціональних змін і здебільшого обернено пропорційна виразності органічних порушень. Винятком є хворі на інфаркт міокарда і хворі з метастазами злоякісних новоутворень.

**Реабілітаційні заходи.** Послаблення проявів стресу, поліпшення психічного стану хворого, поглиблення віри в успішне лікування - найважливіші аспекти професійної роботи психолога в лікарняному закладі.

**Висновок.** У групі “Функціональні синдроми” перебуває переважна частина “проблемних пацієнтів”, які приходять на прийом з картиною часто невизначених скарг, що можуть зачіпати серцево-судинну систему, шлунково-кишковий тракт, руховий апарат, органи дихання або сечостатеву систему. Безпорадність лікаря щодо цієї симптоматики пояснюється серед іншого різноманіттям понять, якими позначаються ці скарги. Часто в таких хворих наявні тільки “функціональні порушення” окремих органів або систем. Будь-які органічні зміни, як правило, не виявляються. На відміну від конверсійних симптомів, окремий симптом не має специфічного значення, будучи неспецифічним наслідком порушеної фізичної функції. Александер описав ці тілесні прояви як “супроводжуючі” ознаки

емоційного напруження без характерних рис і позначив їх органічними неврозами (Александр, 2002).

### **Перелік питань для самоконтролю**

1. Проблеми адаптації до нових умов.
2. Властивості та умови розвитку здорової людини.
3. Критерії “успішності” адаптаційних процесів людини.
4. Умови збереження психологічного здоров'я.
5. Вплив зовнішнього і внутрішнього соціального оточення на психіку окремої людини.

### **Рекомендована література:**

Основна: [2,3]

Допоміжна: [1,5]

Інформ. ресурси Інтернет: [3]

Міжнародні видання [2]

## **ТЕМА 15. НЕВРОЗИ (НЕВРОТИЧНІ РОЗЛАДИ)**

**Мета.** Описати характеристику невротичних розладів. Вивчити основні групи клінічної симптоматики неврозів та довести розлади інших психічних функцій при неврозах. З'ясувати психологічні діагностичні критерії та реабілітаційні заходи невротичних розладів.

**Ключові слова:** неврози, нервова діяльність, розлад, реабілітація.

### **Вступ**

#### **План лекційного заняття**

1. Характеристика невротичних розладів
2. Основні групи клінічної симптоматики неврозів
3. Розлади інших психічних функцій при неврозах
4. Неврастенія
5. «Інші специфічні невротичні розлади».

### **Висновок**

**Вступ.** Зрив вищої нервової діяльності виникає внаслідок того, що змінюються стан і взаємозв'язок між основними нервовими процесами, а саме між їх силою і

рухливістю, якщо до них ставлять надто високі вимоги. Розвиток певного виду неврозу значною мірою залежить від типу вищої нервової діяльності. Психолог повинен вміти правильно розпізнавати тривожні розлади.

## **1. Характеристика невротичних розладів**

**Неврози** - це порушення вищої нервової діяльності й нейровегетативних функцій, що розвиваються переважно в емоційній сфері, під впливом психічних травм або тривалого емоційного напруження, коли зміни мислення і загальної поведінки спричинені станом афекту.

На неврози здебільшого хворіють особи з меланхолічним і холеричним темпераментом, тоді як при сангвінічному і флегматичному темпераменті зриви спостерігають рідко. Розвитку неврозів сприяють соціальні умови, соматичний і психічний стан у момент психотравми, загальна перевтома.

## **2. Основні групи клінічної симптоматики неврозів**

Для всіх видів неврозів характерні такі *основні групи клінічної симптоматики*:

1. Розлади самоконтролю: дискомфорт, головний біль, відчуття розбитості (особливо після сну), підвищена втомлюваність, зниження працездатності, знесилення.

2. Емоційні розлади: лабільність настрою, сензитивність, подразливість, схильність до депресивних реакцій, страхів і настирливих побоювань, бурхливі афективні спалахи з подальшим виснаженням, неадекватність емоційної реакції силі подразника, недостатність контролю за емоційними реакціями.

3. Розлади емоційно-вольової сфери і потягів: порушення апетиту і сексуальної функції, настирливі потяги і дії, недостатній контроль за поведінкою.

## **3. Розлади інших психічних функцій:**

1. Уваги (підвищене виснаження, неухважність, відволікання або прикутість до неприємних відчуттів).

2. Пам'яті (забудькуватість, труднощі при запам'ятовуванні й відтворенні інформації).

3. Мислення (нав'язливі думки, афективне мислення, концентрація думок навколо своєї хвороби).

4. Відчуття і сприймання (гіпер-, гіпо- й анестезії, парестезії, сенестопатії, неприємні відчуття в органах і ділянках тіла з розладами їх діяльності, функціональна сліпота, глухота).

5. Свідомості й самосвідомості (афективне звуження свідомості при психотравмуючих обставинах).

#### 4. Неврастенія

**Соматовегетативні розлади:** гіпергідроз, приплив жару, тахікардія, лабільність пульсу і артеріального тиску, закрепи, нудота, прискорення сечопускання, енурез, ядуха, функціональні парези і паралічі, заїкання, тремор тощо. При неврозах виявляють симптоми всіх згаданих груп розладів. У процесі подальшого перебігу, залежно від преморбідних особливостей, на перший план виходять порушення або психічних, або соматовегетативних функцій.

Основними різновидами неврозів є неврастенія, невроз нав'язливих станів та істерія. У людей із художнім типом, в яких перша сигнальна система (підкіркові процеси) переважає над другою (кора головного мозку), здебільшого розвивається істеричний невроз. До неврозу нав'язливих станів схильні особи з розумовим типом вищої нервової діяльності, в яких друга сигнальна система превалює над першою.

Більшості людей властивий змішаний тип нервових процесів, найчастіше в них розвивається неврастенія. Неврастенія характеризується наявністю різноманітної симптоматики: *соматичної, неврологічної, психопатологічної*. **Соматична симптоматика** не пов'язана з яким-небудь захворюванням внутрішніх органів, проте часто така виразна, що змушує хворого постійно звертатися до лікарів. Переважно спостерігають прояви розладу функцій серцево-судинної системи: тахікардію, іноді сповільнення пульсу, відчуття болю, завмирання або стискання в ділянці серця тощо. Частими є порушення діяльності травного тракту: зниження або «примхи» апетиту, нудота, розлади випорожнень. Іноді спостерігається збільшення кількості сечовипускання без збільшення діурезу. В жінок можуть з'явитися ті чи інші відхилення в менструальному циклі, в чоловіків



- явища імпотенції, які проявляються різними формами порушення статевого потягу та ерекції. Із загальних симптомів можна виділити гіперестезію до зовнішніх подразників (світла, звуку тощо) і погане самопочуття, яке хворим іноді тяжко описати. Виникають також відчуття тяжкості в голові, головний біль невизначеної локалізації, запаморочення тощо. Характерні порушення сну: хворі довго не можуть заснути, часто прокидаються, сон не досить глибокий, тому не приносить задоволення, навіть якщо тривалість його достатня.

**Неврологічний статус характеризується** підвищенням сухожильних рефлексів, тремором витягнутих рук, сильною пітливістю та іншими ознаками подразнення вегетативної нервової системи. Психопатологічна симптоматика неврастенії добре визначається терміном «дратівлива слабкість». Характерними є поганий настрій та емоційна лабільність, яка, на відміну від такої при істерії, поєднується із швидким виснаженням нервових процесів. Емоційні «вибухи» виникають легко і нерідко з незначного приводу. Після цього хворий розкаюється у своїй поведінці, ніяковіє. Типовою є також схильність до плаксивості, навіть у чоловіків. Працездатність, насамперед розумова, знижена, однак хворий під впливом тонізуючих психічних чинників може «зібратися» і виконати належний обсяг роботи. При неврастенії немає якісних інтелектуальних порушень. Хворі скаржаться на забудькуватість, порушення запам'ятовування, особливо в повсякденному житті, й болісно переживають це. Такі розлади є наслідком порушення уваги, слабкості її концентрації і минають без сліду. Загальна поведінка хворих не врівноважена, зокрема під час спілкування з людьми, що пов'язано з емоційною нестійкістю. Розрізняють дві форми неврастенії: гіпер- і гіпостенічну. При гіперстенічній формі переважають симптоми дратівливої слабкості, при гіпостенічній - явища астенізації нервової системи (загальна слабкість, млявість, непереносимість будьяких подразників і навантажень, зниження загального життєвого тону).

### **Психологічні діагностичні критерії:**

а) наявність інтрапсихічного конфлікту невротичного типу, різного ступеня виразності:

1. група методик, що характеризують особливості самооцінки і співвідношення її з рівнем домагань;
2. методики визначення локусу контролю;
3. методики, що визначають тип відношення хворого до хворобливих проявів;
4. проєктивні методики;

б) наявність астеничних порушень і змін пізнавальних процесів – група методик дослідження пам'яті, уваги, мислення, що дозволяють об'єктивізувати зниження (або коливання) рівня розумової працездатності, виснаження, стомлюваності, низьку продуктивність.

### **Реабілітаційні заходи:**

а) індивідуально-орієнтована психотерапія, спрямована на всебічне вивчення особистості хворого, особливості формування, структури і функціонування його системи відношень; досягнення у хворого усвідомлення і розуміння причинно-наслідкового зв'язку між особливостями його системи відношень і захворюванням; допомога хворому в розумінні ситуації, що є психотравмуючою, зміну ставлення хворого до ситуації, корекцію неадекватних реакцій та форм поведінки; проводиться індивідуально або в процесі групової психотерапії;

б) логотерапія проводиться паралельно з медикаментозним лікуванням;

в) аутогенне тренування проводиться із застосуванням спеціально розроблених з урахуванням скарг хворого і симптоматики формул хвороби і спрямоване на розвиток і зміцнення саморегуляції, самоконтролю і самовладання, при цьому здійснюється вплив на загальноневротичну симптоматику, нейровегетативні розлади

**Невроз нав'язливості** характеризується появою нав'язливих станів після психічної травми.

**Нав'язливі сумніви** - це невпевненість у правильності здійснюваних або здійснених дій, що настирливо виникає всупереч логічним доказам. Наприклад, хворий сумнівається в тому, чи правильно написав документ, чи вимкнув електроприлади тощо, незважаючи на неодноразову перевірку ним виконаної дії.

**Нав'язливі спогади** - це надокучливі спогади про сумну, неприємну або ганебну для хворого подію всупереч намаганням про неї не думати.

**Нав'язливі уявлення** - це поява неправдоподібних уявлень, які хворий сприймає за реальність попри їхню абсурдність. Наприклад, хворий переконаний у тому, що похований родич був живий, при цьому він уявляє і болісно переживає страждання «уявно померлого» в могилі.

**Нав'язливі потяги** - це намагання здійснити якусь вкрай небажану дію, яке супроводжується відчуттям жаху й паніки за неможливість звільнитися від таких потягів. Хворого охоплює бажання кинутися під поїзд або штовхнути під нього близьку людину, вбити жорстоким чином свою дитину чи дружину, причому він відчуває нестерпний страх від того, що це відбувається (контрастні потяги).

**Нав'язливі страхи** (фобії) - це нав'язливі і безглузді страхи висоти, великих вулиць, відкритих або обмежених просторів, скупчення людей, страх захворіти на невиліковну хворобу або несподівано померти. До нав'язливостей афективно нейтрального змісту належать нав'язливі мудрування, пригадування забутих термінів, формулювань тощо.

**Нав'язливі дії** - це рухи, які хворий робить всупереч своєму бажанню, незважаючи на зусилля утриматись від їх виконання. Одні з нав'язливих дій заповнюють його думки доти, доки не будуть реалізовані, інші не помічаються ним.

## **5. «Інші специфічні невротичні розлади»**

Близькими за клінічною картиною до неврозу нав'язливості є психастенія і психастенічний невроз, які, згідно з МКХ-10, відносять до рубрики «Інші специфічні невротичні розлади».

Для цього виду неврозу характерні:

- ◆ переважання явищ астенизації;
- ◆ постійне загальне відчуття напруги з важкими передчуттями;
- ◆ панування уявлень щодо своєї соціальної неспроможності, власної непривабливості й приниженості відносно інших;
- ◆ підвищена стурбованість щодо критики;
- ◆ небажання вступати в контакт без гарантії сподобатися, ухилення від соціальної або професійної діяльності, яка пов'язана із значними соціальними контактами, у зв'язку з наявністю страху критики, несхвалення або ігнорування;

◆ обмеженість життєвого і соціального укладу через потребу у фізичній і психологічній безпеці.

**Диференційна діагностика** необхідна для розмежування неврозу нав'язливості та шизофренії, мозкового атеросклерозу і наслідків енцефаліту. Ознакою неврозу нав'язливості, а на початку хвороби і єдиним психопатологічним проявом, є саме нав'язливість при відсутності інтелектуальних розладів. Якщо хвороба набуває тривалого перебігу і недостатньо піддається лікуванню, вона може впливати не тільки на особистість хворого, а й на його подальше життя.

### **Істерія.**

**Клінічна картина** хвороби характеризується значною лабільністю емоцій і переходом психічного компонента в соматоневрологічний. Це єдина форма неврозу, при якій можливі якісні зміни свідомості. Практично всі симптоми істерії мають захисний для хворого характер відповідно до конкретної психотравмуючої ситуації. Вони приносять людині певну моральну вигоду, оскільки дають змогу позбутись якогось іншого важкого переживання. Через це істерію можна розглядати як своєрідне фізіологічне захисне явище, що виникає під впливом надпотужного подразника. Наприклад, мати отримала несподівану звістку про трагічну загибель сина. Чекаючи, коли привезуть його тіло, вона з жахом подумала, що не зможе бачити сина мертвим, і раптово осліпла. Істерична сліпота згодом пройшла.

**Симптоми.** *Емоційна лабільність* при істерії проявляється різкою зміною емоцій, нестійкістю їх, Однак, на відміну від неврастенії, вони відзначаються високою наснагою, майже невичерпні, незважаючи на бурхливі прояви. Хворий, який голосив, плакав, поринав у відчай, часто без особливих зусиль заспокоюється, крім того, до нього досить легко може повернутись добрий настрій. Така лабільність емоцій може призвести до нестійкості у бажаннях, намірах, поведінці, симпатіях і антипатіях.

Крім емоційної лабільності, характерним психопатологічним симптомом істерії є *навіювання* (самонавіювання й здатність піддаватися навіюванню з боку інших осіб). Значні сила і лабільність емоцій можуть іноді зумовлювати порушення свідомості за типом сновидно затьмареної (істеричний делірій) і хворобливо звуженої (істеричний запаморочливий стан).

*Запаморочливий стан* при істерії являє собою чистий тип хворобливо звуженої свідомості без оглушення та інших ознак її порушення. Із соматичних симптомів спостерігають тахікардію, задишку, відчуття завмирання серця, стан, що нагадує непритомність, часте сечовипускання, порушення апетиту, блювання, нудоту, пронос, у жінок - розлади менструального циклу.

**Неврологічні симптоми** істерії також дуже різноманітні. Їх поділяють на явища *подразнення* і явища *випадання* в руховій та чутливій сферах, а також у ділянці різних аналізаторів.

Явища *подразнення* в чутливій сфері й у ділянці *аналізаторів* характеризуються:

- різким підвищенням чутливості до всіляких подразників (гіпфестезія до світла, звуків, дотику, больового подразнення тощо),
- у рефлекторній сфері - підвищенням рефлексів із розширенням їх зони,
- в руховій сфері - тиками, сіпанням, тремором та іншими рухами.

До явищ *випадання* належать істеричні сліпота, глухота, глухонімота. Найяскравішим проявом подразнення в руховій сфері є істеричний напад. Явища *випадіння* в *чутливій сфері* характеризуються різким зниженням чутливості аж до відсутності всіх видів її. Вони, як і явища подразнення, не відповідають анатомічним зонам, інервацію яких забезпечують периферичні нерви.

При *неврозі* рухові розлади, пов'язані з випадінням у руховій сфері, проявляються ***паралічами та парезами***. Вони не відповідають іннерваційним порушенням периферичного характеру, хоча парези нерідко мають периферичний тип. При цьому випадає також цілісна функція (рухи кисті й усієї верхньої кінцівки, ступні й усієї нижньої кінцівки тощо), що свідчить про центральний характер порушень. Сухожильні рефлекси можуть підвищуватись.

Психологи дитячих відділеннях лікарень, дитячих дошкільних закладів, шкіл, літніх таборів відпочинку тощо нерідко мають справу з таким неспсихотичним розладом психіки, який, згідно з МКХ-10, називають ***тривожним розладом*** у зв'язку з розлукою в дитячому віці. Для немовлят і дітей дошкільного віку є нормальною поява певного ступеня тривоги через реальну або загрожуючу розлуку з людьми, до яких вони прихильні. Цей розлад вважають ***патологічним*** лише тоді,

коли тривога сягає ступеня, який виходить за межі звичайних проявів і створює значні проблеми в плані соціального функціонування як дитини, так і її сім'ї та дитячого закладу, де перебуває ця дитина. Такі тривожні розлади можуть набувати форми:

- ◆ нереального неспокою, який поглинає всі емоції, помисли й уявлення дитини; думки про те, що її розлучають із близькими людьми, загублять, вкрадуть, назавжди залишають у стаціонарі, вб'ють;

- ◆ впертого небажання йти в дитячий дошкільний заклад або школу через страх розлуки, а не через інші причини, наприклад, низьку успішність або погане ставлення з боку ровесників;

- ◆ впертого небажання або відмови спати без особи, до якої дитина відчуває велику прихильність, неадекватного страху самотності або страху залишитись самому вдома, нічних жахів, які часто повторюються;

- ◆ рецидивної появи соматичних і вегетативних симптомів (нудоти, болю в животі, блювання, проносу, головного болю тощо) при розлуці з особою, до якої дитина відчуває надмірну прихильність (коли потрібно йти в дитячий дошкільний заклад, школу тощо);

- ◆ повторних надмірних емоційних дистресів, що проявляються тривогою, плачем, подразливістю, стражданнями, апатією або соціальною аутизацією при передчутті під час або відразу після розлуки з особою, до якої дитина відчуває прихильність. *Наприклад*, психолог медичного закладу, коли приймає дитину на лікування в дитяче відділення, бачить типовий для такої ситуації психічний стан дитини, який він кваліфікує як звичайну мінущу реакцію протесту (вид ситуаційної реакції), а коли постійно спостерігає за дитиною, відзначає, що її мучать нічні жахи, тоді як вдень вона апатична й аутична тощо.

**Психопрофілактика** невротичного розвитку особистості полягає в запобіганні розвитку неврозів і своєчасному якісному психотерапевтичному їх лікуванні у період виникнення.

**Висновок.** Невротичний розвиток особистості - це сталі за клінічними проявами, практично незворотні зміни всієї особистості людини, зумовлені тривалим перебігом неврозу, коли зафіксують «входження» або «втечу» у хворобу.

Розвиток цього стану може призвести до стійкої соціальної дезадаптації хворого, а відтак закінчитися його інвалідністю. Правильне описання стану і поведінки дитини психологом допоможе лікарю підібрати адекватний метод психокорекції і покращити якість лікування або соціальної реадаптації при необхідності перебування дитини в школі або дошкільному закладі.

### **Перелік питань для самоконтролю**

1. Поняття та характеристика видів невротичних розладів
2. Характеристика клінічної симптоматики неврозів
3. Невроз нав'язливості функціональних розладів при неврозах
4. Неврастенія. Характеристика соматовегетативних розладів
5. Психологічні діагностичні критерії неврастенії
6. Реабілітаційні заходи при неврастенії
7. Характеристика типів нав'язливих станів
8. Характеристика поняття: «Інші специфічні невротичні розлади».
9. Форми тривожних розладів.
10. Істерія. Клінічна картина. Неврологічні симптоми.

### **Рекомендована література:**

Основна: [2,3]

Допоміжна: [1,3]

Інформ. ресурси Інтернет: [4]

Міжнародні видання [2]

## **ТЕМА 16. РЕАКТИВНІ ТА ПОСТСТРЕСОВІ ПСИХОЗИ**

**Мета.** Встановити взаємозв'язок між дією стреса і захисними механізмами організму людини у вигляді безумовних рефлексів, генетично нам даних самою природою у вигляді гіперстимуляції симпатичної нервової системи - тієї частини ЦНС, яка контролює збудження та готовність людини до дії і, яка включається, щоб зберегти наш організм. Виявити основні 4 типи захисних реакцій організму та проаналізувати шляхи реабілітаційних заходів.

**Ключові слова:** реактивні психози, психогенні психози, стрес, ПТСР

**Вступ**

**План лекційного заняття.**

1. Реактивні психози. Їх види.
2. Затяжні психогенні психози
3. ПТСР. Стрес як психологічна травма.
4. Типи реакції гострого стресу
5. Рівні реабілітації ПТСР

## **Висновок.**

**Вступ.** Реакція на сильний стрес і порушення адаптації (реактивні психози). Реактивні психози, які згідно з МКХ-10 віднесені в рубрику «Реакції на сильний стрес і порушення адаптації», - це патологічні реакції психотичного рівня на психічні травми або несприятливі ситуації, що викликають страх, тривогу, образу, тугу чи інші негативні емоції. Вирішальне значення для розвитку реактивного психозу мають характер і сила психічної травми, преморбідне тло.

### **1. Реактивні психози. Їх види**

Реактивні психози найчастіше виникають в осіб, які хворіють на психопатію, перенесли черепномозкову травму, а також в ослаблених інфекційними, соматичними захворюваннями, інтоксикаціями, тривалим безсонням, авітамінозами тощо. Серед реактивних психозів розрізняють:

- ◆ афективно-шочові реакції;
- ◆ реактивну депресію;
- ◆ реактивний параноїд;
- ◆ істеричні психози.

*Афективно-шочові психогенні реакції* викликаються раптовим сильним афектом, що звичайно супроводжується страхом через загрозу для життя (пожежа, землетрус, повінь тощо). Клінічно ці реакції проявляються реактивним збудженням і реактивним ступором. При реактивному збудженні раптово виникає хаотичне немотивоване психомоторне збудження. Хворий кидається в різні сторони, кричить, благає про допомогу. Таку поведінку спостерігають при психогенному запаморочливому стані свідомості з порушенням орієнтування і подальшою амнезією.



*Реактивний ступор* проявляється заціпенінням, що виникає раптово: людина завмирає, не може зробити жодного руху, сказати хоча б слово (мутизм). Він триває від декількох хвилин до декількох годин, інколи довше. При цьому часто розвивається виражене напруження м'язів. Хворий лежить в ембріональній позі або витягується на спині. Очні щілини, як правило, широко розкриті, міміка відображає переляк чи безмежний відчай. При згадці про психотравмуючу ситуацію хворий блідне або червоніє, вкривається потом, у нього з'являється тахікардія. Цей стан закінчується сном і амнезією.

*Психомоторна загальмованість* може не досягати ступеня ступору. В цих випадках хворі частково контактують з людьми, хоча відповідають коротко, розтягуючи слова. Рухи скуті, повільні. Свідомість звужена або виключена до ступеня оглушення. Рідко у відповідь на раптову і сильну психотравмуючу дію настає так званий *емоційний параліч* - тривала апатія з байдужим ставленням до загрозової ситуації і навколишнього середовища.

**3. Затяжні психогенні психози** проявляються реактивною депресією та реактивним параноїдом.

**Реактивна депресія.** Смерть близької людини, тяжкі життєві невдачі здатні викликати реакцію депресії. У цьому стані хворі пригнічені, вираз обличчя в них скорботний, хода повільна, можуть тривалий час сидіти в одній позі з опущеною головою або лежати, підібгавши ноги, байдужі до всього, спілкуються мало і неохоче. Переживання сконцентровані навколо обставин, які пов'язані з психічною травмою. Думки про неприємну подію невідступні, деталізуються, стають надцінними, а інколи трансформуються в маячення. *Психомоторна загальмованість* часом досягає рівня *депресивного ступору*. Коли до туги приєднується тривога, страх або гнівливність, може розвинути психомоторне збудження: хворі голосно плачуть, заламують руки, б'ються головою об стіну, роблять спроби самогубства. Психоз проходить через певний час після вирішення психотравмуючої ситуації або після примирення з її наслідками.

При розвитку **реактивної депресії** хворого повинен оглянути лікар-психіатр, щоб госпіталізувати його в психіатричну лікарню для запобігання самогубству й організації належного лікування.

**Реактивний параноїд** - це патологічна реакція психотичного рівня на психічну травму чи несприятливу ситуацію, наприклад маячний синдром.

Клінічно він може проявитись різноманітними симптомами. В одних випадках виникають маячні ідеї переслідування при вираженому страху і розгубленості. При цьому зміст маячних ідей, як правило, відображає психотравмуючу ситуацію. Навколишнє середовище піддається маячній інтерпретації, набуває особливого значення. В інших випадках, крім маячних ідей, у хворих виникають слухові галюцинації такого самого змісту. Поведінка хворих визначається нереальним оцінюванням дійсності, а їх маячними переконаннями.

Виділяють і деякі *атипові форми реактивного параноїду*. В осіб, які страждають на психопатію, під впливом психотравми може виникнути маячення. Такі хворі схильні активно боротися з усілякими, здебільшого уявними, недоліками, пишуть у різні інстанції скарги, протести, вимоги, з великою підозрою ставляться до всіх, кого ця «справа» прямо чи опосередковано стосується. У таких людей виникає стійка тривожна підозріливість, ідеї стосунків, переслідування. Такі розлади можливі й у тому випадку, коли людина потрапляє в іншомовне оточення і незнання чужої мови створює їй труднощі в спілкуванні.

Тривалість реактивного параноїду найчастіше обмежується днями, але інколи психоз затягується на місяці. Хворі на реактивний параноїд здебільшого є небезпечними для оточуючих, а відтак потребують консультації лікаря-психіатра.

### **3. ПТСР. Стрес як психологічна травма**

*Стрес* - це тригер (причина), що запускає реакцію відповіді організму у вигляді емоції *страху* на рефлекторному рівні. Сам собою стрес (у нормі) не страшний. Це як "стусан ззаду", щоб людина зробила крок вперед для свого розвитку. Низка останніх досліджень у галузі нейронауки показала, що нам у житті необхідний невеликий, так званий оптимальний стрес.

*Є оптимальний, недостатній, надмірний стрес.*

*Оптимальний стрес* – це збалансована помірна кількість стресу, необхідна для зростання нових нейронів та утворення нейронних зв'язків, від яких залежить підтримка головного мозку. Дослідження показують, що подібно до того, як надмірний стрес призводить до біохімічного стану, при якому пошкоджуються

нейрони. Оптимальний стрес часто досягається тоді, коли ми практикуємо поведінку, яка виправляє наші затримки у розвитку.

**Недостатній стрес** призводить до атрофії, смерті нейронів і припинення їх заміни. Саме тому навчання протягом усього життя повсюдно прийнято умовою *профілактики* психічних захворювань. Тому, реабілітація довжиною в життя - це шляхетна складова навчання протягом усього життя.

**Надмірний стрес.** Але ситуації бувають різні і коли страх є домінуючою емоцією, людина відчуває екстремально виражену тривогу, паніку, відчай, виникає оніміння почуттів, відчуття паралізованості і відчайдушне бажання зникнути або сховатися.

**Нейрофізіологія.** У цьому стані симпатична НС виділяє гормон стресу — **адреналін**. Якщо причину усунуто (ситуація пішла), то Симпатична НС вимикається і на зміну їй включається Парасим. НС і виділяє гомін "спокою" - норадреналін і людина заспокоюється. Це відбувається коли людина може контролювати свою емоційно-вольову сферу. Але, коли людина не контролює свої емоції, симпатична НС стоїть на "**вкл.**", не може вимкнутись і людина застряє у стані *фізіологічного збудження*. Якщо травма продовжується і повторюється в часі, а допомога не доступна, людина може настільки заціпеніти в цій травмі, що з'являються симптоми ПТСР. Таке трапляється через тривалу травму під час війни. Травма виникає тоді, коли атака тривоги включає дуже яскраво виражену реакцію *гострого стресу*.

Усі люди мають безумовно-рефлекторну автоматичну відповідь на будь-яку небезпеку, неусвідомлено, тобто на підсвідомому рівні. Кожна людина приймає свій **тип захисної реакції**, яку вибирає залежно від генетичної схильності, типу характеру та її виховання. Зазвичай людина вибирає одну з цих реакцій у відповідь ще в дитячому віці як психологічний захист, щоб вижити (іноді може бути комбінація цих типів), що запобігає, уникає або полегшує подальшу її травматизацію.

#### **4. Типи реакції гострого стресу**

**Типи реакції гострого стресу:** це інстинктивні реакції, які включають 4 типи:

**"бий, біжи, замри, здавайся" або "боротьба, втеча, ступор і поступка".**

1) Реакція **боротьби** запускається, коли людина раптово агресивно відповідає будь-яку загрозу.

2) Реакція **втечі** запускається, коли людина відповідає на загрозу, уникаючи або символічно впадаючи в гіперактивність.

3) Реакція **ступору** чи заціпеніння включається, коли людина, усвідомлюючи, що опір марний, здається, ціпеніє, впадає у стан дисоціації чи знерухомлюється, приймаючи невідворотність своєї поразки.

4) Реакція **поступки** запускається, коли людина відповідає на загрозу, намагаючись бути **приємною** чи **корисною**, щоб задобрити або заспокоїти атакуючого.

З часом з кожної цих 4 модальностей складається відповідна захисна структура: нарцисична (боротьба), obsесивно-компульсивна (втеча), дисоціативна (ступор) або співзалежна (поступка). Ці структури допомагають дітям пережити своє жахливе дитинство, але вкрай обмежують їхні життєві реакції (**індивідуальний розвиток**). Гірше того, вони залишаються обмеженими цими моделями навіть у дорослому віці, коли відпадає необхідність повністю покладатися на одну з первинних моделей своєї поведінки.

## **ЯКА У МЕНЕ ТРАВМА?**

### **Здорова робота 4 типів захисного реагування.**

Люди, які мали у дитинстві "досить хороших батьків", дорослішають зі здоровим та гнучким репертуаром реагування на будь-яку небезпеку. Перед реальною небезпекою вони мають відповідний доступ до всіх типів реакцій: Легкий доступ до реакції **боротьби** забезпечує добре збудовані межі, здорове самоствердження та при необхідності агресивний самозахист.

Здорові люди легко та належним чином отримують доступ до свого інстинкту **втечі**, виходять із контакту та відступають, коли бачать, що відкрита конфронтація призводить до підвищення небезпеки.

Якщо людина не травмована - вона належним чином може виявити реакцію **заціпеніння**, здається і перестає боротися, коли подальша діяльність чи опір марні чи контрпродуктивні.

Крім того, реакція *ступору* іноді є нашою першою реакцією на небезпеку, наприклад, коли ми стаємо нерухомими, тихими, замаскованими, намагаючись виграти час, щоб оцінити небезпеку і вирішити, чи є найкращим варіантом напад, втеча, продовження заціпеніння або поступка. І, нарешті, *нетравмовані* люди поступаються непринизливим для себе чином і здатні слухати, допомагати і охоче як іти на компроміс так і стверджувати і висловлювати себе і свої потреби, права та точку зору.

### **Позитивні характеристики типів захисного реагування**

**Боротьба:** впевненість, особисті межі, мужність, самовладання, лідерство.

**Втеча:** віддалення, здоровий відступ, працьовитість, винахідливість, завзятість.

**Заціпеніння:** Загострене сприйняття, свідомість, зважена готовність, спокій, присутність.

**Угодливість:** любов і служіння, компроміс, вміння слухати, справедливість та миротворчість.

### **Шкідлива робота 4 типів захисного реагування.**

Ті, кого постійно травмують у дитинстві, часто навчаються виживати, надмірно використовуючи лише один-два типи такого захисного реагування. Ця фіксація не тільки *обмежує* доступ до всіх інших типів, але й *погіршує* здатність розслаблятися в незахищеному стані. **Це обмежує та збіднює життєвий досвід.**

І з часом, прийнятий звичний тип захисного реагування, служить для того, щоб відволікти від набридливого голосу нашого внутрішнього критика і від хворобливих почуттів, що викликаються ним. Поведінка відповідно до звичного типу захисного реагування притуплює усвідомлення невирішеною травмою біль та нинішнє відчуження.

### **Негативні характеристики захисного реагування**

**Боротьба:** нарцисизм, запальність, контроль (поневолення), вимогливість, Альфа-тип, буллінг, автократичність, вимогливість до досконалості, соціопатія, розлад поведінки.

**Втеча:** obsесивно-компульсивні реакції, паніка, поспіх або занепокоєння (уникнення болю), керованість, адреналінозалежність, трудоголізм, вічна

зайнятість, мікроменеджмент, перфекціонізм, розлад настрою (біполярність), синдром дефіциту уваги та гіперактивність (СДВГ).

**Заціпеніння:** дисоціація, затиснення, непримітність (прихованість), ізоляція, домоседство, ідеалізм, пустельництво, страх реалізації, шизофренія, синдром дефіциту уваги (СДВ).

**Угодливість:** співзалежність, улесливість, послужливість (роболіпство), втрата себе, догідливість, безхарактерність, рабство, соціальний перфекціонізм, жертва домашнього насильства, парентизація по відношенню до своїх батьків.

## 5. РІВНІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПТСР

1. Для відновлення потрібно навчитися підтримувати себе: на всіх рівнях реалізовувати незадоволені потреби розвитку, що стосуються нашого переживання. Відновлення від ПТСР насамперед є КОМПЛЕКСНИМ. Важливо це наголосити, тому що є безліч односторонніх підходів до травми, кожен з яких вважається панацеєю. Це *неефективна* реабілітація.

*Ефективна* реабілітація досягається завдяки вашому *вродженому природному потенціалу* – вашому несвідомому і тільки!!!

Особливо трагічною може бути затримка у розвитку, пов'язана із втратою сили волі та мотивації. виправлення цієї затримки в розвитку вкрай важливо, тому що в даний час багато нових досліджень у психології показують, що *завзятість* - навіть більшою мірою, ніж *інтелект* або вроджений *талант*, є ключовою психологічною характеристикою, необхідною для **самореалізації** в житті. Здатність застосовувати **силу волі** пов'язана із здатністю *здоровим* чином висловити свій гнів.

**Порада.** Спочатку, поки у вас не почне виходити по-справжньому, ви можете вдавати. Це те, що Стівен Джонсон називає "**важкою роботою над дивом**". Деякі люди, які пережили травму, мають впевненість у собі, але *низьку самооцінку*. У психології вчені це називають "**синдром самозванця**".

1. Перший рівень реабілітації включає відновлення від шкоди, завданої ПТСР нашим думкам та уявленнями себе, тоб-то "*когнітивне зцілення*", яке призводить до зміни логіки своїх думок. Сенс цієї роботи в тому, щоб зробити ваш мозок дружнім до вас. Лікування залежить від уміння вибирати здорові та точніші способи говорити і думати про себе. А насправді на загальному рівні воно полягає в

оновленні історії, яку ви розповідаєте “самі собі” про “свій біль”. Лояльність по відношенню до себе сприятиме вашій *когнітивній* роботі зі звільнення вашого розуму від необхідності нападати на нормальні, здорові частини вашого "Я".

2. Приборкати внутрішнього вашого критика який перетворюється на потужного, що калічить критика: атаки перфекціонізму та атаки погроз та залякування. За кожною атакою або програмою слідує терапевтична корекція думок, яка підтримає вас і не дасть залякувати вас.

3. Позбутися затримки у розвитку здорового "Его". У психології цей термін означає "*самість*" чи "*ідентичність*". Здорове "Я" - це доброзичливий менеджер психіки.

4. *Усвідомленість* - це думка доброзичливої цікавості до всіх ваших внутрішніх переживань.

5. **Реабілітація емоційної природи:** про більш глибоке психологічне здоров'я можна говорити тоді, коли ви зможете підтримувати любов до себе і почуття власної гідності в часи душевного болю, що неминуче супроводжує наші втрати, самотність, замішання, несправедливість і ненавмисні помилки. Тим, наскільки ми готові приймати всі свої емоції, не відсторонюючись від них автоматично і не висловлюючи їх руйнівним чином для себе та оточуючих.

6. Деніел Гоулман визначає *емоційний інтелект* як нашу здатність успішно розпізнавати свої емоції, керувати ними та реагувати на емоції інших людей. **Якість емоційного інтелекту** визначається тим, наскільки ми готові розуміти свої емоції, не відсторонюючись від них автоматично і не висловлюючи їх руйнівним для себе та оточуючих чином. Людина з розвиненим емоційним інтелектом поширює таке ставлення до своїх близьких. Це і є характерною ознакою того, що людина здатна на "**взаємини**".

Це можна сказати і інакше: моя **самооцінка** визначається тим, наскільки моє серце відкрите мені самому у всіх моїх *емоційних* станах. А *близькість у відносинах* виникає лише тоді, коли пропонується один одному саме **такий тип** емоційного ухвалення. Смертельний удар важкої життєвої ситуації нокаутує нашу емоційну природу, і відновлення нам потрібно, щоб реабілітувати свій вроджений емоційний інтелект. Це надзвичайно важливо ще й тому, що, як наголошував Карл Юнг, саме



наші емоції повідомляють нам про те, що є важливим для нас. Коли наш емоційний інтелект обмежений, ми часто не знаємо, чого насправді хочемо, і, отже, витрачаємо неймовірну кількість енергії при вирішенні навіть незначних наших проблем. У міру емоційної реабілітації ми вчимося оцінювати свої емоції та вибирати здорові способи реагувати (або не реагувати) на них.

#### 7. *Сумування* як прояв емоційного інтелекту.

*Сумування* - це ключовий процес возз'єднання з нашим **пригніченим емоційним інтелектом**. Воно надає нам доступ до повного набору наших емоцій, допомагає звільнити і переробити біль про страшні втрати, які подібні до смерті нас самих, і горювання може ініціювати їхнє відродження. *Запалювання* надає нам доступ до повного набору наших емоцій. *Горювання* усуває затримку розвитку, відновлюючи нашу життєво важливу здатність до нашої *вербальної вентиляції*. Тобто попередню скорботну практику *промовляння* почуттів, що дозволяють **звільнити** та **усунути** емоційний дистрес. Особливо сильну допомогу ми отримуємо від роботи з горюванням щодо відновлення здатності **плакати**, відчуваючи **співчуття до себе**, і висловлювати гнів для **самозахисту**. Це сприяє зняттю затискачів, заземленню, поліпшенню сну, зниженню збудження, глибшому та ритмічнішому диханню. Якщо цього не робити, то вся ця енергія буде скинута на якийсь орган й з часом привиде до психосоматики і потребує тілесного лікування.

8. *Тілесне лікування*. Травми впливають на нас по-різному. Нам потрібно дізнатися про фізичну шкоду, яку ПТСР завдає нашому тілу, щоб з'явилася мотивація прийняття тих практик, які допомагають зцілитися фізично. Коли ми знаходимося в хронічному стресі (постійно активована симпатична НС), у нашому тілі вкорінюються шкідливі соматичні зміни, токсичні для організму реакції — це:

- гіпердіяльність,
- поверхневе та неповне дихання,
- постійний викид адреналіну,
- хронічна м'язова напруга (затискання) до розслаблення та *заземлення у своєму тілі, проблеми зі сном через надмірну активацію ЦНС,*
- травний розлад та фізіологічна шкода у тяжкому емоційному стані від зловживання алкоголю, переїдання чи наркотиків.



## 9. Тілесна взаємодопомога.

Хорошою новиною є те, що деяке соматичне відновлення відбувається **автоматично**, коли ми знижуємо фізіологічний стрес за допомогою ефективнішого управління емоційними регресіями. До нього відносять техніки, покликані знизити викид адреніліну, досягти глибокої релаксації та покращити травлення. Приклади цього включають читання книг самодопомоги, відвідування семінарів із самовдосконалення, самопізнання шляхом ведення щоденників, боротьбу за власну вразливість і автентичність на психотерапевтичних сесіях або в відносинах, що розвиваються.

**Висновок.** У міру відновлення, людина, що пережила травму, має право вибирати власні цінності і відкидати ті, які не збігаються з її інтересами. Говорячи психологічною мовою, той, хто пережив травму, стає досить вільним і сміливим, щоб індивідуалізувати та розвивати свій потенціал. За словами Джосефа Кемпбелла: "той, хто пережив травму, вчиться слідувати своєму власному благу, він вільний займатися і цікавитися тим, до чого відчуває природний потяг". Ще одна користь травми на пізнішій стадії реабілітації це - здатність обробляти "**нормальний біль**" найбільш *здоровим* і найменш *травмуючим* способом. І це є головним у реабілітації.

### Перелік питань для самоконтролю

1. Характеристика "Реактивних психозів" та їх видів
2. Афективно-шокові психогенні реакції. Характеристика їх типів.
3. Характеристика "Затяжних психогенних психозів" та їх видів.
4. Стрес. Його види.
5. Нейрофізіологія стресу.
6. Характеристика реакції "*боротьби*"
7. Характеристика реакції "*втечі*"
8. Характеристика реакції "*заціпеніння*"
9. Характеристика реакції "*поступки*"
10. Здорова робота 4 типів захисного реагування.
11. Шкідлива робота 4 типів захисного реагування
12. Позитивні характеристики захисного реагування

13. Негативні характеристики захисного реагування

14. Реабілітаційні заходи ПТСР

15. Реабілітація емоційної природи ПТСР

### **Рекомендована література:**

Основна: [2,3]

Допоміжна: [1,3]

Інформ. ресурси Інтернет: [4]

Міжнародні видання [1]

## **ТЕМА 17. ПСИХОСОМАТИЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ**

**Мета.** Довести, що сомато-вегетативні «маски» невротичного генезу розвиваються в людей, схильних до неврозів або невротичного типу відреагування. Проаналізувати, що емоції людини, від початку покликані мобілізувати організм на захист, тепер частіше пригнічуються, вбудовуються в соціальний контекст, а згодом збочуються, перестають визнаватися їхнім господарем і можуть стати причиною руйнівних процесів в організмі.

**Ключові слова:** психосоматика, депресія, клінічні форми, симптоми, синдроми.

### **Вступ**

#### **План лекційного заняття**

1. Поняття “психосоматичні розлади”. Фактори дії.
2. Прихована депресія та її варіанти
3. Основні клінічні форми прихованої депресії.

### **Висновок**

**Вступ.** Проблема психосоматичних співвідношень - одна з найскладніших проблем сучасної медицини, незважаючи на те, що тісний взаємозв'язок психічного і соматичного давно помічено. Цю проблему залежності вивчають ще із часів Гіппократа й Аристотеля, протягом кількох століть. Саме роз'єднаність лікарських спеціальностей і поглядів на людину і призвела до втрати ідеї про цілісність у роботі лікаря. У цієї проблеми є свої причини, насамперед - переважання аналізу як методу в медичній науці. Нині в медицині описано 10 000 симптомів і нозологічних форм,

а для того, щоб успішно справлятися з хворобами людини, існує понад 300 медичних спеціальностей. Психолог, озброєний сучасними знаннями про соматизовані розлади, може надати суттєву допомогу лікарю щодо припущення й верифікації діагнозу - психосоматичного розладу.

1. За даними ВООЗ, від 38% до 42 % усіх пацієнтів, які відвідують кабінети соматичних лікарів, належать до групи психосоматичних хворих. Строго кажучи, психосоматичний напрям не є самостійною медичною дисципліною - це **підхід**, що враховує різноманіття причин, які призвели до хвороби. Звідси різноманіття методів і технік, що дають змогу працювати з людиною цілісно. У період створення психосоматичної медицини як науки, що прагнула подолати розрив між тілесним і психічним, було створено жорстку однолінійну модель психосоматичного захворювання. Згодом її замінили уявленням про можливість виникнення будь-якого захворювання за взаємодії як фізичних, так і психосоціальних чинників, що призвело до багатофакторної відкритої моделі хвороби. Через цю обставину на місце проблеми вузького кола психосоматичних розладів прийшов *інтегральний психосоматичний підхід*.

**Психосоматичний підхід** починається тоді, коли пацієнт перестає бути тільки носієм хворого органа і розглядається цілісно. Тоді психосоматичний напрям можна розглядати і як можливість "зцілення" від деперсоналізованої медицини. За сучасними уявленнями, до психосоматичних захворювань і розладів відносять: *Конверсійні симптоми, Функціональні синдроми, Психосоматози*.

*Психосоматичний підхід* надзвичайно складний і визначається:

- 1) неспецифічною спадковою і вродженою обтяженістю;
- 2) соматичними порушеннями і дефектами;
- 3) спадковою схильністю до психосоматичних розладів;
- 4) нейродинамічними зрушеннями (порушеннями діяльності ЦНС);
- 5) особистісними особливостями;
- 6) психічним і фізичним станом під час дії психотравмуючих подій;
- 7) фоном несприятливих сімейних та інших соціальних чинників;
- 8) особливостями психотравмувальних подій.

Перелічені чинники не тільки беруть участь у виникненні психосоматичних розладів, а й роблять індивіда вразливим до психоемоційних стресів, утрудняють психологічний і біологічний захист, полегшують виникнення й обтяжують перебіг соматичних порушень. Емоційна реакція, що виражається у формі туги та постійної тривоги, нейро-вегетативно-ендокринних змін і характерному відчутті страху, є сполучною ланкою між психологічною та соматичною сферами. Повний розвиток почуття страху запобігли захисним фізіологічним механізмам, але зазвичай вони лише зменшують, а не усувають повністю ці фізіологічні явища та їх патогенну дію. Цей процес можна розглядати як гальмування, тобто стан, коли психомоторні та словесні висловлювання тривоги або ворожих почуттів блокуються таким чином, що стимули, що надходять із ЦНС, відводяться до соматичних структур через вегетативну нервову систему і, таким чином, призводять до патологічних змін у різних системах органів. За наявності емоційного переживання, яке не блокується психологічним захистом, а, соматизуючись, вражає відповідну йому систему органів, функціональний етап ураження переростає в деструктивно-морфологічні зміни в соматичній системі, відбувається генералізація психосоматичного захворювання.

Отже, *психічний чинник* постає як ушкоджуючий. До психосоматичних захворювань відносять порушення здоров'я, етіопатогенез яких – справжня соматизація переживань, тобто соматизація без психологічного захисту, коли, захищаючи душевну рівновагу, ушкоджується тілесне здоров'я. Надактуальне переживання фіксується, утворюючи настановну домінанту, що є функціональним осередком психічної патологічної імпульсації. Властиве хворим невиразне почуття фізичного дискомфорту обумовлює при певних впливах реалізацію хворобливих відчуттів та їх фіксацію. Незвичайна імпульсація, що надходить із внутрішніх органів у ЦНС, посилює ці відчуття, що зрештою призводить до формування патологічного стану.

Таким чином, негативні емоції вісцерального походження як би підкріплюються особистісними реакціями таких хворих на той чи інший симптом чи стан організму загалом. *Повторення психотравмуючих впливів астенизує нервову систему, кора стає більш чутливою до зовнішніх впливів та*

*інтероцептивних сигналів.* Тому поява виражених соматичних відчуттів може бути викликано як психогенним впливом як таким, а й будь-яким незначним порушенням діяльності внутрішніх органів та навіть патологічним сприйняттям їх нормальної роботи. Вогнище патологічної імпульсації, що сформувалося, обростає нейрогуморальними зв'язками з тими чи іншими системами організму. Вважається, що в цьому процесі ключовою ланкою є довготривала пам'ять. *Довготривала пам'ять – це завжди емоційна пам'ять.* Чим яскравіше емоції, тим більша ймовірність активації сліду пам'яті надалі, і пережитий людиною стресовий стан надійно закріплюється у довгостроковій пам'яті. На основі механізмів ревербегерації збудження та довготривалої постсинаптичної потенціації пережитий стан паніки, страху зберігається у вигляді **енграм** – «слідів пам'яті». У результаті запас енграм, що вже склалися, набуває особливого значення для розвитку психосоматичних розладів. Центром тяжкості психосоматичного страждання виявляється завжди орган, найбільш уразливий і важливий для життєдіяльності організму у поданні індивіда. «Вибір органу» свідчить про переважну спрямованість захисно-приспосувальних механізмів, що викликають ушкоджуючий ефект у міру наростання дезінтеграції у стресових ситуаціях. Ініціатива у виборі органу належить завжди кірковим зв'язкам, які впливають на емоційні підкіркові апарати, програмуючи ступінь залучення тих чи інших органів у стресову ситуацію. Який саме ефекторний шлях виявиться кращим для виходу на периферію емоційного збудження, залежить, зрештою, від особливостей даної емоції, від особливостей нервової конституції людини і від усієї історії її життя.

## **2. Прихована депресія та її варіанти**

При наявності прихованої депресії звертають увагу на циркадність посилення болю, погіршення загального стану хворого і зміни його вітального тону. У цієї групи хворих біль посилюється, а загальний стан погіршується здебільшого в другій половині ночі й вранці. Особливо показовим є циркадність змін вітального тону. Після неповноцінного нічного сну хворий вранці не має відчуття, що він відпочив, відчуває себе розбитим, йому важко встати з ліжка, навіть для того, щоб вмитись і почистити зуби, апетит відсутній, його ніщо не цікавить. Під вечір вітальний тонус хворого дещо, а часом і значно, покращується.

З'являються апетит і інтерес до подій, які відбуваються навколо нього. Періодичні напади болю суттєво не впливають на достатньо задовільний життєвий тонус ввечері. Для органних і системних неврозів характерні наявність стійкого іпохондричного фону, відсутність чітко визначеного циркадного ритму зміни вітального тону, виражені симптоми вегетативної дисфункції під час погіршення стану, що має тісний зв'язок з дією психотравмуючої ситуації. Психолог проводить психоедукацію з цією групою хворих, переконує їх проявити наполегливість у тривалому лікуванні й не змінювати одного лікаря на іншого. Пряма і опосередкована психотерапія, яку грамотно та адекватно обставинам проводить психолог, створює сприятливий фон для успішного лікування соматизованих розладів. На сьогоднішній день внаслідок зниження рівня життя, психічного перевантаження та постійних стресів часто розвиваються так звані психосоматичні захворювання. Це хвороби з різноманітною клінічною картиною, що імітують різні соматоневрологічні захворювання. Вони зумовлені прихованою депресією або неврозом якогось органу чи системи. Протягом певного періоду (місяці, а часто і роки) ці хворобливі стани мають функціональний характер, при своєчасному діагностуванні їх успішно лікують. Проте тоді, коли діагноз був встановлений неправильно, через деякий час функціональні порушення переходять в органічні зміни або інтенсивна терапія хіміофармацевтичними препаратами викликає розвиток так званої «медикаментозної хвороби». Встановлено, що не менше 30-50 % осіб, які звертаються із різноманітними скаргами в поліклініки і стаціонари, є практично здоровими людьми, які потребують лише адекватної корекції емоційного стану. Окрім цього, щонайменше у 25 % людей, в яких насправді є соматичні хвороби велике значення в клінічній картині відіграють невротичні розлади.

У виникненні психосоматичних розладів значну роль відіграє **дія 5 факторів:**

- ◆ фрустраційна та емоційна напруженість;
- ◆ енергетичний потенціал і антистресова стійкість;
- ◆ контроль над соціальною поведінкою;
- ◆ розвиток ендогенної прихованої депресії;
- ◆ розвиток органних або системних неврозів.

Розрізняють такі *диференційно-діагностичні критерії*, за допомогою яких можна запідозрити наявність психосоматичного захворювання:

- ◆ атиповість клінічних проявів;
- ◆ невідповідність клінічних проявів результатам об'єктивного параклінічного обстеження;
- ◆ неефективність лікування у спеціалістів соматоневрологічного профілю.

**Прихована депресія** - це ендогенний депресивний стан, при якому на перший план в клінічній картині захворювання виходить велика кількість різноманітних соматичних скарг, власне психічні афективні її прояви стерті, нерідко виступають за їх фасадом (синоніми «соматизовані розлади», «депресія без депресії», «замаскована депресія», «латентна депресія», «вегетативна депресія», «соматична циклотимія»). Вважають, що близько 15-25 % осіб, які звертаються і лікуються в лікарів, насправді мають приховану депресію. Відомо, що прихована депресія - це стан, який може зумовлювати високий суїцидний ризик.

Численні сомато-вегетативні порушення зводяться до таких *варіантів маскованої депресії*:

**1. Алгічно-сенестопатичний:**

- кардіалгічний (біль у ділянці серця);
- цефалгічний (головний біль);
- абдомінальний (біль у різних ділянках живота).

**2. Агривічний** (стійке безсоння).

**3. Діенцефальний:**

а) вегетативно-вісцеральний (періодична тахікардія, пітливість, відчуття жару, нестачі повітря, посилена перистальтика шлунка і кишечника, псевдопозиви на дефекацію);

б) псевдоастматичний (нападоподібно виникають порушення частоти, ритму і глибини дихання із суб'єктивним відчуттям ядухи);

в) вазомоторно-алергічний (періодично, найчастіше восени або навесні, з'являється відчуття закладення носових ходів з утрудненням носового дихання, відчуття важкості або оніміння в ділянках гайморових пазух).

**4. Обсесивний.**

5. *Наркоманічний* (проявляється псевдозапоями).

6. *Порушення сексуальної сфери.*

*Критерії диференційної діагностики прихованої депресії:*

◆ Наявність субдепресивних станів із погіршенням самопочуття і вітального тону під кінець ночі й вранці та покращанням суб'єктивного стану ввечері.

◆ Наявність різноманітних сомато-вегетативних поліморфних скарг, які не стосуються певної конкретної хвороби. Характерними є стійкість, тривалість і топографічна атиповість болю та неприємних відчуттів.

◆ Наявність розладів вітальних функцій (порушення сну, апетиту, схуднення, статеві порушення, менструальні розлади).

◆ Особливості перебігу захворювання: періодичність і хвилеподібність сомато-вегетативних і психічних розладів, спонтанність їх виникнення і зникнення, схильність до сезонності (осінньо-весняні) проявів захворювання.

◆ Відсутність ефекту від соматичної терапії і наявність ефекту від застосування антидепресантів.

◆ Стандартизований тест ММРІ.

Підвищення балу за шкалою депресії вказує на приховану депресію, а всіх чи більшості «емоційних» шкал (істерії, маніакальної, депресивної, іпохондрії і, певною мірою, психопатизації і соціальної інтроверсії) - на невротичні зміни особистості.

### 3. *Основні клінічні форми прихованої депресії*

**Кардіалгічний синдром.** Хворі скаржаться на біль і неприємні відчуття різного характеру в ділянці серця. Біль має стискаючий, ниючий, щемливий чи сверблячий характер. Виникають відчуття судоми, пульсації, печії, стискання в передсердній ділянці, пришвидшене серцебиття. Здебільшого біль не минає досить довго (від тижня до кількох місяців) і має тупий характер; значно рідше гострий, колючий, пекучий біль має нападopodobний характер, що нагадує стенокардію. Біль, який виникає в ділянці серця, може розповсюджуватись на всю грудну клітку, віддавати в шию, лопатку, живіт і голову. Поява болю не пов'язана з фізичним навантаженням, він виникає після емоційного напруження, а частіше спонтанно, як



правило, перед світанком або вранці. Своєрідний сенестопатичний характер і тривалість болю, добові коливання інтенсивності больового синдрому (найбільш виражені вранці, покращання стану ввечері), відсутність характерних змін на ЕКГ, неефективність судинорозширювальних препаратів, а також позитивна реакція на антидепресанти і зникнення симптоматики в процесі лікування ними свідчать про те, що причиною кардіалгічного синдрому є прихована депресія.

**Цефалгічний синдром.** Хворі скаржаться на нестерпний, головний біль. Хворі відчувають печію, розпирання, горіння, тяжкість, пульсацію, стискання, оніміння. Досить часто біль має мігруючий характер (то в лобно-скроневої, то в потиличній, то в тім'яній ділянці). Локалізація головного болю не відповідає топографічним зонам іннервації черепа і судинним басейнам. Як правило, він виникає вночі, після раннього пробудження, найбільш інтенсивний перед світанком і вранці, поступово зменшується до середини дня і майже повністю зникає або значно зменшується до вечора. Періодично на фоні дифузного, тупого головного болю виникають короткочасні напади інтенсивного, пульсуючого болю. Аналгетики і спазмолітики не знімають біль, а лише знижують його інтенсивність. Характер перебігу і проявів головного болю, періодичність (інколи сезонність), добова динаміка, відсутність або незначне вираження неврологічної симптоматики, наявність стертих депресивних порушень та ефект від застосування антидепресантів дозволяють віднести цей тип головного болю до проявів прихованої депресії.

**Абдомінальний синдром.** Симптоми: біль, спазми, парестезії в епігастральній ділянці по ходу кишечника і в ділянці печінки, відчуття тяжкості, стискання, 98 переповнення, розпирання, вібрації шлунка, здуття кишечника, нудота, вимушена відрижка. Біль найчастіше має затяжний, постійний, ниючий, розпираючий, тупий характер, проте періодично на цьому фоні виникає короткочасний, сильний, мігруючий, «блискавичний» біль. Біль, як правило, залежить від часу доби (найбільш інтенсивний вночі та вранці) і не залежить від харчування. Спостерігають зниження апетиту, зменшення маси тіла, дискінетичні розлади (запори, рідше проноси, відчуття здуття, переповнення кишечника). Спонтанність виникнення, періодичність і сезонність проявів, характер болю, які не вкладаються в симптоматику якогось конкретного захворювання шлунково-кишкового тракту,

добова динаміка, відсутність або незначне вираження органічної патології', відсутність ефекту від соматичної терапії покращання стану від лікування антидепресантами свідчать про наявність прихованої депресії.

**Агривний варіант** проявляється вираженими розладами сну. Хворі звичайно легко засинають, але через 3-5 годин раптово пробуджуються, ніби від «внутрішнього поштовху». Відтак до ранку хворі не можуть заснути або через 2-3 год впадають у дрімотний стан. Вранці вони прокидаються з відчуттям загальної розбитості, сонливості, несвіжості, тяжкості в голові. Працездатність знижена. Виникає підвищена подразливість. Особливо погане самопочуття в першій половині дня. До середини дня загальний стан покращується, з'являється апетит, відновлюється працездатність. Спонтанність виникнення, періодичність проявів, ранні прокидання, добове самопочуття, відсутність ефекту від приймання снодійних засобів, покращання загального стану та нормалізація сну в результаті проведення терапії антидепресантами свідчать про те, що причиною розладів сну є прихована депресія.

**Діенцефальний синдром** є найбільш складним за своєю структурою. Виділяють: *вегетативно-вісцеральний, вазомоторний, вазомоторно-алергічний і псевдоастматичний* типи порушень.

#### ***Диференційно-діагностичні критерії.***

Велика кількість соматичних скарг, які не стосуються якоїсь визначеної хвороби, відсутність або незначне вираження органічних змін, періодичність проявів сомато-вегетативних порушень, їх сезонність, добові коливання больового синдрому і, що важливо, вітального тону, самопочуття, а також позитивна реакція на антидепресанти, дають підстави запідозрити, що соматичний «фасад» не є чимось супровідним, а проявом прихованої депресії. Згідно з діагностичними критеріями, при будь-якій *непсихотичній формі* депресії, в тому числі і *прихованій*, виникає не менше **двох** із наведених **шести ознак**:

- ◆ Поганий апетит.
- ◆ Безсоння або сонливість.
- ◆ Зниження активності або втомлюваність.
- ◆ Занижена самооцінка.

- ◆ Ускладнена концентрація уваги або труднощі в прийнятті рішень.
- ◆ Вічуття безнадійності. Соматоформні вегетативні дисфункції (органні й системні неврози).

**Функціональні псевдосоматичні порушення** в рамках системного неврозу мають такі прояви:

**1. Синдром психоневрологічних розладів:**

- психогенна гіперестезія;
- психогенний головний біль;
- психогенні невралгії;
- синдром «неспокійних ніг»;
- психогенні дискінезії;
- гіпоталамічний синдром.

**2. Функціональні розлади діяльності серця:**

- психогенні кардіалгії;
- психогенні розлади серцевого ритму;
- кардіофобія;
- синдром псевдокоронарної недостатності.

**3. Судинна дистонія:**

- артеріальна гіпотензія;
- артеріальна гіпертензія.

**4. Психогенний псевдоревматизм:**

- кістково-м'язові алгії;
- вегетативні порушення.

**5. Психогенна ядуха.**

**6. Психогенний абдомінальний синдром:**

- розлади апетиту;
- психогенна нудота і блювання;
- функціональні запори і проноси;
- абдомінальні алгії.

**7. Психогенні урологічні розлади:**

- психогенна дизурія;

- психогенна дисталгія.

#### 8. *Психогенні сексуальні розлади:*

- імпотенція;

- фригідність;

- передчасна еякуляція.

#### 9. *Психогенні реакції шкіри* (нейродерматит).

#### 10. *Термоневроз.*

Вищеперераховані синдроми найчастіше виникають у людей, схильних до короткочасних чи більш тривалих невротичних реакцій. Згідно з діагностичними критеріями, наявність 4 і більше з 13 нищеперерахованих порушень, які виникають і проявляються нападopodobно у вигляді своєрідних «атак», із великим ступенем вірогідності вказує на схильність до *тривожно-фобічного невротичного типу відреагування:*

- ◆ Утруднене дихання або відчуття ядухи.
- ◆ Запаморочення, відчуття нестійкості або непритомність.
- ◆ Тахікардія або посилене серцебиття.
- ◆ Тремтіння.
- ◆ Пітливість.
- ◆ Задишка.
- ◆ Нудота або абдомінальний дискомфорт.
- ◆ Дерезалізація і деперсоналізація.
- ◆ Затерплість або парестезії.
- ◆ Почервоніння (приплив жару) чи озноб.
- ◆ Біль або дискомфорт у грудях.
- ◆ Страх смерті.
- ◆ Страх збожеволіти або втратити контроль над собою.

В багатьох людей після перенесеної психотравми протягом місяця і більше спостерігають деякі із **симптомів:**

1. Психотравмуючу подію хворий знову і знову переживає принаймні в одному з перерахованих варіантів:

- нав'язливі болючі спогади про психотравмуючу ситуацію, які повторюються;
- важкі сни, пов'язані з цією подією, які повторюються;
- виражене психічне напруження при виникненні ситуацій, які викликають якусь психологічну асоціацію з перенесеною психотравмою.

2. Уникання подразників, які свідомо чи підсвідомо пов'язані з перенесеною психотравмою:

- зусилля, спрямовані на уникнення думок і відчуттів, пов'язаних із психотравмою;
- зусилля, спрямовані на уникнення дій або ситуацій, що нагадують про перенесену психотравму;
- нездатність згадати важливі аспекти психотравми (психогенна амнезія).

3. Зниження емоційно-енергетичного потенціалу після перенесеної психотравми:

- виражене зниження інтересу до важливих природних сфер діяльності;
- відчуття відчуженості, відірваності від людей;
- збіднення афектів (наприклад, нездатність кохати);
- відчуття безперспективності, відсутність планів, пов'язаних із кар'єрою, одруженням, дітьми або взагалі життям.

4. Стійкі симптоми підвищеної збудливості, дратівливості, які не спостерігались до психотравми і виявляються щонайменше двома з наведених нижче симптомів:

- труднощі, пов'язані із засинанням і сном; - дратівливість або спалахи гніву;
- труднощі з концентрацією уваги;
- підозріливість;
- лякливість;
- вегетативні реакції на події, що якимось чином нагадують чи символізують перенесену психотравму.

Обстеження в цьому плані значною мірою допомагає встановити преморбідні особливості пацієнта. Як правило, в людей, схильних до невротичного

типу відреагування, мають місце щонайменше 6 із 18 нижченаведених *симптомів тривожного комплексу*:

**1. Рухове збудження:**

- тремтіння, посмикування або відчуття внутрішнього тремтіння;
- м'язове напруження або міалгії;
- неможливість розслабитись;
- швидка втомлюваність.

**2. Вегетативна гіперактивність:**

- прискорене дихання або відчуття ядухи;
- посилене серцебиття або тахікардія;
- пітливість або холодні на дотик руки;
- сухість у роті;
- запоморочення або млість;
- нудота, діарея або інші абдомінальні розлади;
- почервоніння (приплив жару до обличчя) або озноб;
- часте сечовиділення;
- утруднене ковтання або відчуття «клубка в горлі».

**3. Напружене передчуття, чекання:**

- відчуття збудження або перебування «на вістрі леза»;
- лякливість;
- неможливість зосередитися, «порожнеча в голові» через тривогу;
- труднощі, пов'язані із засинанням і сном;
- підвищена дратівливість.

**Питання диференційної діагностики.** Лише на основі клінічного обстеження важко, а часто і неможливо, диференціювати різноманітні сомато-вегетативні прояви, викликані прихованою депресією, від цих же симптомів, зумовлених органічним чи системним неврозом. По-перше, практично завжди в структурі будь-якого неврозу чи неврозоподібного синдрому є більш-менш виражені елементи депресії, по-друге, в людини, схильної до невротичного типу відреагування, може розвинути прихована депресія.

**Використовуються такі методи обстеження:**

◆ Стандартизований тест ММРІ. Підвищення балу за шкалою депресії вказує на приховану депресію, а за всіма чи більшістю «емоційних» шкал (істерії, маніакальної, депресивної, іпохондрії і, певною мірою, психопатизації і соціальної інтроверсії) - на невротичні зміни особистості.

◆ Невротичний генез сомато-вегетативних проявів може підтвердити шкала невротизації тесту «Невротизація-психопатизація» (модифікація Ласко Н.). Велике значення у ході лікування має раціональна психотерапія, в процесі якої хворому потрібно доступно, але аргументовано пояснити сутність його хворобливого стану і необхідність пройти саме курс призначеної психофармакотерапії. Чільне місце в лікуванні органних і системних неврозів належить психотерапії і терпінню як хворого, так і психолога. Якщо психолог впевнився в правильності встановленого діагнозу, він перш за все повинен переконати в цьому хворого, його родичів і близьких. Лікування в різних спеціалістів або навіть лікарів одного профілю може в даній ситуації викликати розвиток своєрідних ятрогенних станів, що суперечить основному правилу медицини: «Не зашкодь». Для того, щоб хворий лікувався в одного лікаря, потрібно постійно підтримувати авторитет цього лікаря. Необхідно пам'ятати, що лікування психосоматичних хвороб, особливо невротичних станів, є тривалим процесом. А більшість хворих, природно, бажаютьвилікуватись якнайшвидше. Лише деякі пацієнти з певною метою свідомо чи підсвідомо «входять» в роль постійних хворих, бо їх це влаштовує. У цьому випадку необхідна корекція особистості, яку проводить психотерапевт. Досить ефективним у лікуванні невротичних станів є застосування психотерапевтичних методів, спрямованих на особистість, та вирішення проблем конфлікту підсвідомості пацієнта (психодрами Морено, гештальттерапія, аналітичні напрямки психокорекції, які включають класичний психоаналіз, груповий психоаналіз, нейролінгвістичне програмування, КПТ). Будь-який невроз має більш-менш виражений *депресивний* чи *іпохондричний* фон. Вважають, що для багатьох лікарів іпохондрія є центром, в якому об'єднуються психосоматичні розлади.

Водночас **при лікуванні органних неврозів** необхідно знати деякі особливості:

◆ Деяким хворим із вираженими невротичними проявами при неефективності

медикаментозної терапії дози препаратів потрібно не збільшувати, а навпаки, зменшувати. Особливо це стосується осіб з слабким типом нервової системи (меланхоліків).

◆ Якщо психосоматичні хвороби супроводжуються вегетативними розладами, їх необхідно обов'язково ліквідувати, бо жодна психотерапія чи транквілізатор самі по собі не заспокоюють хворого, коли в нього виникають вкрай неприємні відчуття, які виснажують фізично і зумовлені розбалансованою вегетатикою.

◆ Чим стійкіші явища органного неврозу, тим делікатніше потрібно проводити фармакологічну корекцію, не надто форсувати процес нормалізації. Бажання якнайшвидше вилікувати хворого із застосуванням масивної терапії дуже часто викликає своєрідний «ефект маятника».

При лікуванні *органних неврозів* потрібно дотримуватись таких правил:

◆ Неправильне лікування призводить до функціонального переходу в стійкі органічні зміни, до розвитку медикаментозної хвороби або до невротичного розвитку особи.

◆ Лікування повинно бути суто індивідуальним.

◆ Лікування потрібно проводити за принципом: «Поспішати треба повільно».

**За Й. Касирським:**

1) не можна насилувати невроз;

2) не можна нерве перенапруження лікувати перегальмуванням.

◆ Потрібно чітко дотримуватись необхідних рекомендацій щодо режимного плану, не виписувати без крайньої потреби листок непрацездатності, не госпіталізувати, не примушувати хворого їхати на санаторно-курортне лікування, не забороняти йому займатися посильною домашньою роботою, улюбленою справою.

◆ Необхідно лікування пацієнта проводити паралельно із сімейною психотерапією. Родичів і близьких потрібно поінформувати про сутність страждань члена їх сім'ї. Вони повинні бути толерантними до зміни самопочуття хворого, деяких примх, необхідно приділити йому більше уваги, але не слухати його в усьому, не можна жаліти, потрібно вимагати виконувати посильні обов'язки, посилювати впевненість у видужанні



**Висновок.** Таким чином, у сучасному розумінні патогенезу психосоматичних захворювань визнається багатофакторність у поясненні їхньої природи. Соматичний і психічний, вплив схильності та середовища, фактичний стан навколишнього середовища та його суб'єктивна переробка, фізіологічні, психічні та соціальні впливи в їх сукупності та взаємодоповненні – все це має значення як взаємодіючі між собою фактори психосоматичних захворювань.

### **Перелік питань для самоконтролю**

1. Характеристика *Психосоматичного підходу*
2. Нейробіологія психосоматичних розладів
3. Клінічна картина “прихованої депресії”
4. Диференційно-діагностичні критерії “прихованої депресії”
5. Варіанти “маскованої депресії”
6. Основні клінічні форми “прихованої депресії”
7. Назвати ознаки “непсихотичних” форм депресії
8. Прояви *Функціональних псевдосоматичних порушень* в рамках системного неврозу
9. Ознаки тривожно-фобічного невротичного типу відреагування
10. Симптоми тривожного комплексу відреагування
11. Методи обстеження
12. Лікування органних неврозів

### **Рекомендована література:**

Основна: [2,3]

Допоміжна: [1,3]

Інформ. ресурси Інтернет: [4]

Міжнародні видання [1]

## **ТЕМА 18. КІТСТР. КОМПЛЕКСНИЙ ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД**

**Мета.** Виявити причини затримок розвитку особистості, внаслідок розвитку КІТСТР. Дослідити наслідки розладу та надати психологічні та практичні рекомендації до реабілітаційних заходів. З'ясувати, що відновлення повинно бути

тільки комплексним, на всіх рівнях розвитку особистості: *когнітивному, емоційному, духовному, фізичному та соціальному.*

**Ключові слова:** стрес, емоційні регресії, флешбек, булінг, абьюз, неглект, нейропластичність мозку.

**Вступ.** КПТСР у психології трактується як результат затримок розвитку особистості різних ступенів свого розвитку і викликаний оточуючим середовищем, у якому перебуває ця особистість, а не генетичними відхиленнями. У цьому сенсі є обнадійливі дані досліджень, які доказали “нейропластичність мозку.” Нейропластичність - це здатність мозку розвиватися та змінюватись протягом всього життя. Старі аутодиструктивні нервові шляхи можуть бути прибраними, а нові, здоровіші, можуть прийти їм на зміну.

### **План лекційного заняття**

1. Загальна характеристика КПТСР.
2. Походження КПТСР та його чинники.
3. Емоційні регресії. Симптоми.
4. Реабілітація. Практична робота.
5. Наслідки розладу.

### **Висновок**

**Вступ.** КПТСР у психології трактується як результат затримок розвитку особистості різних ступенів свого розвитку і викликаний оточуючим середовищем, у якому перебуває ця особистість, а не генетичними відхиленнями. У цьому сенсі є обнадійливі дані досліджень, які доказали “нейропластичність мозку.” Нейропластичність - це здатність мозку розвиватися та змінюватись протягом всього життя. Старі аутодиструктивні нервові шляхи можуть бути прибраними, а нові, здоровіші, можуть прийти їм на зміну.

### **1. Загальна характеристика КПТСР**

На сьогодні ви знайомі з таким поняттям як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) — це рефлекторна реакція організму на тяжку життєву ситуацію. Але є більш важка форма цього розладу, яка носить назву “Комплексний посттравматичний стресовий розлад”. Що це таке? - це вивчений набір своїх

реакції організму у відповідь на будь-яку життєву ситуацію. Томас Льюс написав книгу “Загальна терія любові” в якій натхнено пояснює цей факт. Даний факт допомагає нам не забувати те, що, додаючи довготривалі і цілеспрямовані зусилля, можна приборкати свого внутрішнього критика за допомогою цілеспрямованого використання остановки, заміни та корекції свого мислення.

І це дуже добра новина. Воно не є вродженим і не є рисою темпераменту. З точки зору “Нейрофізіології” - це завчені рефлекси відповіді на подразник, а не експресія генів. Робимо висновок: завчені рефлекси реагування викликані вихованням, а точніше відсутністю здорового виховання в дитинстві.

Виникає питання: а чи можна відновитись від такого розладу? Відповідь однозначна: **ДА!**

Доказ: все, що вивчено, можна перевчити, все, що придбано - можна прибрати. Те, що не зробили колись батьки — Ви можете прибрати самі або за допомогою фахівців у цій галузі.

Варто наголосити: деякі люди с кПТСР пережили такий рівень зради своїми батьками в дитинстві, що їм знадобиться дуже багато часу, щоб довіритись іншій людині для відновлення міжособистісних відносин.

Визначення: більш важка форма кПТСР відрізняється від ПТСР п'ятьма найбільш вираженими компонентами:

- емоційними регресіями (флешбеками);
- токсичним почуттям провини;
- зневагою до своїх інтересів і потреб;
- безжальною внутрішньою критикою;
- високою соціальною тривожністю.

Найчастіше його прояви зустрічаються при дорослішанні в сім'ях, де є високий рівень різних форм насильства та неглекту, а це означає: або ігнорування дитини, або відсутність будь яких дій, необхідних для задоволення потреб “здорового розвитку дитини”. У цьому випадку дитина отримує шкоду у розвитку, який виникає, коли дитина проходить через травмуюче насильство (сьогодні це називається “абьюз”) і відкидання найближчими людьми. Це насильство і неглект можуть відбуватися на словесному, емоційному, духовному і або фізичному рівнях

(образи, емоційні зриви на дитину, не співчують переживанням дитини, не жаліють її при фізичних покараннях). Більш того, особливо травмуючим є сексуальне насилля (приклад з Бучі, порно дітей).

## **2. Походження к ПТСР та його чинники**

К ПТСР виникає у результаті дитячої травми, яка розвивається у дітей з самого різного віку, якщо батьки не виявляють достатньо любові та терпіння, або занадто вимогливі, надмірно зайняті собою, використовують тілесні покарання, принижують дітей вербально, фізично або психологічно, вдаються до різного роду насильства. Діти, які зростають у таких сім'ях, з дитинства виробляють захисні реакції, які пізніше, в дорослому житті, заважають їм любити інших, довіряти їм і встановлювати повноцінні людські взаємини, що виливається в розвиток к-ПТСР.

1. Такий розлад визиває хронічне словесне та емоційне насилля.

2. У дизфункціональних батьків (не справляються зі своїми обов'язками у вихованні дитини) на скаржний заклик малюка до встановлення прихильності і тілесному контакту (не менше 10 разів на добу пригорнути малюка) виникає реакція зневаги (іди від сілля, не мішай). Таке відношення до дитини є вкрай травмованим для дитини і надзвичайно токсичним для дорослих (подібне породжує подібне). У такій ситуації ставка дитина на прихильність і прийняття її не виправдовується, дитині доводиться страждати у страшній безвиході відсторонення.

3. Батьки, особливо схильні до насильства, посилюють травму знедоленості, зв'язуючи тілесні покарання з призиранням до дитини. Наявність емоційних регресій незаперечно вказує на той факт, що "відкидання — занедбаність" батьками побудили Вас зробити своєю звичкою "гіперпильність та концентрацію" на негатив.

**Приклад.** Рабовласники і тюремники звичайно практикують саме зневагу для того, щоб зруйнувати відчуття власної переваги своєї жертви, це переходить у стан завченної безпорадності, змушує відчувати себе марним і знесиленим, а це дає можливість контролювати їх з набагато меншими затратами енергії та уваги.

4. Батьки, які постійно ігнорують або повертаються спиною на відповідь потреби уваги до дитини, емоційного зв'язку або допомоги, залишають свою

дитину наодиці з неконтрольованою кількістю страху, і дитина перестає боротися та впадає в депресивне відчуття страху смертельної безпорадності та безнадії.

І це розвиває у дитини страх з посиленням відчуттям сорому, а сором у подальшому породжує токсичного внутрішнього критика, який, подорослішав стає своїм власним злим ворогом і занурюється в безодню кПТСР.

5. Психічну травму дитина отримує і в школі (булінг). Дитина остається у стані настороженості і страху до тих пір, поки не знизиться загроза повторного насилля, або хтось допоможе йому звільнитися від гіперактивації його нервової системи. Звичайно дитина може повідомити своїх батьків, якщо із свого досвіду він знає, що може звернутися за допомогою хоть до одного із батьків, в такому разі дитина може “відчаяти” тимчасову втрату чуття безпорадності, виражаючи її словами, плачем або гнівом. І якщо батьки вживають кроки, щоб цього не повторилося знову, - тоді дитина звільниться від травми: вона розслабиться природним чином, відчуваючи безпеку завдяки діям парасимпатичної НС, яка адаптує дитину до ситуації вибросом гормону адаптації норадреналіну.

**А якщо наоборот?** Тоді травма продовжується довгий час, а поміч не поспішає, дитина може настільки сильно заціпеніти у цій травмі, що можуть з'явитися симптоми кПТСР. Подібна ситуація буває і у дорослої людини, особливо сьогодні у стані війни.

### **3. Емоційні регресії. Симптоми**

*Емоційні регресії* — (флешбек — спалах, кадр з минулого) вони є, напевно, найяскравішими і характерними рисами кПТСР. Люди, які перенесли психологічну травму через ігнорування їх особистісних потреб, особливо схильні до емоційних регресій тоб-то постійно візуалізують кадри з цих тяжких переживань. Вони закріпились у підсвідомому, на відміну від звичайного ПТСР де немає ніякого візуального супроводу (візуальний супровід свого мислення є фактором матеріалізації своїх думок: Нобілевські премії в області квантової фізики по матеріалізації думок).

*Поняття.* Емоційні регресії — це різке, раптове тривале занурення в емоційний стан переживання насильства чи покинутості в дитинстві, які дитина

відчуває по відношенню своїх батьків до себе. Вони включають величезні страхи, сором, відчуження, гнів, скорботу і депресію. Такі стани часто запускають реакції самозахисту на рефлекторному рівні організму: ” бий” або “біжи”, “замри” або “здавайся”, що свідчить про форму захисту самого себе для самозбереження. Такі регресії по своєму прояву варіюються від слабких до жахливих, від декілька секунд до багатьох тижнів, а іноді до декілька років, розвиваючись все глибше у стани, які психологи називають — регресіями.

З точки зору “Нейрофізіології”, такі стани стимулюються симпатичною автономною нервовою системою. Тією її частиною, яка контролює збудження і готує стан до якихось дій. Коли страх є домінуючою емоцією при таких емоційних регресіях — людина відчуває виражену тривогу, паніку або думає про суїцид. Коли переважає емоція “відчаю” - виникає оніміння почуттів, відчуття парализованості і відчайдушне бажання зникнути або кудись сховатися. В цю мить людина відчуває себе маленькою, беспорядною, а всі симптоми такого стану зазвичай накладаються на принизливий і нищівний токсичний сором, який взмозі знищити Ваше почуття власної гідності в одну мить. А далі тяганина страху, сорому і депресія покинутості.

**Депресія покинутості** — це знесильююче почуття беспорядності та безнадії, які відчувають травмована діти. У тих, хто пережив такі стани, необов'язково присутні усі із пролікованих мною станів, можуть бути різні комбінації таких станів. Але фактори, що впливають на стан переживань буде Ваш тип реакції гостого стресу, який Ви виробили для себе, щоб захищати свій організм.

**Симптоми:**

*емоційні регресії* — це:

- внутрішній тиран або зовнішній критик;
- токсичний сором;
- відкидання себе та своїх потреб в ім'я інших, тривога при соціальному спілкуванні;
- велике почуття самотності і нікому не потрібний;
- тендітне почуття власної гідності;
- остановка у розвитку;
- важкі стосунки;

- диссоціації через відволікальну активність або мисленевий процес;
- надактивна реакція гострого стресу “бий” або “тікай”;
- завжди підвищена чутливість до стресових ситуацій;
- суїцидні думки.

#### **4. Реабілітація. Практична робота**

Дана методика лікування, яку вам зараз пропоную, побудована на основі методів когнітивно- поведінкової терапії. Це може використовуватись як посібник по самопомозі для всіх жертв дитячої травми а не тільки для психологів або психотерапевтів.

1. Якщо травма продовжується не дуже довго, то для рятування від неї достатньо короткого курсу терапії, природно, за умови ефективного усунення небезпеки в оточенні.

2. Якщо вже сформувався кПТСР, то відновлення являється “КОМПЛЕКСНИМ”.

#### ***Відновлення***

1. Для відновлення потрібно навчитись підтримувати дитину на усіх рівнях реалізувати незадоволені потреби розвитку, маюче відношення до переживань дитячої травми: *когнітивному, емоційному, духовному, фізичному та соціальному рівнях.*

2. Вплив критики дорослих на дитину з точки зору нейробіології.

#### ***Як це працює у психіці людини?***

Безжальна критика дорослих, особливо коли вона супроводжується гнівом та зневагою, настільки шкідлива, що змінює структуру мозку дитини (тут доречно згадати психологічний портрет учителя). Ці постійно повторюючи зневажені послання засвоюються та приймаються дитиною, і в підсумку вона повторює їх сама собі знову і знову. При повторенні одного і того ж у головному мозку людини ростуть нові нейронні мережі, а згодом це все закріплюється і входить у підсвідоме. Це означає, що з ростом нових нейронних зв'язків воно стає частиною нервової системи і дитина так далі себе поводить рефлекторно, на підсвідомому рівні, не усвідомлюючи своєї поведінки. Ці сформовані нейронні шляхи ненависті і огиди

до себе, дитина не усвідомлюючи розповсюджує на своє оточення. Дитина змушена існувати у страшному стані нападок на себе, які в кінцевому рахунку переходять у повноцінне нехтування собою. У такому стані здатність підтримувати себе або приймати свою сторону будь-яким чином пригнічуються дитиною. При постійному такому негативному підкріпленні нейрони об'єднуються у глобальну мережу, яка стає внутрішнім критиком, домінуючим у розумовій діяльності дитини. Такий внутрішній критик постійно одержимий небезпекою та катастрофою. Його негативний кругозір створюється за допомогою багаття програм самозаперечного перфекціонізму.

**Питання.** Як скоротити та деконструювати руйнівні життєві програми, які замінюють собою особистість дитини?

Розпізнати свого внутрішнього критика - боротьба довжиною на все життя. Будь-який прогрес — це завжди зворотньо- поступальний рух.

**Питання.** Як допомогти дітям впоратися з цими емоційними регресіями? Список “практичної роботи” стосується соціальних робітників, учителів, шкільних психологів, рідних, сусідів, друзів, щоб вони змогли допомогти дітям, що живуть у сім'ї, де дитина отримує психологічну травму. В залежності від віку дитини деякі поради будуть більш підходящими, ніж інші. Навіть коли ви не в змозі допомогти іншим дітям, Ви зможете навіть допомогти своїй “Внутрішній дитині”.

### **Практична робота**

Треба допомогти дитині пізнати свої емоційні регресії , наприклад таким запитанням: “коли ти почував себе також, як зараз? Це те, що ти відчуваєш, коли тебе ображають?”

Поясніть, що “відчуття небезпеки не завжди означає, що ти в небезпеці. Що є такі місця, які є менш небезпечними, чим інші. Використовуйте м'який, лагідний тон голосу: “Може ти зумієш трошки розслабитися зі мною? Зі мною ти будеш у безпеці. Тут ніхто не зуміє заподіяти тобі біль”.

Поясніть дитині, що є дорослі, зацікавлені у захисту і турботі про нього. Завжди ви повинні прагнути встановити з дитиною перші безпечні відношення. Познайомте дитину з іншими безпечними дорослими, групами, клубами.



Балакайте з дитиною спокійно, але впевнено. Збалансуйте “любов і обмеження”: надайте 5 позитивів на 1 негатив. М'яко і ласкаво встановіть обмеження.

Допоможіть дитині відновити зв'язок з його тілом, щоб послабити надмірну настороженість та збудженість: (практичні вправи)

- навчити дитину системному розслабленню усіх основних груп м'язів;
- навчити глибокому, повільному діафрагмальному диханню;
- загостріть уповільнення, щоб прибрати суєту, яка посилює страх;
- навчить спокійним заняттям, сприятливим самозосередженню: малювання, айкідо, йога, розтяжки;
- визначте безпечне місце і загострюйте туди відступ.

Навчіть дитину “вимовлятися” для самовираження та самозахисту. У деяких родинх небезпечно розмовляти. Але вербальна вентиляція звільняє від болі та страху, допомагає впоратися зі стресом.

Полегшіть сумування про втрату відчуття безпеки. Насильство породжують гнів та смуток. Плач полегшує страх, а вираз гніву таким чином, який не шкодить самій людині, чи іншим, створює чуття безпеки.

Приборкайте внутрішнього критика. Зробіть мозок більш дружелюбним до свого хазяїна. Підвищить усвідомлення внутрішнього діалогу та фантазій дитини, заснованих на страху. Навчить зупинці негативних думок та їх заміни: допоможіть дитині скласти і заповнити список його “позитивних” якостей, переваг, успіхів, ресурсів.

Допоможіть дитині визначити його тип реагування та позитивні сторони. Використовуйте метафори, пісні, персонажі фільмів, мультфільмів, казок. Розкажіть про право (необхідності) мати своє особистісні кордони. Навчить казати “ні”; протестувати проти несправедливості, шукати захисту у “відповідальних” дорослих.

Навчіть виявляти та уникати небезпечних людей, видів діяльності та місць. Деконструйте мислення в термінах вічності. Створюйте яскраві картини досягнутого майбутнього. Яке більш безпечне, дружелюбне та безпечне. Наводьте приклади підходящих історій успіху.

## 5. Наслідки розладу

Прогрес — це завжди зворотньо-поступальний рух. Вербальне та емоційне насильство — це постійні напади з критичними зауваженнями систематично руйнують самооцінку дитини, замінюючи її токсичним внутрішнім критиком, який неперестано судить нас як неповноцінних. Навіть може бути і гірше: слова, емоційно отруєні зневагою та глузуванням, вселяють у дитину страх і токсичний сором. Цей сором та страх змушують дитину утриматися від прохань про увагу до неї, від вираження себе для привертання уваги.

З часом така дитина, подорослівавши, навчиться утримуватися від пошуку будь-якої допомоги, або відношень з протилежною статтю (приклад Верки Сердючки).

Здатність підтримувати себе або приймати свою сторону у вирішенні своїх проблем будь-яким чином пригнічується та переходить у повноцінну зневагу себе. При постійному такому підкріпленні відношення до дитини, нейронні шляхи закріплюються, об'єднуються у глобальну систему, яка і стає тим внутрішнім критиком, домінуючим у мисленевій діяльності дитини. Внутрішній критик постійно одержимий небезпекою та катастрофою, що веде до програм розвитку самозаперечного перфекціонізму. По іронії долі, згубна ненависть до себе здатна настільки отруїти Вас судженням про власну ущербність, що Ви просто не зможете вигнати свого внутрішнього критика. Цей критик постійно заставляє дитину почувати себе нікчемою, непревабливим і болісно пустим. Такі дітки прагнуть людського тепла та комфорту.

**Висновок** успіху реабілітації. Коли насильство і неглект відбуваються у дуже тяжкій формі, будь-яка їх категорія може викликати кПТСР у дитини, з яким вона потім живе все своє життя, відповідаючи рефлексивно завченими реакціями з дитинства на події свого життя. Дитина завжди наслідує те, що дають їй батьки. КПТСР як і більшість проблем у житті мають різний ступінь тяжкості. Він може проявлятися по-різному: від легкого неврозу до психозу і від високої їхньої функціональності до повної дисфункції. Ступінь його тяжкості варіюється від тривалих періодів без емоційних регресій до безперервного жаху перебування у постійному флешбекі. Такий діапазон також варіюється від відчуття повного

успіху до стану виживання на межі. Таким чином, успіх реабілітації полягає в тому, щоб емоційні регресії ставали більш керованими, а задоволення від життя — більш частішим. Є докази психологічних досліджень того, що по мірі розвитку нашого емоційного інтелекту очікування радості стане все більш обґрунтованим. Це дозволяє нам перестати думати, що постійна радість - нереальна ціль відновлення. Пока цього не станеться, ми остаємося у владі в'їдливих тирад внутрішнього критика постійно дорікаючого нам. В основі більшості винятків кПТСРозладу лежить глибока емоційна наша занедбаність.

### **Перелік питань для самоконтролю**

1. Загальна характеристика к ПТСР
2. Чинники к ПТСР
3. Флешбек, його симптоми
4. Нейробіологія критики
5. Характеристика дизфункціональних батьків
6. Реабілітаційні заходи
7. Практична робота при стресових розладах
8. Характеристика” булінгу”
9. Вербальне та емоційне насильство
10. Типи захисту від внутрішнього та зовнішнього критика
11. Характеристика 4-х процесів “горювання”
12. Формування образу внутрішнього критика у СМІ
13. Лікування занедбаності за допомогою відношень

### **Рекомендована література:**

Основна: [1]

Допоміжна: [4,5]

Інформ. ресурси Інтернет: [4]

Міжнародні видання [2]

## РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

### Основна

1. Піт Уокер. Посібник з відтворення дитячої травми. Переклад з англ. Київ, “Діалектика”, 2020. -272с.
2. Медицина за Девідсоном: принципи і практика: 23-є видання: у 3 томах. / за ред. Стюарта Г. Ралстона, Яна Д. Пенмана, Марка В.Дж. Стрекена, Річарда П. Гобсона, 2021. – 664с.
3. Шкарлатюк К. І. Патопсихологія: навч. посіб. / Катерина Шкарлатюк. – Луцьк: Вежа Друк, 2022. – 155 с.

### Допоміжна

1. Крюкова М. А. Патопсихологія: навчально-методичний посібник (для студентів факультету психології, політології та соціології НУ «ОЮА») / М. А. Крюкова, А. В. Курова. – Одеса: Фенікс, 2019. – 38 с.
2. 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>
3. Мартинюк І.А. Патопсихологія: Центр навчальної літератури, 2019, 208с. URL: <http://surl.li/hksuv>.
4. Основи медичної психології : конспект лекцій / укладач Т. В. Іванова. Суми: Сумський державний університет, 2022.275 с. URL: <http://surl.li/gwpor>
5. Психологія сім’ї: підручник / за ред. В. М. Поліщука. Суми: Університетська книга, 2021. 248с.

### Інформаційні ресурси в Інтернет

1. Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. URL: <http://surl.li/hqvbt>
2. Інститут соціальної та політичної психології Національної академії педагогічних наук України. URL: <https://ispp.org.ua/elektronna-biblioteka/tekstovi-materiali/naukova-produkciya/statti-ta-doslidzhennya>.
3. Міністерство освіти, науки України – офіційний сайт URL:<http://www.mon.gov.ua>

4. Національна бібліотека України імені В. І. Вернадського  
URL:<http://www.nbuv.gov.ua>.

**Міжнародні видання**

1. Psychologicaljournal. URL: <http://www.apsijournal.com/index.php/psyjournal>

2. Англomовний перелік професійних сайтів зрізних напрямків психотерапії.

URL: <http://www.psychotherapy.org/sites-links.htm#sites>