


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 12.05 2023 № 12


Голова вченої ради  Н.І. Зикун

МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ

до самостійних та індивідуально-консультативних занять
з 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

Методичні вказівки до самостійних та індивідуально-консультативних занять з навчальної дисципліни «Патопсихологія» складені 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

1. Вступ.....	4
2. Структура навчальної дисципліни.....	7
3. Методичні вказівки до організації самостійної роботи.....	9
Лекція 1. Предмет, мета та завдання патопсихології.....	9
Лекція 2. Основні напрями досліджень у патопсихології.....	11
Лекція 3. Норма і патологія з точки зору різних психологічних підходів.....	13
Лекція 4. Патологічне дослідження: основні методи та принципи.....	16
Лекція 5. Основні форми роботи психолога в медичних установах.....	18
Лекція 6. порушення свідомості, самосвідомості, уваги та відчуття.....	20
Лекція 7. Патологія сприйняття.....	24
Лекція 8. порушення пам'яті та інтелекту.....	25
Лекція 9. Розлади мислення.....	27
Лекція 10. Розлади мовлення.....	29
Лекція 11. порушення емоційно-вольової сфери та потягів.....	31
Лекція 12. Соматогенні порушення психіки.....	33
Лекція 13. Органічні психічні розлади.....	37
Лекція 14. Функціональні розлади психіки.....	39
Лекція 15. Неврози (невротичні розлади).....	41
Лекція 16. Реактивні та постстресові психози.....	43
Лекція 17. Психосоматичні захворювання.....	46
Лекція 18. Комплексний посттравматичний стресовий розлад.....	47
4. Методичні вказівки до організації індивідуально-консультаційної роботи	50
5. Критерії оцінювання рівня навчальних досягнень здобувачів вищої освіти	51
6. Тематика завдань для поглибленого вивчення курсу.....	52
7. Рекомендована література.....	54

ВСТУП

Метою самостійної роботи курсу «Патопсихологія» є: навчити студентів самостійно користуватись широким арсеналом діагностичних прийомів і методик, надати можливість майбутньому практичному психологу самостійно оволодівати знаннями психологічних механізмів виникнення і динаміки психопатологічних розладів, що створить фундамент для успішної самостійної діагностики та психологічної корекції найбільш поширених форм психічної патології.

Основним завданням самостійної роботи з курсу «Патопсихологія» є:

- ознайомити студентів з основними відхиленнями у розвитку психічної діяльності людини;
- навчити користуватись широким арсеналом діагностичних прийомів і методик;
- розвинути у студентів вміння робити психологічний аналіз складних ситуацій взаємодії з особами, які мають відхилення у психічному розвитку;
- навчити студентів на основі результатів психологічної діагностики самостійно робити психологічні висновки, а також розробляти й впроваджувати відповідні програми психологічної корекції.

У результаті вивчення курсу «Патопсихологія» з самостійної роботи студент повинен: *Знати:*

- коло завдань, що розв'язуються патопсихологією;
- основні патопсихологічні синдроми;
- специфіку патопсихологічних проявів у різних нозологічних групах;
- принципи та методи проведення патопсихологічного дослідження;
- основні психодіагностичні методики, які використовуються при проведенні патопсихологічного дослідження;

Вміти:

- розрізняти основні патопсихологічні синдроми;
- розробляти програму патопсихологічного дослідження;
- застосовувати патопсихологічні методи для оцінки психічних явищ;
- формулювати патопсихологічний висновок;

- прогнозувати зміни та динаміку розвитку і функціонування різних психічних процесів та сфер особистості при різних патопсихологічних синдромах.

Курс самостійних робіт спрямований на формування таких компетентностей:
Загальні компетентності:

- Здатність до застосування знань для розроблення проектів, які дають можливість переосмислити наявне та створити нове цілісне знання та/або професійну практику.

- Здатність до розв'язання значущих соціальних, наукових, культурних, етичних та інших проблем.

- Здатність до критичного аналізу, оцінки та синтезу нових ідей.

- Здатність саморозвиватися і самовдосконалюватися впродовж всього життя.

Фахові компетентності самостійної роботи:

- Знання закономірностей та механізмів функціонування психічних феноменів на рівні індивідів і спільнот.

- Використання засобів психологічної просвіти і фахової психологічної підготовки.

- Володіння методами наукового пізнання психічних процесів та феноменів.

- Критичний аналіз та оцінка психологічних аспектів функціонування індивідів та спільнот на мікро- та макрорівнях соціальної реальності.

- Знаходження оптимальних шляхів конструктивного розв'язання наукових і прикладних проблем людської діяльності.

- Прогнозування результатів та планування своєї професійної діяльності із застосуванням існуючих та створенням нових процедур психодіагностики, психологічного консультування, психокорекції.

- Здатність здійснювати фаховий психологічний вплив на інших.

Курс «Патопсихологія» з *самостійної роботи* здобувачів вищої освіти спрямований на досягнення таких *програмних результатів:*

- Знання психологічних інструментів формування сприятливого психологічного клімату навчальної групи, вікових змін психіки людини, центральних психологічних новоутворень кожного вікового періоду, політичної системи суспільства.

- Знання про чинники та індикатори психічних розладів, критерії психічного здоров'я, соціально-психологічні та клініко-психологічні аспекти суїциду,

психологічні аспекти реабілітаційного підходу в медицині; вміння діагностувати патологічні стани психіки, встановити контакт з клієнтом, визначити основні рекомендації та задачі психологічного супроводу; комунікативні навички, необхідні для стимулювання механізмів компенсації психічного дефекту.

- Вміння використовувати знання про анатомію та фізіологію ЦНС для здійснення аналізу функцій і ролі нервової системи у психічній діяльності; розуміння психофізіологічних аспектів індивідуальнотипологічних відмінностей; здатність до вдосконалення професійних умінь та навичок, керуючись результатами сучасних наукових досліджень з анатомії нервової системи людини, фізіології ЦНС та ВНД, психофізіології, нейрофізіології.

ЗМІСТ.

Предмет, мета та завдання патопсихології; Основні напрями досліджень у патопсихології; Норма і патологія з точки зору різних психологічних підходів; Патологічне дослідження: основні методи та принципи; Основні форми роботи патопсихолога в медичних установах; Порушення свідомості, самосвідомості, уваги та відчуття; Патологія сприйняття; Порушення пам'яті та інтелекту; Розлади мислення; Розлади мовлення; Порушення емоційно-вольової сфери та потягів; Соматогенні порушення психіки; Органічні психічні розлади; Функціональні розлади психіки; Неврози (невротичні розлади); Реактивні та постстресові психози; Психосоматичні захворювання; Комплексний посттравматичний стресовий розлад (КПТСР).

2. СТРУКТУРА НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ

№	Змістові модулі	Кількість годин									
		Денна форма					Заочна форма				
		Лекції	Семінарське заняття	І.К.Р.	С.Р.С	Всього	Лекції	Семінарські	І.К.Р.	С.Р.С	Всього
Модуль I = 1,5 зал. кред. (45 год.)											
ЗМ I. (т. 1 - 5) Теоретико-методологічні основи патопсихології											
T.1	Предмет, мета та завдання патопсихології	2	2	–	4	8	–	–	–	8	8
T.2	Основні напрями досліджень у патопсихології	2	2	–	4	8	–	–	–	8	8
T.3	Норма і патологія з точки зору різних психологічних підходів	2	2	–	4	8	–	–	–	8	8
T.4	Патологічне дослідження: основні методи та принципи	2	2	–	5	9	–	–	–	9	9
T.5	Основні форми роботи психолога в медичних установах	2	4	–	6	12	2	–	–	10	12
Форма контролю: модульна контрольна робота (за рахунок семінарського заняття – 40 хв.)											
Всього по модулю		10	12	–	23	45	2	–	–	43	45
Модуль II = 1,7 зал. кред. (51 год.)											
ЗМ II. (т.6 – 11) Психічні порушення та їх характеристика											
T.6	Порушення свідомості, самосвідомості, уваги та відчуття	2	2	3	4	11	2	–	2	7	11
T.7	Патологія сприйняття	2	2	–	4	8	–	–	–	8	8
T.8	Порушення пам'яті та інтелекту	2	2	–	4	8	–	–	–	8	8
T.9	Розлади мислення	2	2	–	4	8	–	–	–	8	8
T.10	Розлади мовлення	2	2	–	4	8	–	–	–	8	8
T.11	Порушення емоційно-вольової сфери та потягів	2	2	–	4	8	–	–	–	8	8
Всього по модулю		12	12	3	24	51	2	–	2	47	51
Модуль III = 1,8 зал. кред. (54 год.)											
ЗМ III. (т. 12 – 18) Функціональні та органічні психічні порушення											
T.12	Соматогенні порушення психіки	2	2	–	7	11	–	2	–	8	10
T.13	Органічні психічні розлади	2	2	–	7	11	–	–	–	7	7

3											
T.1 4	Функціональні розлади психіки	2	2	–	7	11	–	–	–	7	7
T.1 5	Неврози (невротичні розлади)	2	2	–	6	10	–	–	–	7	7
T.1 6	Реактивні та постстресові психози	2	2	–	6	10	–	–	–	7	7
T.1 7	Психосоматичні захворювання	2	2	–	7	11	–	–	–	7	7
T.1 8	Комплексний посттравматичний стресовий розлад	2	2	–	7	11	2	2	–	7	11
Всього по модулю		14	14	–	26	54	2	4	–	48	54
Форма контролю: модульна контрольна робота (за рахунок семінарського заняття – 40 хв.)											
Форма підсумкового контролю – екзамен											
Разом годин з курсу		36	38	3	73	150	6	4	2	138	150

3. МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ ДО ОРГАНІЗАЦІЇ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ

ЗМІСТОВИЙ МОДУЛЬ № 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ

ПАТОПСИХОЛОГІЇ

Лекція 1. Предмет, мета та завдання патопсихології

Ключові терміни та поняття: розпад психічної діяльності, патопсихологія та психопатологія, психологічна корекція.

План самостійної роботи здобувача вищої освіти

1. Характеристика практичної спрямованості патопсихології
2. Надати характеристику поняттю «клінічно-психологічний синдром»
3. Характеристика шизофренічного, або дисоціативного симптомокомплексу
4. Характеристика психопатичного (особистісно-аномального) симптомокомплексу

Висновок

Готуючись до *першого* питання, здобувачам вищої освіти надати характеристику практичної спрямованості 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.

Готуючись до *другого* питання, здобувачам вищої освіти варто надати характеристику поняттю «клінічно-психологічний синдром», який 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).

Готуючись до *третього* питання, здобувачам вищої освіти варто надати характеристику шизофренічного, або дисоціативного симптомокомплексу, що складається із таких особистісно-мотиваційних розладів, як зміни структури ієрархії мотивів, порушення цілеспрямованості мислення (резонерство, різноплановість та інше);

Готуючись до *четвертого* питання, здобувачам вищої освіти варто надати характеристику психопатичного (особистісно-аномального) симптомокомплексу, що 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).

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.

Рекомендована література:

Основна: [3]

Допоміжна: [1,4]

Інформ. ресурси Інтернет: [1]

Міжнародні видання [1]

Тема 2. Основні напрями досліджень у патопсихології

Ключові терміни та поняття: психодіагностичний та психокорекційний метод, синдром, симптом, психічна патологія, експертна робота.

План самостійної роботи здобувача вищої освіти

1. Надати характеристику основного напрямку патопсихології: патопсихологія психічних процесів
2. Психометрія у патопсихології
3. Патопсихологічні синдроми
4. Патобіологічні рівні в системі ієрархії мозкових процесів
5. Фізіологічні рівні в системі ієрархії мозкових процесів
6. Пато- та нейропсихологічний рівні в системі ієрархії мозкових процесів
7. Психопатологічний рівні в системі ієрархії мозкових процесів

Висновок

Готуючись до *першого* питання, здобувачам вищої освіти варто надати характеристику основного напрямку патопсихології «патопсихологія психічних процесів» та довести, що представники цього напрямку досліджують психічні процеси в нормі та їх кількісні та якісні порушення. 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.

Готуючись до *другого* питання, здобувачам вищої освіти варто знати психологічний метод дослідження, як 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 відхиленої 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.

Готуючись до *третього* питання, здобувачам вищої освіти варто знати "патопсихологічні синдроми" сутність якого, 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.

Готуючись до *четвертого* питання, здобувачам вищої освіти варто знати патобіологічні рівні в системі ієрархії мозкових процесів, що характеризується порушенням морфологічної структури тканин мозку, біохімічних процесів, що протікають в них, і тому подібне. На цьому рівні працюють лікарі лабораторій біохімічною, клінічною.

Готуючись до *п'ятого* питання, здобувачам вищої освіти варто знати фізіологічні рівні в системі ієрархії мозкових процесів полягають в зміні перебігу фізіологічних процесів. Цей рівень досліджується лікарями лабораторії функціональної діагностики шляхом реєстрації електроенцефалограми, реоенцефалограми і ін.

Готуючись до *шостого* питання, здобувачам вищої освіти варто знати пато- та нейропсихологічний рівні в системі ієрархії мозкових процесів для якого характерне порушення психічних процесів і пов'язаних з ними властивостей психіки. Ці порушення реєструє психолог

Готуючись до *сьомого* питання, здобувачам вищої освіти варто знати психопатологічні рівні в системі ієрархії мозкових процесів, 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.

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.

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

Ключові терміни та поняття: норма, патологія, зміст, стадії розвитку, механізми роботи.

План самостійної роботи здобувача вищої освіти

1. Надати аналіз психологічної норми та патології, виходячи з положень принципу системності, детермінізму та розвитку
2. Назвіть засновника психоаналітичної концепції поняття “норма”
3. Психоаналітична концепція А. Адлер
4. Психоаналітична концепція Е. Фромм
5. Психоаналітична концепція К. Хорні
6. Психоаналітична концепція К. Юнг
7. Психоаналітична концепція Г. Салліван
8. Психоаналітична концепція М. Кляйн
9. Психоаналітична концепція Дж. Боулбі
10. Психоаналітична концепція К. Кохут

Висновок

Готуючись до *першого* питання, здобувачам вищої освіти варто надати аналіз *психологічної норми та патології*, виходячи з положень принципу *системності, детермінізму та розвитку*. 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.

Готуючись до *другого* питання, здобувачам вищої освіти варто знати засновника психоаналітичної концепції поняття «норма». Засновником цього підходу є З. Фрейд. Він 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.

Готуючись до *третього* питання, здобувачам вищої освіти варто знати сутність психоаналітичної концепції А. Адлера, який 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.

Готуючись до *четвертого* питання, здобувачам вищої освіти варто знати психоаналітичну концепцію Е. Фромма, який визначає її 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».

Готуючись до *п'ятого* питання, здобувачам вищої освіти варто знати психоаналітичну концепцію К. Хорні в якій авторка зазначає :«Неврози породжуються як окремими переживаннями людини, але й тими специфічними культурними умовами, у яких живемо». Він наголошує на важливості вибіркової неувagi до досвіду, який суперечить усталеній «Я-системі».

Готуючись до *шостого* питання, здобувачам вищої освіти варто знати психоаналітичну концепцію К. Юнга. Він створив теорію «неврозів у другій

половині життя», він виділяє страждання від «безглуздості та безпредметності свого життя». Наголошує на важливості формування інтегрованої особистості.

Готуючись до *сьомого* питання, здобувачам вищої освіти варто знати психоаналітичну концепцію Г. Саллівана, що 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.

Готуючись до *восьмого* питання, здобувачам вищої освіти варто знати психоаналітичну концепцію М. Кляйна, який також наголошує на важливості культури, проте наголошує на інтерперсональних відносинах з головними постатями раннього дитинства.

Готуючись до *дев'ятого* питання, здобувачам вищої освіти варто знати психоаналітичну концепцію Дж. Боулбі, який 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.

Готуючись до *десятого* питання, здобувачам вищої освіти варто знати психоаналітичну концепцію К. Кохута. Вчений 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.

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.

Рекомендована література:

Основна: [2,3]

Допоміжна: [3,5]

Інформ. ресурси Інтернет: [3]

Міжнародні видання [1]

Тема 4. Патологічне дослідження: основні методи та принципи

Ключові терміни та поняття: експеримент, дослідження, діагностика, прийоми, методи.

План самостійної роботи здобувача вищої освіти.

1. Системний якісний аналіз психічної діяльності.
2. Спрямованість як на порушення, так і на збереження з боку психічної діяльності.
3. Врахування особистісного ставлення хворого до ситуації експерименту

Висновок

Готуючись до *першого* питання, здобувачам вищої освіти варто дослідити системний якісний аналіз психічної діяльності пацієнта. 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 премобідного фону розвитку патології, визначити індивідуальні психологічні особливості.

Готуючись до *другого* питання, здобувачам вищої освіти варто зазначити 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. Леонт'єв, 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.

Готуючись до *третього* питання, здобувачам вищої освіти варто враховувати особистісне ставлення хворого до ситуації в експерименті. Це 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.

Висновок. Проективні 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.

Рекомендована література:

Основна: [3]

Допоміжна: [1,4]

Інформ. ресурси Інтернет: [3,4]

Міжнародні видання [2]

Тема 5. Основні форми роботи психолога в медичних установах

Ключові терміни та поняття: психодіагностика, психотерапія, психогігієна, психопрофілактика, реабілітація, травматизація.

План самостійної роботи здобувача вищої освіти

1. Мета діагностики в клінічній практиці
2. Методи психотерапевтичної роботи: Особистісно-орієнтована, Сімейна психотерапія, Когнітивно-поведінкова терапія, Сугестивна терапія, Психоаналіз.
3. Реабілітації наркозалежних
4. Особливості психологічної реабілітації осіб, які зазнали сексуального насильства

Висновок

Готуючись до *першого* питання, здобувачам вищої освіти варто знати основну мету діагностики в клінічній практиці.

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

Готуючись до *другого* питання, здобувачам вищої освіти варто знати самі методи психотерапевтичної роботи:

Особистісно-орієнтована психотерапія (*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.

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 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.

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.

Готуючись до *третього* питання, здобувачам вищої освіти варто знати методи реабілітації наркозалежних. 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. Шлях до звільнення від залежності супроводжується поставленою метою та рухом до цієї мети.

Готуючись до *четвертого* питання, здобувачам вищої освіти варто знати особливості психологічної реабілітації осіб, які зазнали сексуального насильства. Особливості психологічної реабілітації осіб, які зазнали сексуального насильства.

Людам, 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 трапалося.

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.

Рекомендована література:

Основна: [1,3]

Допоміжна: [2,4]

Інформ. ресурси Інтернет: [4]

Міжнародні видання [1]

ЗМІСТОВИЙ МОДУЛЬ № 2. Психічні порушення та їх характеристика

Тема 6. Порушення свідомості, самосвідомості, уваги та відчуття

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

План самостійної роботи здобувача вищої освіти

1. К. Ясперс – 4 формальні ознаки свідомості

2. Критерії затьмареної свідомості

Розлади свідомості: приглушений стан, делірій, онейроїд, сутінковий стан

4. Порушення уваги
5. Розуміння уваги, її фізіологічна основа
6. Критерії затьмареної свідомості
7. Характеристика основних станів порушеної самосвідомості

Висновок

Готуючись до *першого* питання, здобувачам вищої освіти варто знати критерії порушень свідомості за К. Ясперсом. За критерії порушення свідомості беруть 4 формальні ознаки свідомості: -дезорієнтацію в часі, місці, ситуації; -відсутність чіткою сприймання оточуючого; -різні міри незв'язності мислення; -труднощі в спогадах подій.

Готуючись до *другого* питання, здобувачам вищої освіти варто знати критерії стану затьмареної свідомості, для визначення якого вирішальне значення має встановлення сукупності усіх вказаних ознак.

Готуючись до *третього* питання, здобувачам вищої освіти варто знати розлади свідомості та при яких порушеннях вони виникають, які симптоми мають: - 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 «с просоння», складний зміст запитання не осмислюється, сповільненість у рухах, мовчазність, байдужість до усього, дрімота, орієнтування в оточенні не повне або зовсім відстуне. Цей стан триває від кількох хвилин до кількох днів, а при пухлинах мозку – значно довше. - *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.

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.

Сутінкові стани свідомості – сприйняття оточуючого нечітке, викривлення, уривчасте. Супроводжується галюцінаціями, ідеями маячення, і під впливом їх хворі можуть здійснювати небезпечні вчинки, мимовільне блукання, механічно переходять вулицю. Виникає при епілепсії, черепномозгових травмах, при судинних захворюваннях мозку. Триває від кілька хвилин до кількох днів. Цей приступ закінчується критично, нерідко з наступним глибоким сном. Характерна риса – *амнезія*.

Готуючись до *четвертого* питання, варто знати види порушень уваги:

1. Слабкість активної уваги (спрямованої зосередженості на вибраному об'єкті) - характерний симптом грубих органічних уражень головного мозку, астеничних станів.

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. Готуючись до *п'ятого* питання, варто знати фізіологічну основу уваги. *Фізіологічна основа уваги* – активація діяльності мозку і створення домінантних осередків збудження в його корі. 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.

Готуючись до *шостого* питання, варто знати поняття «самосвідомість» та її розлади. 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.

Готуючись до *сьомого* питання, варто надати характеристику основних станів порушеної самосвідомості.:

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.

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.

Рекомендована література:

Основна: [2,3]

Допоміжна: [1,4]

Інформ. ресурси Інтернет: [1]

Тема 7. Патологія сприйняття

Ключові терміни та поняття: ейдетизм, сенестопатії, агнозії, розлади сприйняття, деперсоналізацію, метаморфопсії, ілюзії, галюцинації.

План самостійної роботи здобувача вищої освіти

1. Роль перенавантаження аналізаторів у виникненні порушень сприйняття.
2. Недостатність інформації у виникненні порушень сприйняття

Висновок

Готуючись до *першого* питання, варто розуміти поняття «сприйняття» як якісно нову форму чуттєвого відображення дійсності.

Сприйняття - це пізнавальний психічний процес, який полягає у відображенні людиною предметів і явищ, у сукупності всіх їх якостей при безпосередній дії на органи чуття. 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.

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 єдності із всебічними характеристиками об'єкта також і все багатогранне життя суб'єкта: його світоглядні установки, минулий досвід, інтереси, прагнення, надії.

Готуючись до *другого* питання, варто розуміти порушення сенсорного синтезу сприйняття (психосенсорні розлади):

- *Дереалізація* - це 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.

- *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.

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. У відчуттях 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

Рекомендована література:

Основна: [2,3]

Допоміжна: [1,2]

Інформ. ресурси Інтернет: [3]

Міжнародні видання [2]

Тема 8. Порушення пам'яті та інтелекту

Ключові терміни та поняття: амнезії, парамнезії, інтелект, деменція, дебільність.

План самостійної роботи здобувача вищої освіти

1. Механізми порушень пам'яті
2. Методи дослідження корекції динамічних розладів пам'яті
3. Методи дослідження особистісного компоненту пам'яті та інтелекту

Висновок

Готуючись до *першого* питання, здобувачам вищої освіти варто знати про механізми порушень пам'яті, які відбуваються по закону «Рібо» 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. Коннером порушення пам'яті поділяють: Не викликані явними фізіологічними причинами – дисоціативні:

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

Готуючись до *другого* питання, здобувачам вищої освіти, варто знати методи дослідження корекції динамічних розладів пам'яті. Одним з таких методів є метод «Клінічне інтерв'ю» який дозволяє отримати інформацію про індивідуально-психологічні властивості особистості, психологічні феномени і психопатологічні симптоми і синдроми, внутрішню картину хвороби пацієнта і структуру проблеми клієнта, а також спосіб психологічного впливу на людину, вироблений безпосередньо на підставі особистого контакту психолога і клієнта.

Готуючись до *третього* питання, варто знати методи дослідження особистісного компоненту пам'яті та інтелекту, до який відносять «Експериментально-психологічні (пато і нейропсихологічні) параклінічні методи дослідження». Основним завданням параклінічних методів у клінічній психології – це знайти фізіологічні зміни окремих психічних функцій та виявити патопсихологічні синдроми. При розладах пам'яті використовують патопсихологічні методики: тест десяти слів, піктограма. При розладах інтелекту використовують патопсихологічні методики: тест Равена, тест Векслера. Основними методами дослідження мислення (інтелекту) є тести на класифікацію,

виключення, силогізми, аналогії, узагальнення, асоціативний експеримент, проблема Евер.

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.

Рекомендована література:

Основна: [2,3]

Допоміжна: [4,5]

Інформ. ресурси Інтернет: [4]

Міжнародні видання [1]

Тема 9. Розлади мислення

Ключові терміни та поняття: амбівалентність, нав'язливі ідеї, надцінні ідеї, дисморфоманію, дисморфофобія.

План самостійної роботи здобувача вищої освіти

1. Порушення мотиваційного компоненту
2. Розкрийте мету та принципи консультативно-коригуючої роботи
3. Розкрийте суть та специфіку застосування психотерапії

Висновок

Готуючись до *першого* питання, варто зрозуміти принцип порушення «мотиваційного компоненту» мислення, який полягає в лабільності та інертності. *Лабільність мислення* – нестійкість способу виконання мислення, легкий перехід від одного до іншого. *Інертність мислення* – тугість мислення, ригідність, труднощі переключення.

Готуючись до *другого* питання варто з'ясувати мету та принципи консультативно-коригуючої роботи. За В.М. Кузнецовим та В.М. Чернявським,

розлади мислення бувають формальними і продуктивними. Формальні можна диференціювати за темпом, логічною стрункістю та цілеспрямованістю. «Шпреррунг» - «закупорка думок», «обрив думок», раптова зупинка, перерив асоціативного процесу.

Методика, призначена для дослідження опосередкованого запам'ятовування (пиктограма), включає в себе пред'явлення випробуваному для запам'ятовування 10-15 понять, які він повинен намалювати так, щоб згодом по малюнку згадати задані поняття. Через годину випробуваному пропонується за малюнками відтворити задані слова. Приблизний ряд понять:

1) веселе свято, 2) глуха бабуся, 3) сердита вчителька, 4) дівчинці холодно, 5) хвороба, 6) розлука, 7) розвиток, 8) втечу, 9) надія, 10) заздрість.

Інтерпретація подібна за тестом десяти слів.

Готуючись до *третього* питання, здобувачам вищої освіти, варто зосередитись на суті та специфіки застосування методу психотерапії. Психотерапія у вузькому розумінні терміна є видом активного психологічного впливу на пацієнта, що має психопатологічні симптоми і синдроми і знаходиться у стані кризи, фрустрації, стресу або душевної хвороби.

Психотерапія передбачає як купірування хворобливих клінічних проявів, так і корекцію індивідуально психологічних властивостей людини з метою вторинної профілактики психогенних (невротичних, психосоматичних) розладів і захворювань за допомогою спеціальних способів психотерапевтичного впливу. Психотерапія основною своєю задачею ставе купіювання психопатологічної симптоматики, за допомогою чого, передбачається досягнення внутрішньої та зовнішньої гармонізації особистості.

Висновок: *Мислення* – психічний процес, за допомогою якого людина здатна відображати 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.

Висновок. Для організації мовленнєвого акту існують первинні, вторинні та третинні поля перекриття, розміщені на межі аналізаторів у скроневій 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).

Рекомендована література:

Основна: [2,3]

Допоміжна: [1,4]

Інформ. ресурси Інтернет: [4]

Міжнародні видання [2]

Тема 10. Розлади мовлення

Ключові терміни та поняття: Алалія, афазія, аналізатор, дизартрія, дислалія, мутизм.

План самостійної роботи здобувача вищої освіти

1. Роль акустичного аналізатору у функції мовлення
2. Роль кінетичного аналізатору у функції мовлення
3. Функції мовлення: номінативна, змістова, позначальна
4. Три рівні загального недорозвитку мовлення

Висновок

Мова – це система мислення та спілкування з оточуючим середовищем. У формуванні мовної функції беруть участь мозкові анатомічні структури:

Готуючись до *першого* питання варто з'ясувати роль акустичного аналізатора у функції мовлення, який – зумовлює **гнозис мовлення** (впізнавання різних звуків та звукових рядків), розміщується у задньому відділі верхньої скроневої закрутки (зона Верніке) провідної півкулі. *Алалія сенсорна* - не розуміє мовлення.

Готуючись до *другого* питання, варто з'ясувати роль кінетичного аналізатора функції мовлення, що відповідає за праксис мовлення, розміщується в задньому відділі нижньої лобної закрутки (зона Брока), провідної кулі.

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);

Готуючись до *третього* питання треба вивчити функції мовлення, до яких відносять: *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.

У *четвертому* питанні йдеться про три рівні загального недорозвитку мовлення. затримка мовленнєвого розвитку-в основі якого лежить вторинне недорозвинення мовлення, спричинене первинним ураженням аналізаторів (слух, зір), або тотальним недорозвитком психіки (розумова відсталість).

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.

Висновок. Для організації мовленнєвого акту існують первинні, вторинні та третинні поля перекриття, розміщені на межі аналізаторів у скроневій 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).

Рекомендовані літературні джерела:

Основна: [2,3]

Допоміжна: [3,4]

Інформ. ресурси Інтернет: [1]

Міжнародні видання [1]

Тема 11. Порушення емоційно-вольової сфери та потягів

Ключові терміни та поняття: Ейфорія, дисфорія, депресія, емоційна лабільність, афект, агарофобія, клаустрофобіф, соціофобія, нозофобія, контрасні нав'язливості, невмотивований неспокій, афективні синдроми: маніакальний, депресивний.

План самостійної роботи здобувача вищої освіти

1. Настрій.
2. Страх.
3. Тривога.
4. Синдром розладу емоцій

Висновок

Готуючись до *першого* питання варто з'ясувати поняття та роль настрою у житті людини. 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 догнівливого чи пригніченого стану;
- *афект* – інтенсивний, короткочасний емоційний стан.

Характерно швидкий, бурхливий початок, виразні вегетативні симптоми, зміни в поведінці, призводить до дезорієнтації поведінки немотивованих вчинків.

Готуючись до *другого* питання, ватро з'ясувати поняття «страх» та його види. 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.

Готуючись до *третього* питання треба вивчити стан тривоги - 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.

У *четвертому* питанні йдеться про «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, судинний порушеннях.

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 опору і боротьби.

Рекомендовані літературні джерела:

Основна: [2,3]

Допоміжна: [2,5]

Інформ. ресурси Інтернет: [2]

Міжнародні видання [2]

МІСТОВИЙ МОДУЛЬ № 3. Функціональні та Органічні психічні порушення

Тема 12. Соматогенні порушення психіки

Ключові терміни та поняття: синдром, розлад, астенічний, депресивний, іпохондричний, афективний.

План самостійної роботи здобувача вищої освіти

1. Психологічні діагностичні критерії розладів: Астенічний, Депресивні, Іпохондричний, Афективні
2. Реабілітаційні заходи розладів: Астенічний, Депресивні, Іпохондричний, Афективні

Висновок

Готуючись до *першого* питання варто позначити психологічні діагностичні критерії функціональних та органічних розладів, таких як:

Астенічний розлад — стан, при якому спостерігається підвищена стомлюваність, виснаження, послаблення або втрата здатності тривалий час фізично і розумово працювати та для якого характерно: *афективна лабільність* із переважанням зниженого настрою і плаксивості, *дратівлива слабкість*, яка поєднує в собі підвищену збудливість і швидке виникнення знесилення, а також *гіперестезія* (підвищена чутливість до світла, запахів, звуків, дотику). Діагностичними критеріями виступають наступні симптоми: головний біль, розлади сну, які проявляються постійною сонливістю або стійким безсонням, різноманітні вегетативні порушення, зміна самопочуття залежно від коливання атмосферного тиску, впливу спеки або інших кліматичних чинників із наростанням стомлюваності, подразливості, слабкості, гіперестезії де чинниками виникнення такого розладу можуть бути наслідки різних соматичних хвороб (інфекційних і неінфекційних), інтоксикацій, органічних захворювань головного мозку, шизофренії, що призводить до зниження порогу різних видів *сприймання*.

Депресивний розлад - стан, при якому спостерігається порушенням настрою, втратою спроможності контролювати свої афекти і суб'єктивним відчуттям важких особистісних страждань.

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 Цунґа, 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.

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

Психологічні діагностичні критерії *Іпохондричного розладу*:

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.

Афективний розлад - **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 MNQ по S.Grown; шкала тестування PNRS, шкала WPRS, шкала IMPS;
- б) окремі субтести Векслера;
- в) патохарактерологічний діагностичний опитувальник;
- г) окремі оцінні шкали MMPI.

За зазначеними методиками виявляються психопатологічні феномени, що характеризують **маніакальний реєстр-синдром**.

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.

Готуючись до *другого* питання варто визначити реабілітаційні заходи цих розладів:

Реабілітаційні заходи депресивних розладів:

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

Реабілітаційні заходи *Іпохондричного розладу*:

- 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;
- 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;

в) *логотерапія*.

Реабілітаційні заходи *Афективного розладу*:

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 тактовної 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.

Рекомендована література:

Основна: [2,3]

Допоміжна: [2,5]

Інформ. ресурси Інтернет: [1]

Міжнародні видання [1]

Тема 13. Органічні психічні розлади

Ключові терміни та поняття: деменція, органіка, психічні розлади, реабілітаційні заходи.

План самостійної роботи здобувача вищої освіти

1. Назвіть найбільш поширені соматичні захворювання, які призводять до виражених змін психіки.
2. Особливість психічних порушень у хворих на злоякісні онкологічні хвороби.
3. Опишіть поведінку хворого на «афазію»

Висновок

Готуючись до *першого* питання варто надати перелік найбільш поширених соматичних захворювань, які призводять до виражених змін психіки серед яких:

- *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;
- *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;
- *Мультиінфарктна деменція* - захворювання з поступовим початком після декількох невеликих ішемічних епізодів або інфарктів, що створюють акумуляцію інфарктів у церебральній паренхімі;
- *Субкортикальна судинна деменція* — це захворювання, що розвивається в результаті множинних лакунарних інфарктів у глибоких структурах білої речовини півкуль у хворих із гіпертонічною хворобою;
- *Хвороба Піка* - це прогресуюча деменція, що відноситься до групи так званих системних атрофій;
- *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;

- *Деменція при епілепсії* вважається наслідком частих розгорнутих випадків і пояснюється змінами в корі, обумовленими ішемічними некрозами клітин. Готуючись до *другого* питання варто знати особливість психічних порушень у хворих на *злоякісні онкологічні* хвороби. У низці робіт вітчизняних психологів досліджено *«психологічний профіль онкологічного хворого»*. Було з'ясовано, що у багатьох пацієнтів спостерігаються такі риси: домінуюча дитяча позиція у комунікації, тенденція до екстерналізації локусу контролю, висока нормативність у ціннісній сфері, високий поріг сприйняття негативних ситуацій, складність розуміння сутнісних ознак у когнітивній сфері. При цьому найчастіше у сім'ї виявлялася присутність домінантної матері. За даними А. Sellschopp (1990), соціальні чинники (професійна стабільність, сталість взаємовідносин), на відміну психічних, притаманних *«ракової особистості»*, мають значно більше значення якості виживання, ніж це вважалося досі. Реакція на психосоціальні стресори залежить від структури особистості, тобто від того, яке значення події надається суб'єктом. До психосоціальних стресорів Blohmke (1976) . Ці стресори можуть стати пусковими факторами у розвитку онкологічних захворювань. Є переконливі докази того, що стрес є фактором, що сприяє виникненню хвороб, у тому числі й раку (Саймонтон, 2001).

Готуючись до *третього* питання треба вивчити поведінковий стан хворого на *«афазію»*. Так, хворі на атеросклероз судин головного мозку вночі часто не зорієнтовані, 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.

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.

Рекомендована література:

Основна: [2,3]

Допоміжна: [2,5]

Інформ. ресурси Інтернет: [2]

Міжнародні видання [2]

Тема 14. Функціональні розлади психіки

Ключові терміни та поняття: невротичні психогенні реакції, невроз нав'язливих станів, розлади адаптації, фобії, тривога.

План самостійної роботи здобувача вищої освіти

1. Характеристика «феномена Йореса»
2. Характеристика поведінки при «Панічних атаках»
3. Характеристика поведінки при «Розладах адаптації»

Висновок

Готуючись до *першого* питання варто надати характеристику «феномена Йореса». Згідно з *феноменом Йореса*, виразність суб'єктивно неприємних відчуттів в основному прямо пропорційно залежить від функціональних змін і здебільшого обернено на пропорційні виразності органічних порушень. Винятком є хворі на інфаркт міокарда і хворі з метастазами злоякісних новоутворень.

Послаблення проявів стресу, Найважливіші аспекти професійної роботи психолога у реабілітаційних заходах в лікарняному закладі є збереження психічного стану хворого, послаблення проявів стресу, поглиблення віри в успішне його лікування.

Готуючись до *другого* питання, варто дослідити поведінку хворих при «Панічних атаках». Завжди спостерігають серцебиття, яка 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.

Готуючись до *третього* питання треба надати характеристику поведінки при розладах адаптації. 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.

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 (Александер, 2002).

Рекомендована література:

Основна: [2,3]

Допоміжна: [1,5]

Інформ. ресурси Інтернет: [3]

Міжнародні видання [2]

Тема 15. Неврози (невротичні розлади)

Ключові терміни та поняття: неврози, нервова діяльність, розлад, реабілітація.

План самостійної роботи здобувача вищої освіти

1. Реабілітаційні заходи при неврастенії

2. Соматичні симптоми істерії
3. Форми "тривожних розладів"

Висновок

Готуючись до *першого* питання варто з'ясувати реабілітаційні заходи при неврастенії до яких відносять:

- 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

Готуючись до *другого* питання, ватро з'ясувати соматичні симптоми істерії:

- *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.
- *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.

Готуючись до *третього* питання треба надати характеристику різновидам форми "тривожних розладів". 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 *випадання* 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.

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 реадaptaції при необхідності перебування дитини в школі або дошкільному закладі.

Рекомендована література:

Основна: [2,3]

Допоміжна: [1,3]

Інформ. ресурси Інтернет: [4]

Міжнародні видання [2]

Тема 16. Реактивні та постстресові психози

Ключові терміни та поняття: реактивні психози, психогенні психози, стрес, ПТСР.

План самостійної роботи здобувача вищої освіти

1. Реактивна депресія
2. Реактивний параноїд
3. Здорова робота 4 типів захисного реагування
4. Негативні характеристики захисного реагування

Висновок

Готуючись до *першого* питання варто з'ясувати поняття «Реактивна депресія». 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 гнівливість, 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.

Готуючись до *другого* питання, варто з'ясувати поняття «Реактивний параноїд» - це патологічна реакція психотичного рівня на психічну травму чи несприятливу ситуацію, наприклад маячний синдром. Клінічно він може проявитись різноманітними симптомами.

Готуючись до *третього* питання треба надати характеристику здоровій роботі 4 типів захисного реагування. 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.

У **четвертому** питанні йдеться про «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.

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.

Рекомендована література:

Основна: [2,3]

Допоміжна: [1,3]

Інформ. ресурси Інтернет: [4]

Міжнародні видання [1]

Тема 17. Психосоматичні захворювання

Ключові терміни та поняття: психосоматика, депресія, клінічні форми, симптоми, синдроми.

План самостійної роботи здобувача вищої освіти

1. Ознаки прихованої депресії
2. Структура синдрому психоневрологічних розладів
3. Структура Функціональних розладів діяльності серця
4. Симптоми тривожно-фобічного невротичного типу відреагування
5. Питання диференційної діагностики

Висновок

Готуючись до *першого* питання варто з'ясувати ознаки прихованої депресії: 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.

Готуючись до *другого* питання, ватро знати структуру синдрому психоневрологічних розладів. За сучасними уявленнями, до психосоматичних захворювань і розладів відносять: *Конверсійні симптоми, Функціональні синдроми, Психосоматози.*

Готуючись до *третього* питання треба вивчити структуру функціональних розладів діяльності серця до яких належить «**Кардіалгічний синдром**». Хворі скаржаться на біль і неприємні відчуття різного характеру в ділянці серця. 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.

У *четвертому* питанні йдеться про симптоми тривожно-фобічного невротичного типу відреагування. 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*. Здобувачам вищої освіти необхідно перерахувати ці 13 порушень.

У *п'ятому* питанні треба визначити диференційну діагностику психосоматичних захворювань. Лише на основі клінічного обстеження важко, а часто і неможливо, диференціювати різноманітні сомато-вегетативні прояви, викликані прихованою депресією, від цих же симптомів, зумовлених органним чи системним неврозом. По-перше, практично завжди в структурі будь-якого неврозу чи неврозopodobного синдрому є більш-менш виражені елементи депресії, по-друге, в людини, схильної до невротичного типу відреагування, може розвинути прихована депресія.

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.

Рекомендована література:

Основна: [2,3]

Допоміжна: [1,3]

Інформ. ресурси Інтернет: [4]

Міжнародні видання [1]

Тема 18. кПТСР. Комплексний посттравматичний стресовий розлад

Ключові терміни та поняття: стрес, емоційні регресії, флешбек, буллінг, абьюз, неглект, нейропластичність мозку.

План самостійної роботи здобувача вищої освіти

1. Практична робота при стресових розладах
2. Характеристика «буллінгу»
3. Вербальне та емоційне насильство

Висновок

Готуючись до *першого* питання варто з'ясувати практичну роботу психолога при стресових розладах. Треба допомогти дитині пізнати свої емоційні регресії. Поясніть, що “відчуття небезпеки не завжди означає, що ти в небезпеці. 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.

Готуючись до *другого* питання, ватро надати загальну характеристику ” буллінгу”. Психічну травму дитина отримує і в школі (буллінг). 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 хочаб 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.

Готуючись до *третього* питання треба надати загальну характеристику вербальному та емоційному насильству. Вербальне та емоційне насильство — це постійні напади з критичними зауваженнями систематично руйнують самооцінку дитини, замінюючи її токсичним внутрішнім критиком, який непрестано 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 повертання уваги.

Висновок. 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 невроту 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.

Рекомендована література.

Основна: [1]

Допоміжна: [4,5]

Інформ. ресурси Інтернет: [4]

Міжнародні видання [2]

4. МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ ДО ОРГАНІЗАЦІЇ ІНДИВІДУАЛЬНО-КОНСУЛЬТАЦІЙНОЇ РОБОТИ

Індивідуально-консультативна робота – це вид навчальної роботи викладача з студентами, яка здійснюється за графіком Індивідуально-консультативної роботи у формі: індивідуальних занять, консультацій, перевірки виконання індивідуальних занять.

Здобувач вищої освіти повинен на основі вивчення відповідної теми, літератури самостійно розкрити зміст теоретичних питань. Підготувати доповідь або есе за поставленими питаннями. Якість відповідей оцінюється насамперед по тому, наскільки вичерпно студент розгортає сутність вказаних теоретичних питань, грамотно обгрунтовує відповіді та правильно розв'язує практичні значення з відповідними поясненнями та висновками.

План індивідуально-консультативної роботи

1. Розлади, що пов'язані з дефіцитом уваги та гіперактивністю.
2. Розлади, що пов'язані з дефіцитом уваги з гіперактивністю на фоні гіперздібностей.
3. Охарактеризуйте розлад самосвідомості «псевдодеменція».
4. Охарактеризуйте розлад самосвідомості «деперсоналізація».
5. Розлади відчуття.

5. КРИТЕРІЇ ОЦІНЮВАННЯ РІВНЯ НАВЧАЛЬНИХ ДОСЯГНЕНЬ ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ

Денна форма навчання

Модулі	Модуль 1= 12 бал.								Екзамен - 50 балів	Загальна оцінка з курсу =M1+M2+M3+екзамен = 12 +16+22+ 50 = 100 балів
Теми	Т.1	Т.2	Т.3	Т. 4	Т.5					
Відповідь на семінарському занятті	2	2	2	2	4					
Самостійна робота										
Модулі	Модуль 2 – (16 балів)									
Теми	Т.6	Т.7	Т.8	Т.9	Т.10	Т11				
Відповідь на семінарському занятті	2	2	2	2	2	2		КЗ №1 (36.)		
Індивідуальна робота	4									
Самостійна робота										
Модулі	Модуль 3 – (22 балів)									
Теми	Т.12	Т.13	Т.14	Т.15	Т.16	Т17	Т.18			
Відповідь на семінарському занятті	2	2	2	2	2	2	2	КЗ №2 (36.)		
Самостійна робота										
Підсумковий тестовий контроль на платформі дистанційного навчання ДПУ MOODLE	5									

Заочна форма навчання

Модулі	Модуль 1 = 6 бал.								Екзамен - 50 балів	Загальна оцінка з курсу =M1+M2+M3+екзамен = 6+10+ 34+ 50 = 100 балів
Теми	Т.1	Т.2	Т.3	Т. 4	Т.5					
Відповідь на семінарському занятті										
Самостійна робота	6									
Модулі	Модуль 2 = 10									
Теми	Т.6	Т.7	Т.8	Т.9	Т.10	Т11				
Відповідь на семінарському занятті								КЗ №1 (12 б.)		
Індивідуальна робота	4									
Самостійна робота	6									
Модулі	Модуль 3 = 34									
Теми	Т.12	Т.13	Т.14	Т.15	Т.16	Т17	Т.18			
Відповідь на семінарському занятті	8						8			
Самостійна робота	6									

6. ТЕМАТИКА ДЛЯ ПОГЛИБЛЕНОГО ВИВЧЕННЯ НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ

1. Патопсихологія як галузь психологічної науки.
2. Предмет патопсихології.
3. Завдання патопсихології.
4. Психодіагностичий напрям досліджень у патопсихології.
5. Психокорекційний напряму досліджень у патопсихології.
6. Дослідження динаміки психічних порушень.
7. Патологічні рівні мозкових процесів.
8. Норма та патологія з погляду різних психологічних шкіл.
9. Психоаналітична концепція поняття “норма”.
10. Когнітивно-біхевіоральна концепція поняття “норма”.
11. Екзистенційно-гуманістична концепція поняття “норма”.
12. Специфіка та принципи побудови патопсихологічного експерименту.
13. Основні вимоги до змісту та проведення патопсихологічного дослідження .
14. Прийоми і методи патопсихологічної діагностики.
15. Психодіагностика і психотерапія в діяльності психолога.
16. Психогігієна, психопрофілактика і реабілітація в клініці.
17. Психологічна реабілітація осіб з різними видами травматизації.
18. Свідомість та її розлади.
19. Розлади уваги.
20. Порушення відчуття.
21. Психологічні механізми порушень сприйняття.
22. Психологія особистісного компоненту сприйняття.
23. Психологічні механізми порушення пам'яті.
24. Методи дослідження особистісного компоненту пам'яті.
25. Проблема інтелекту.
26. Психологічні механізми порушення мислення.
27. Клінічна феноменологія розладів мислення.
28. Психоаналітичні теорії механізмів мислення.
29. Функції мовлення.

30. порушення мовлення.
31. поняття «емоції» та їх розлади.
32. Розлади вольової сфери.
33. Розлади потягу.
34. Розлади психомоторики.
35. Астенічний синдром
36. Депресивні розлади.
37. Іпохондричний розлад.
38. Афективні розлади настрою.
39. Психологічні діагностичні критерії органічних психічних розладів.
40. Реабілітаційні заходи органічних психічних розладів.
41. Невротичні психогенні реакції.
42. Панічні розлади.
43. Розлади адаптації.
44. Характеристика невротичних розладів.
45. Основні групи клінічної симптоматики неврозів.
46. Реактивні психози. Їх види.
47. Затяжні психогенні психози
48. ПТСР. Стрес як психологічна травма.
49. Типи реакції гострого стресу.
50. Рівні реабілітації ПТСР.
51. поняття “психосоматичні розлади”. Фактори дії.
52. Прихована депресія та її варіанти.
53. Загальна характеристика кПТСР та його чинники.
54. Емоційні регресії. Симптоми кПТС.
55. Реабілітація та практична робота при кПТСР.
56. Наслідки розладу кПТСР.

7. 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>