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

МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ

до семінарських 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 семінарських 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., доцен 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. Пєтухова, к.пед.н., доцент

Реєстраційний №_____

ЗМІСТ

Передмова..... 4
Мета, завдання та зміст семінарських занять з навчальної дисципліни.....5
Пояснення за змістовними модулями та темами навчальної дисципліни.....7
Лекція 1. Предмет, мета та завдання патопсихології..... 7
Лекція 2. Основні напрями досліджень у патопсихології.....9
Лекція 3. Норма і патологія з точки зору різних психологічних підходів……..11
Лекція 4. Патологічне дослідження: основні методи та принципи.....13
Лекція 5. Основні форми роботи психолога в медичних установах.....15
Лекція 6. Порушення свідомості, самосвідомості, уваги та відчуття.....17
Лекція 7. Патологія сприйняття.....20
Лекція 8. Порушення пам'яті та інтелекту.....25
Лекція 9. Розлади мислення.....28
Лекція 10. Розлади мовлення.....31
Лекція 11. Порушення емоційно-вольової сфери та потягів.....34
Лекція 12. Соматогенні порушення психіки.....37
Лекція 13. Органічні психічні розлади.....39
Лекція 14. Функціональні розлади психіки.....41
Лекція 15. Неврози (невротичні розлади).....43
Лекція 16. Реактивні та постстресові психози.....45
Лекція 17. Психосоматичні захворювання.....47
Лекція 18. Комплексний посттравматичний стресовий розлад.....50
Тести для самоконтролю 54
Рекомендована література 85

ПЕРЕДМОВА

Семінарські заняття є ефективною формою організації навчальних занять, з якими органічно поєднуються лекції. Основними дидактичними цілями їх проведення є: забезпечити педагогічні умови для поглиблення і закріплення знань студентів з основ даного курсу, набутих під час лекцій та у процесі вивчення навальної інформації, що виноситься на самостійного опрацювання; спонукати студентів до колективного творчого обговорення найбільш складних питань навчального курсу, активізація їх до самостійного вивчення наукової та методичної літератури, формування у них навичок самоосвіти; оволодіння методами аналізу фактів, явищ і проблем, що розглядаються та формування умінь і навичок до здійснення різних видів майбутньої професійної діяльності.

Семінарські заняття виконують такі основні функції (відповідно формулюють дидактичні цілі заняття: навчальну, виховну і розвивальну): навчальну (поглиблення, конкретизацію, систематизацію знань, засвоєних під час лекційних занять та у процесі самостійної підготовки до семінару); розвивальну (розвиток логічного мислення студентів, набуття ними умінь працювати з різними літературними джерелами, формування умінь і навичок аналізу фактів, явищ, проблем тощо); виховну (патріотичне виховання, виховання економічної, екологічної культури мислення, прищеплення інтересу до вивчення конкретної дисципліни та до фаху, формування потреби здорового способу життя тощо); діагностично-корекційну (контроль за якістю засвоєння студентами навчального матеріалу, виявлення прогалин його засвоєнні та їх подолання). Треба обов’язково пам’ятати, що відсутність заборгованості за кожною темою семінарського заняття є обов’язковою умовою допуску до підсумкової контрольної роботи.

МЕТА, ЗАВДАННЯ ТА ЗМІСТ СЕМІНАРСЬКИХ ЗАНЯТЬ З НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ

Мета: ознайомити здобувачів вищої освіти із напрямами «патопсихології» та виявити фактори, що загострюють патологічні тенденції та соціально-психологічні детермінанти патології психіки; забезпечити формування системи знань про закономірності психічної діяльності і властивостей особистості в зіставленні з закономірностями формування і протікання психічних процесів у нормі з закономірностями «зміненої» діяльності мозку. Сприяти розвитку особистісних та професійних якостей майбутніх практичних психологів, їхньої подальшої самоосвіти; закономірностями розвитку, задачами, функціями та методологією реабілітаційної роботи. Взаємозв'язок патопсихології з іншими науками.

Завдання: Відтворити понятійно-категоріальний апарат. Встановити чіткий зв'язок науки і практики. Визначити сутність і особливості галузей патопсихології. Класифікувати основні соціально-психологічні явища, стани, процеси, специфіку їх перебігу. Оцінити роль і значення пізнавальної, емоційно-вольової, мотиваційної сфер особистості. Оцінити рівень психіки людини, її компонентів та загальних закономірностей функціонування на різних етапах. Розкрити сутність процесу засвоєння студентами основних етапів еволюції становлення «патопсихології».

При вивчені курсу «Патопсихологія» студенти повинні:

знати: специфіку предмета «Патопсихологія», її зв'язки з іншими навчальними дисциплінами: філософією, загальною психологією, психологією кризи, клінічною психологією, психофізіологією, віковою психологією та валеологією, психологією екстремальних ситуацій, основами анатомії та фізіології нервової системи, тощо; місце «Патопсихології» як галузі психології у системі психологічного знання» понятійно-категоріальний апарат, теоретичні та практичні завдання, які відносяться до компетенції психолога, розмежування понять «патопсихологія» та «психопатологія;

уміти: відтворити понятійно-категоріальний апарат, встановити чіткий зв'язок науки і практики. Визначити сутність і особливості галузей психології. Визначити сутність та призначення методів психологічних досліджень. Класифікувати основні соціально-психологічні явища, стани, процеси, специфіку їх перебігу. Інтерпретувати роль особистості у діяльності і спілкуванні. Оцінити роль і значення пізнавальної, емоційно-вольової, мотиваційної сфер особистості, патологічні стани головного мозку: виникнення, функціонування та розвиток структурних компонентів психіки, що є передумовою розвитку особистісного потенціалу особистості; поведінка, діяльність, вчинки осіб; взаємодія людей у різних соціальних групах; психофізіологічні процеси та механізми, які лежать в основі різних форм порушення психічної діяльності. використовувати різні методики згідно зміненого психічного процесу; виявляти особливості психіки; опрацьовувати результати власних психологічних досліджень, особистісних здібностей людини; інтерпретувати їх з метою постановки психічного діагнозу, залежно від конкретного завдання.

ПОЯСНЕННЯ ЗА ЗМІСТОВНИМИ МОДУЛЯМИ ТА ТЕМАМИ НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ

ЗМІСТОВИЙ МОДУЛЬ № 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ПАТОПСИХОЛОГІЇ

Лекція 1. Предмет, мета та завдання патопсихології

Короткий опис до теми: здобувачі вищої освіти мають висвітлити поняття: «наука», «патологія», «психічна патологія» «предмет», «об'єкт». Співвідношення патопсихології з суміжними дисциплінами. Наукові, практичні та методологічні передумови виділення патопсихології в самостійну галузь. Значення патопсихології для теорії загальної та методичної психології як науки, дані якої мають теоретичне і практичне значення для психології та психіатрії.

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

План семінарського заняття

1. Теоретичні проблеми патопсихології, що мають інтегративне значення для психології та психіатрії.
2. Основні напрями розвитку патопсихології

Висновок

Готуючись до відповіді по *першому* питанню, здобувачам вищої освіти, варто знати, що «Патопсихологія» - (від грец. страждання) - це галузь психології, що вивчає зміни психічної діяльності при патологічних станах мозку, пов'язаних з психічними або соматичними захворюваннями. Ця галузь в інтерпретації Б.В. Зейгарника вивчає закономірності розпаду психічної діяльності і властивостей особистості в зіставленні з закономірностями формування і протікання психічного процесу у нормі, закономірності перекручувань відображеної діяльності мозку. Це може відбуватися і при експрементальних навантаженнях на мозок. Патопсихологія діагностує за допомогою психологічних

методів характер протікання та особливості структури психічних процесів, які ведуть до клінічних розладів.

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.

Під час розгляду *другого* питання варто сформувати загальне уявлення про основні напрями розвитку патопсихології.

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. 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.

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 симптомокомплек
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

Короткий опис до теми: здобувачі вищої освіти мають проаналізувати основні напрями досліджень у патопсихології: психодіагностичний та психокорекційний. Дослідити динаміку психічних порушень. З'ясувати участь патопсихолога в експертній роботі.

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

План семінарського заняття

1. Патологічні рівні мозкових процесів
2. Основні напрями досліджень патопсихології

Висновок.

Готуючись до відповіді по *першому* питанню, здобувачам вищої освіти, варто знати патологічні рівні мозкових процесів. 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.

Під час розгляду *другого* питання варто сформувати загальне уявлення про основні напрями досліджень патопсихології. Знати основні завдання *психодіагностичного* та *психокорекційного* напряму. *Дослідження динаміки психічних порушень* у зв'язку з терапією, що проводиться. Можна виділити **три** основних **напрями розвитку патопсихології**: патопсихологія психічних процесів, психометрія у патопсихології та патопсихологічні синдроми. Представники першого напряму досліджують психічні процеси в нормі та їх кількісні та якісні порушення. *Другим напрямом* є психометрія у патопсихології. Представники цього напряму розробляють, апробують та/або адаптують експериментальні методики для дослідження психіки хворих. Представники *третього напряму* вважають найбільш доцільним виділення патопсихологічних синдромів.

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

Короткий опис до теми: визначити поняття «норму» та «патологію» у науці «Патопсихологія» з погляду різних психологічних шкіл. 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.

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

План семінарського заняття

1. Відповідність шести змістів поняття «норма».

2. Психоаналітична концепція поняття «норма».

3. Когнітивно-біхевіоральна концепція поняття «норма».

4. Екзистенційно-гуманістична концепція поняття «норма».

Висновок

Готуючись до відповіді по *першому* питанню, здобувачам вищої освіти, варто знати відповідність ***шести змістів*** поняття «норма».

Перше - це статистичний зміст.

Друге - це оцінний зміст норми.

Третє - психометричний зміст норми

Четверте - утопічний зміст норми.

П'ятий зміст норми - відсутність патологічної, девіантної чи дивної поведінки.

Шостий зміст норми - системна модель.

Під час розгляду *другого* питання варто сформувати загальне уявлення про *психоаналітичну* концепцію поняття «норма» та їх представників. 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). Надати характеристику наукової концепції цих представників.

У третьому питанні треба надати характеристику когнітивно-біхевіоральної концепції поняття "норма" та їх представників. Засновником цього напряму 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». Надати характеристику наукової концепції цих представників.

У четвертому питанні необхідно вияснити екзистенційно-гуманістичну концепцію поняття "норма" та їх представників. Засновник екзистенційної психології Л.Бінсвангер, послідовниками були В.Франкл, К.Роджерс, Л.Виготський, Б.Зейгарник, С. Рубінштейн, О.Лурія, О.Леонтьєв, Ю.Поляков, Т.Мелешко; В.Мясищев. Надати характеристику наукової концепції цих представників.

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

Короткий опис до теми: механізми психічної діяльності, часто приховані від дослідника при нормальному протіканні і розвитку, можуть бути досліджені та проаналізовані при їх порушенні. Вивчення психічної патології завжди давало багатий матеріал для розуміння психологами закономірностей розвитку психіки.

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

План семінарського заняття

1. Метод спостереження.
2. Метод бесіди
3. Тести
4. Проективні методи

Висновок

Готуючись до відповіді по *першому* питанню, здобувачам вищої освіти, варто знати, що 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. Здобувачам вищої освіти треба описати у цьому питанні *особливість* психологічного спостереження та роль особливостей поведінки досліджуваних цього метода.

Під час розгляду *другого* питання варто сформувати загальне уявлення про «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. Здобувачам вищої освіти треба описати у цьому питанні конкретні дії психолога та надати характеристику всім частинам цього методу.

У третьому питанні треба надати характеристику методу "Тести". У психології прийнято виділяти кілька різновидів тестів: тести завдання, тести-опитувальники, проективні тести. Здобувачам вищої освіти треба описати у цьому питанні структуру цих 3-х видів тестів у таблиці 2.3 представлений перелік тестів-опитувальників, що найчастіше використовуються в патопсихологічній практиці.

У четвертому питанні необхідно описати «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. Здобувачам вищої освіти треба описати у цьому питанні види проективних методик.

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.

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

Короткий опис до теми: діагностика 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. Дослідження певних психічних функцій хворого і його особистості значною мірою полегшує постановку діагнозу захворювання. В процесі діагностики виявляються причини конкретного психологічного явища (або його порушення), знання яких потрібне для надання відповідної допомоги.

Ключові слова: психодіагностика, психотерапія, психогігієна, психопрофілактика, реабілітація, травматизація.

План семінарського заняття

1. Методи: Бесіда, Спостереження, Тестування, Психокорекція та Психотерапія
2. Психогігієна, Психопрофілактика, Реабілітація
3.Особливості реабілітації залежностей.
4. Модель психологічної реабілітації при ПТСР.

Висновок

Готуючись до відповіді по *першому* питанню, здобувачам вищої освіти, варто знати, що:

1) ***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. Описати характеристику цього метода.

2) 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. Описати характеристику цього метода.

3) ***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. Описати характеристику цього метода.

4) 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. Надати загальну характеристику цих методів.

Під час розгляду *другого* питання варто сформувати загальне уявлення про поняття «Психогігієна», «Психопрофілактика», «Реабілітація». Описати задачі, що передбачає “гігієна; засоби психопрофілактики; психотерапевтичну дію у реабілітації.

У третьому питанні треба надати характеристику особливостей реабілітаційних заходів «залежностей». Сутність роз’яснювальної (*раціональної)*

психотерапії. Надати характеристику основних методів психологічної саморегуляції**:** *самопереконання і самонавіювання.*

У четвертому питанні необхідно описати 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. Описати о*сновне завдання психолога* методу "психотерапії" для пацієнтів з ПТСР.

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

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

Короткий опис до теми: 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) та 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.

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

План семінарського заняття.

1. Розкрити поняття «свідомість» та «самосвідомість».
2. Назвіть критерії затьмареної свідомості.
3. Охарактеризуйте розлади свідомості: приглушений стан, делірій, онейроїд, сутінковий стан.
4. Охарактеризуйте розлади самосвідомості: псевдодеменція, деперсоналізація.

Висновок.

Готуючись до відповіді по *першому* питанню, здобувачам вищої освіти, варто знати, що розлади свідомості й самосвідомості — це афективне звуження свідомості при психотравмуючих обставинах. Здобувачам вищої освіти у цьому питанні треба описати *«критерії»* та симтоми порушення свідомості та самосвідомості.

Під час розгляду *другого* питання варто сформувати загальне уявлення про *критерії* затьмареної свідомості.

Психотичні (продуктивні) розлади свідомості. Такі розлади ще називають потьмаренням свідомості. Вони характеризуються Дезінтеграцією психічної діяльності внаслідок кіркових уражень. Здобувачам вищої освіти треба описати

симптоматику психотичних (продуктивні) розладів свідомості таких, як «Деліріозний синдром» представлений масивною продуктивною психосимптоматикою у 4-х стадіях.

У третьому питанні треба надати характеристику розладам свідомості: приглушений стан, онейроїд, сутінковий стан. Описати клінічну картину цих станів та вказати причини виникнення.

У четвертому питанні необхідно описати розлади самосвідомості: псевдодеменція, деперсоналізація.Описати клінічну картину цих станів та вказати причини виникнення.

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 взаємозвязків 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 «самосвідомость»
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]

Тема 7. Патологія сприйняття

Короткий опис до теми: 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.

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

План семінарського заняття

1. Охарактеризуйте поняття «сприйняття»
2. Опишіть розлад сприйняття: ілюзії
3. Опишіть розлад сприйняття: галюцінаці
4. Опишіть розлад сприйняття: ейдетизм
5. Опишіть розлад сприйняття: сенестопатії
6. Опишіть розлад сприйняття: агнозії
7. Опишіть розлад сприйняття: соматоагнозії
8. Опишіть розлад сприйняття: дереалізація
9. Опишіть розлад сприйняття: деперсоналізація
10. Опишіть розлад сприйняття: порушення сприймання часу

Висновок

Готуючись до відповіді по *першому* питанню, здобувачам вищої освіти, варто надати характеристику поняття «сприйняття».

Сприйняття́ — 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.

Спринятття - 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).

Під час розгляду *другого* питання варто сформувати загальне уявлення про поняття "ілюзії". ***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 пояснить 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.*

У *третьому* питанні треба надати характеристику поняття "галюцінації". ***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.

У *четвертому* питанні необхідно описати поняття “ейдетизм” та причини розвитку. ***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. ***ейдетизм***- слід збудження, яке тільки закінчилося, у якомусь аналізаторі у вигляді яскравого і чіткого образу, 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 *п'ятому* питанні необхідно описати поняття “сенестопатії”.

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.

У *шостому* питанні необхідно описати поняття “агнозії”. ***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 розпізнання унеможливлюється 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.

У *сьомому* питанні необхідно описати поняття “соматоагнозії”. ***Соматоагнозія*** (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.

У *восьмому* питанні необхідно описати поняття “дереалізація”.

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».

У *дев'ятому* питанні необхідно описати поняття “деперсоналізація”.

Деперсоналізація – стан, при якому порушується усвідомлення свого психічного і фізичного “**Я**”, власні думки і дії сприймаються відчуженими від особистості. Вона може супроводжуватися розладом самоусвідомлення і зміною самооцінки, навіть до повної втрати відчуття власного “**Я”** і його єдності. У деяких випадках, в силу відчудженості 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.

У *десятому* питанні необхідно описати поняття “порушення сприймання часу”.

Порушення сприймання часу:

-*«зупинка часу»*- кольори стають тьмяними, об’ємні предмети – плоскими; відчувається втрата зв’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 уражені правої півкулі головного мозку.

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 практичні 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.

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, галюцінації, ейдетизм, сенестопатії, гнозії, соматоагнозії, 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

Короткий опис до теми: 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. Леонтьев, П. И. Зінченко й ін.). Тому випливало очікувати, що психічна хвороба, змінюючи ці компоненти, по-різному руйнує і амнестичні процеси. У той час як введення *операції опосередкування* поліпшує запам'ятовування здорових людей, то в ряду хворих фактор опосередкування стає перешкодою.

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

План семінарського заняття

1. Методи дослідження корекції динамічних розладів пам’яті.
2. Порушення пам’яті: часткові порушення пам’яті, амнезії, парамнезії, дисоціації, та фізіологічні причини їх порушень
3. Механізми порушень інтелекту

Висновок

Готуючись до відповіді по *першому* питанню, здобувачам вищої освіти, варто знати, що порушення пам'яті спричинені фізіологічними причинами – ***амнестичними розладами***. До основних методів дослідження корекції динамічних розладів пам'яті які використовують у сучасній психології відносять:

- Заучування 10 слів (А. Лурія);
- Відтворення оповідань;
- Опосередковане запам'ятовування, методика «Піктограми»;
- Методика «Змістова пам'ять»;
- Тест зорової ретенції Бентона (BVRT).

Під час розгляду *другого* питання варто сформувати загальне уявлення про порушення пам'яті та надати загальну характеристику понять: часткові порушення пам'яті, амнезії, парамнезії, диссоціації, та фізіологічні причини їх порушень. До *часткових* видів порушення пам'яті відносять:

гіпомнезія- зниження пам'яті;

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

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

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.

У *третьому* питанні треба надати характеристику механізмам порушень інтелекту, їх види, симптоматику.

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.

Дисоціативні не викликані явними фізіологічними причинами :

- *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 фуга* – людина забуває минуле, може відправитися у нове місце і уявити себе новою особистістю, (після сильного стресу). Фуги 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.

Фізіологічними *причинами* їх виникнення можуть бути – черепно-мозгові травми, органічні захворювання, неправильне застосування лікарських препаратів.

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

Рекомендована література:

Основна**:** [2,3]

Допоміжна: [4,5]

Інформ. ресурси Інтернет: [4]

Міжнародні видання [1]

Тема 9. Розлади мислення

Короткий опис до теми: основні категорії мислення: поняття – думка, що виражена одним, рідше двома словами, в якій узагальнюються найбільш суттєві властивості предмету або явища. Оперування загальними ознаками замінюється встановленням суто конкретних зв’язків між предметами, тобто втрачається здатність до абстрагування. При викривлені процесу узагальнення відбувається відрив суджень людини від конкретних, одиничних зв’язків і проявляється резонерством.

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

План семінарського заняття

1. Порушення процесів узагальнення
2. Порушення процесів абстрагування
3. Порушення цілеспрямованості
4. Порушення динамічності мислення

Висновок

Готуючись до відповіді по *першому* питанню, здобувачам вищої освіти, варто володіти поняттями розладів мислення, а саме процесу узагальнення, який є наслідком аналізу, що розкриває істотні зв'язки між явищами й об'єктами. Існує кілька рівнів процесу узагальнення:

- атегоріальний – відношення до класу на підставі головних, істотних ознак;
- функціональний – відношення до класу на підставі функціональних ознак;
- конкретний – відношення до класу на підставі конкретних ознак;
- нульовий (немає операції) – перерахування предметів або їхніх функцій без спроби узагальнити. Порушення операційної сторони мислення – це зниження рівня узагальнення та викривлення процесу узагальнення.

При всім різноманітті порушення операційної сторони мислення, такі порушення можна звести до двох крайніх варіантів:

- зниження рівня узагальнення;
- перекручування процесу узагальнення.

При зниженні рівня узагальнення в судженнях хворих домінують безпосередні представлення про предмети і явища. Замість виділення узагальнених ознак хворі використовують конкретно-ситуаційні сполучення, у них відзначаються труднощі абстрагування від конкретних деталей (наприклад, загальне між диваном і книгою в тім, що «на дивані можна читати»). Подібні порушення можуть бути в легкої, помірковано вираженій і вираженій ступенях. Ці порушення зустрічаються при олігофренії, важких формах енцефаліту, а також при органічних поразках головного мозку іншого генеза з деменцією. Однак говорити про зниження рівня узагальнення можна в тому випадку, якщо цей рівень був у людини раніше, а потім знизився, що і відбувається з хворими епілепсією, органічними поразками ЦНС, наслідками травм головного мозку. У хворих же олігофренією відзначається недорозвинення понятійного, абстрактного мислення, а саме процесів узагальнення і відволікання. При перекручуванні процесу узагальнення хворі керуються надмірно узагальненими ознаками, неадекватними реальним відносинами між предметами. Відзначається перевага формальних, випадкових асоціацій, відхід від змістовної сторони задачі. Ці хворі встановлюють чисто формальні, словесні зв'язки, реальне ж розходження і подібність не служить для них контролем і перевіркою їхніх суджень. Наприклад, подібність між черевиком і олівцем для них у тім, що «вони залишають сліди». Подібні порушення мислення зустрічаються в хворих шизофренією, до яких відносять:
- лабільність мислення це – нестійкість способу виконання мислення, легкий перехід від одного до іншого;
- інертність мислення – тугість мислення, ригідність, труднощі переключення.

При підготовці до відповіді на *друге* питання варто чітко розрізняти порушення абстрагування: - різноплановість мислення, - зниження критичності, - зниження саморегуляції - означає втрату цілеспрямованості мисленевого процесу (процесу саморегуляції пізнавальної діяльності), який виражається у неможливості цілеспрямованої організації мислення. Оперування загальними ознаками замінюється встановленням суто конкретних зв’язків між предметами,

тобто втрачається здатність до абстрагування. При викривлені процесу узагальнення відбувається відрив суджень міркувань людини від конкретних, одиничних зв’язків.

Переходячи до *третього* питання слід знати про формування суджень, до яких відноситься порушення процесів цілеспрямованості.

Амбівалентність - формування суджень, виходячи з різних принципів, співіснування думок і асоціацій, які взаємно виключаються. - Резонерство - міркування заради міркування, безпредметність мислення, коли відсутні конкретність думок, їх пізнавальний зміст. Наприклад, на запитання про здоров'я хворий відповідає: «Залежно від того, що означає це слово». Якщо від слова «здорово», то я не вельми здоровий, маю лише 60 кг маси, але це залежить від ваг і того, де вони стоять: якщо в нашому парку, то там гравітація висока, багато людей і неможливо довго там перебувати.

Розважність мислення - проявляється у викладенні хворим непотрібних деталей своєї сповіді, зайвих дрібниць, невмінні лаконічно висловити головну думку, яка часто губиться у великій кількості деталей. Серед продуктивних розладів виділяють нав’язливі ідеї, надцінні ідеї та маячня. Стани: невідчепне мудрування, рахування.

У *четвертому* питанні варто знати порушення динамічності мислення. 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. Дисморфобія являє собою симптомокомплекс, для якого характерне активне прагнення корекції уявного дефекту, виразні ідеї спілкування та депресивний настрій.

Дисморфоманія – у тих випадках, коли подібний розлад виникає без будь-якої зовнішньої причини, за парадоксальним механізмом і набуває форми маячних ідей. Такі стани спостерігаються переважно при шизофренічних розладах та психопатіях психастенічного типу. 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.

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.

Перелік питань для самоконтролю

1. Поясніть суть розладу особистості: порушення смислоутворення та підконтрольності поведінки
2. Порушення динамічності мислення
3. Клінічна феноменологія розладів мислення

Рекомендована література:

Основна**:** [2,3]

Допоміжна: [1,4]

Інформ. ресурси Інтернет: [4]

Міжнародні видання [2]

Тема 10. Розлади мовлення

Короткий опис до теми: Функції мовлення. Порушення, розлади мовлення. Порушення вимовної функції. Порушення ритму мовлення. Порушення комунікативної функції мовлення.

Ключові слова: алалія, афазія, аналізатор, дизартрія, дислалія, мутизм.

План семінарського заняття

1. Стркутура мовленевого процесу
2. Порушення артикуляційного праксису
3. Причини порушення автоматизму мовленневого процесу
4. Види втрати мовлення

Висновок

Готуючись до відповіді по *першому* питанню, здобувачам вищої освіти, варто знати стркутури мовленевого процесу, які беруть участь у «функції мовлення»:

- фонетика (акустичні та артикуляційні особливості звуків мовлення);
- фонематика (фонетичний, фонологічний, фізіологічний та психологічний аспекти мовлення);
- граматика – устрій мови (форма словозмін, словосполучень, типи речень);
- лексика – (уся сукупність слів мови чи діалекту).

При підготовці до відповіді на *друге* питання варто чітко розрізняти:

- 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; порушення артикуляційного праксису (Дизартрія) внаслідок органічного враження центральної та периферичної іннервації органів мовлення (губ, піднебіння, язика, голосових зв'язок) судинного, травматичного інфекційного, вродженого характеру; дислалія – порушення звуку, при збережені слуху.

У *третьому* питанні мова йдеться про порушення автоматизму мовленневого процесу. Затримка мовленнєвого розвитку в основі якої лежить вторинне недорозвинення мовлення, спричинене первинним ураженням аналізаторів (слух, зір), або тотальним недорозвитком психіки (розумова відсталість).

Для орієнтування у мовленнєвих відхиленнях потрібно уявляти учня з мовленнєвою нормою. Майбутній першокласник зі сформованим мовленням має: правильно вимовляти звуки та слова, говорити достатньо гучно, в адекватному для розуміння темпі диференціювати (відрізняти) звуки, визначати її послідовність у словах, правильно погоджувати слова в реченнях (рід, число, відмінок), переказувати зміст прослуханих текстів (казки, розповіді), складати розповіді за

малюнками, знаходити причинно-наслідкові зв'язки в сюжетах з малюнків, казок, мультиків, мати достатній словниковий запас (орієнтовно 2000 слів), в якому присутні основні частини мови.

Внутрішні причини: Сюди відносять фізіологічні чинники, що вплинули на дитину під час вагітності матері, пологів або в ранньому віці. Наприклад:

-захворювання матері під час вагітності

- спадкові захворювання

- шкідливі звички батьків

- складні пологи, родові травми

- фізичні та психічні перевантаження під час вагітності.

Зовнішні причини: До зовнішніх відносять фізіологічні та соціальні фактори, що діяли на дитину в перші роки життя, як-от:

-інфекційні захворювання, що впливають на мозок

-побічні дії медикаментозного лікування, передозування ліками

-травми голови -фізичні хронічні захворювання, що ослаблюють організм, впливають на загальний та психічний розвиток

- дефектність мовленнєвого оточення.

Наприклад:

- мовленнєвий розвиток може затримуватися у зв'язку з німотою чи глухонімотою батьків;

- коли старші сіблінги мають порушення мовлення, яке менша дитина копіює; - через білінгвізм (двомовність) у родині;

- психогенні фактори в родині — відсутній/недостатній емоційний контакт з дорослими чи занадто конфліктні, агресивні відносини між батьками тощо; - психологічні травми (переляк може стати причиною заїкання або втрати голосу);

- педагогічна занедбаність;

- неправильні педагогічні підходи в родині (з дитиною дошкільного віку «сюсюкаються», вимовляючи спотворені слова).

У *четвертому* питанні мова йдеться про види втрати процесу мовлення. Повну, або часткову втрату мовлення:

- афазія 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.

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).

Перелік питань для самоконтролю

1. Поясніть поняття: зона Брока.
2. Поясніть поняття: зона Верніке.
3. 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

Короткий опис до теми: Поняття «Емоції» та їх розлади. Розлади вольової сфери. Розлади потягів. Розлади психомоторики.

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

План семінарського заняття

1. Розлади афектів
2. Порушення та розлади волі
3. Розлади потягу

Висновок

Готуючись до відповіді по *першому* питанню, здобувачам вищої освіти, варто знати, що до порушень емоційно-вольової сфери відносять –настрій. Це відносно стійкий емоційний стан, становить головний фон, коливаючись у бік підвищення чи зниження. Розлади настрою: ейфорія – підвищений, з відтінком задоволення, що не відповідає дійсності та 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.

При підготовці до відповіді на *друге* питання варто чітко розрізняти, що 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: спонукання, прагнення, боротьба мотивів. прийняття рішення, дія.

Далі мова піде про розлади волі, які 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.

У *третьому* питанні мова йде про 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. Послаблення і посилення харчового потягу: Анорексия, булімія, поліфагаія. Послаблення і посилення статевого потягу: гіперсексуальність, гіпосексуальність, розлад інстинкту самозбереження, перекручення потягу, суїцидоманія, копрофагія, перекручення статевого потягу (перверзії), трансвестизм, ексгібіціонізм, садизм, мазохізм, педофілія, некрофілія, зоофілія, фетишизм.

Висновок. До порушеннь емоційно-вольової сфери відносять –настрій. Це відносно стійкий емоційний стан, становить головний фон, коливаючісь у бік підвищення чи зниження. Активна цілеспрямована психічна діяльність отримала назву «воля». Потяг формується на основі безумовних інстинктів, які опосередковуються корою півкуль мозку і відбиваються у вольовій діяльності.

Перелік питань самоконтролю

1. Настрій: ейфорія, дисфорія, депресія, емоційна лабільність, афект.
2. Види фобій: агарофобія, клаустрофобіф, соціофобія, нозофобія, контрасні 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 з-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, ехопраксіія, ехолалія, ехомімія, паракінезії, гіперкінези, диспраксія, апраксія.

Рекомендована література:

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

Короткий опис до теми. 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 астенічний синдром різного ступеня

Ключові слова: синдром, розлад, астенічний, депресивний, іпохондричний, афективний.

План семінарського заняття

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

2. Реабілітаційні заходи розладів: Астенічний, Депресивні, Іпохондричний, Афективні

Висновок

Готуючись до відповіді по *першому* питанню, здобувачам вищої освіти, варто знати психологічні діагностичні критерії:

а) ***шкала депресії Гамільтона.*** Шкала грунтується 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. Здобувачам вищої освіти варто описати структуру представлених методів.

Під час розгляду *другого* питання варто сформувати загальне уявлення про ***реабілітаційні заходи:***

- когнітивно-поведінкова психотерапія;
- підтримуюча;
- екзистенційна психотерапія;
- короткотермінова динамічна;
- інтерперсональна;
- сімейна;
- сімейне консультування. Здобувачам вищої освіти варто описати структуру представлених методів.

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".

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

Короткий опис до теми. Практично при всіх органічних і психосоматичних психічних розладах порушується робота перифиричної 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 ураженях мозку патологічна неврологічна симптоматика «превалює» над психічними пораженнями.

Ключові слова: деменція, органіка, психічні розлади, реабілітаційні заходи.

План семінарського заняття

1. Психологічні діагностичні критерії органічних психічних розладів

2. Реабілітаційні заходи органічних психічних розладів

3. 4 групи судинної деменції

Висновок

Готуючись до відповіді по *першому* питанню, здобувачам вищої освіти, варто знати психологічні діагностичні критерії: ознаки інтелектуально-мнестичного зниження. Для дослідження використовуються методики, спрямовані на вивчення стану *інтелекту, оперативної пам'яті, концентрації уваги.* Надати повний опис методик, направлених на діагностику цих станів.

Під час розгляду *другого* питання варто сформувати загальне уявлення про реабілітаційні заходи органічних психічних розладів.

Реабілітаційні заходи:

- когнітивний тренінг;
- стимуляція фізичної активності;
- стимуляція соціальних взаємодій;
- сімейне консультування;
- психокорекція соціальних навичок. Здобувачам вищої освіти надати повний опис структури цих реабілітаційних заходів.

У третьому питанні треба надати загальну характеристику 4-м групам судинної деменції:

а) судинна деменція з гострим початком;

б) мультиінфарктна деменція;

в) субкортикальна судинна деменція;

г) змішана коркова і підкоркова судинна деменція.

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.Характеристика «психологічного портрету» хворого у гострий період черепно-мозкової травми

2. Характеристика «психологічного портрету» при вираженій туберкульозній інтоксикації

Рекомендована література:

Основна**:** [2,3]

Допоміжна: [2,5]

Інформ. ресурси Інтернет: [2]

Міжнародні видання [2]

Тема 14. Функціональні розлади психіки

Короткий опис до теми. 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».

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

План семінарського заняття

1. Ситуаційна психогенна реакція
2. Панічні атаки

Висновок

Готуючись до відповіді по *першому* питанню, здобувачам вищої освіти, варто знати, що інколи психогенні розлади психіки проявляються дисоціативними й конверсійними (істеричними) психозами, гострою реакцією на стрес та посттравматичними стресовими розладами (гострі й затяжні реактивні психози) серед таких розладів є - "***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 невротичні реакції. Вони 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 отримає 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 зовсім не усвідомлюють свій стан).

Під час розгляду *другого* питання варто знати про ***“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.

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. Хоча панічні атаки лякають, вони не становлять небезпеки. Атака не спричинить вам фізичної шкоди, і навряд вам знадобиться госпіталізація. Проте майте на увазі, що симптоми панічної атаки можуть насправді бути проявами інших проблем зі здоров’ям. Наприклад, сильне серцебиття ви можете мати, якщо у вас дуже низький тиск.

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 органними неврозами (Александер, 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)

Короткий опис до теми. 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.

Ключові слова: неврози, нервова діяльність, розлад, реабілітація.

План семінарського заняття

1. Психопатологічна симптоматика неврастенії
2. Форми неврастенії. Психологічні діагностичні критерії
3. Невроз нав'язливості
4. Істерія
5. Невротичний розвиток особистості

Висновок

Готуючись до відповіді по *першому* питанню, здобувачам вищої освіти, варто знати, що психопатологічна симптоматика неврастенії - 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. Здобувачам вищої освіти треба описати клінічну картину неврастенії.

Під час розгляду *другого* питання варто сформувати загальне уявлення про форми та психологічні діагностичні критерії неврастенії. Описати групу методик, що характеризують особливості *самооцінки* і співвідношення її з рівнем домагань; методики *визначення локусу контролю*; методики, що визначають тип відношення хворого до хворобливих проявів; проективні методики – група методик дослідження *пам'яті, уваги, мислення,* що дозволяють об'єкти візувати зниження (або коливання) рівня розумової працездатності, виснаження, стомлюваності, низьку продуктивність.

У третьому питанні треба надати характеристику неврозу нав'язливих станів: *сумніви, спогади, уявлення, потяги, страхи, дії.*

У четвертому питанні необхідно розкрити поняття "Істерія". Описати симптоматику та причини виникнення.

У п'ятому питанні необхідно надати психологічну характеристику невротичного розвитку особистості. Здобувачам вищої освіти, варто знати, що 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. Описати форми невротичного розвитку особистості.

Висновок. Невротичний розвиток особистості - це сталі за клінічними проявами, практично незворотні зміни всієї особистості людини, зумовлені тривалим перебігом неврозу, коли зафіксовують «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. Нав'язливі спогади.
2. Нав'язливі уявлення
3. Нав'язливі страхи
4. Нав'язливі дії

Рекомендована література:

Основна**:** [2,3]

Допоміжна: [1,3]

Інформ. ресурси Інтернет: [4]

Міжнародні видання [2]

Тема 16. Реактивні та постстресові психози

Короткий опис до теми. 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.

Ключові слова: реактивні психози, психогенні психози, стрес, ПТСР

План семінарського заняття

1. Види реактивних психозі
2. Симптоми Афективно-шокових психогенних реакцій
3. Поведінка при реактивному параноїді

Висновок

Готуючись до відповіді по *першому* питанню, здобувачам вищої освіти, варто надати характеристику видам *реактивних психозів*, які найчастіше виникають в осіб, що хворіють на психопатію, перенесли черепномозкову травму, а також в ослаблених інфекційними, соматичними захворюваннями, інтоксикаціями,

тривалим безсонням, авітамінозами тощо. Серед реактивних психозів розрізняють:

♦ афективно-шокові реакції;

♦ реактивну депресію;

♦ реактивний параноїд;

♦ істеричні психози.

Під час розгляду *другого* питання описати загальні симптоми "Афективно-шокових психогенних реакцій", що викликані 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.

У *третьому* питанні треба описати характеристику поведінки при реактивному параноїді та надати загальну характеристику структури *атипових форм 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.

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. «Синдром самозванця».
2. Реабілітація емоційної природи
3. Тілесна взаємодопомога.
4. Якість емоційного інтелекту

Рекомендована література:

Основна**:** [2,3]

Допоміжна: [1,3]

Інформ. ресурси Інтернет: [4]

Міжнародні видання [1]

Тема 17. Психосоматичні захворювання

Короткий опис до теми. 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. Психолог, озброєний сучасними знаннями про соматизовані розлади, може надати суттєву допомогу лікарю щодо припущення й верифікації діагнозу - психосоматичного розладу.

Ключові слова: психосоматика, депресія, клінічні форми, симптоми, синдроми.

План семінарського заняття

1. Кардіалгічний синдром
2. Цефалгічний синдром

3. Абдомінальний синдром

4. Діенцефальний синдром

Висновок

Готуючись до відповіді по *першому* питанню, здобувачам вищої освіти, варто описату клінічну картину симптомів хворого на “Кардіалгічний синдром” при якому, 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 нападоподібний 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.

У *другому* питанні треба надати характеристику “Цефалгічному синдрому”. Хворі скаржаться на нестерпний, головний біль, відчувають печію, розпирання, горіння, тяжкість, пульсацію, стискання, оніміння. Досить часто біль має мігруючий характер (то в лобно-скроневій, 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.

У *третьому* питанні треба надати характеристику «Абдомінальному" синдрому. 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 та покращання стану від лікування антидепресантами свідчать про наявність прихованої депресії.

У *четвертому* питанні необхідно описати клінічну картину хворого на «Діенцефальний синдром», надати диференційно-діагностичні критерії. Діенцефальний синдром є найбільш складним за своєю структурою.

Виділяють: *вегетативно-вісцеральний, вазомоторний, вазомоторно-алергічний і псевдоастматичний* типи порушень. 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.

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 взаємодоповнені – все це має значення як взаємодіючі між собою фактори психосоматичних захворювань.

Перелік питань для самоконтролю

1. Особливості лікування органних неврозів.
2. Характеристика лікування за Й. Касирським.

Рекомендована література:

Основна**:** [2,3]

Допоміжна: [1,3]

Інформ. ресурси Інтернет: [4]

Міжнародні видання [1]

Тема 18. кПТСР. Комплексний посттравматичний стресовий розлад

Короткий опис до теми. 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.

Ключові слова: стрес, емоційні регресії, флешбек, буллінг, абьюз, неглект, нейропластичність мозку.

План семінарського заняття

1. Загальна характеристика к ПТСР
2. Чинники к ПТСР
3. Флешбек, його симптоми
4. Нейробіологія критики
5. Характеристика «дизфункціональних» батьків
6. Реабілітаційні заходи

Висновок

Готуючись до відповіді по *першому* питанню, здобувачам вищої освіти, варто надати загальну характеристику к ПТСР. Довести, що - це вивчений набір своїх реакцій організму у відповідь на будь-яку життєву ситуацію. 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: завченні рефлекси реагування викликані вихованням, а точніше відсутністю здорового виховання в дитинстві. 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. Такий розлад визиває хронічне словесне та емоційне насилля.

У *другому* питанні треба вказати на психологічні чинники виникнення к ПТСР, який виникає у результаті дитячої травми, що розвивається у дітей з самого різного віку, якщо батьки не виявляють достатньо любові та терпіння, або занадто вимогливі, надмірно зайнятті собою, використовують тілесні покарання, принижують дітей вербально, фізично або психологічно, вдаються до різного роду насильства. Психічну травму дитина получає 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.

У *третьому* питанні надати загальну характеристику поняттю " Флешбек"та описати його клінічні симптоми. Наявність емоційних регресій незаперечно вказує на той факт, що "відкидання — занедбаність" батьками побудили Вас зробити своею звичкою "гіперпильність та концентрацію" на негатив. ***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 тобто постіно 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).

У *четвертому* питанні описати нейрофізіологію головного мозку на роботу "Нейробіологічної критики". 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. З точки зору "Нейрофізіології", таки стани стимулюються симпатичною автономною нервовою системою. Тією її частиною, яка контролює збудження і готове стан до якихось дій. Коли страх є домінуючою емоцією при таких емоційних регресіях — людина відчуває виражену тривогу, панику або думає про суіцид. Коли переважає емоція "відчаю" - виникає ониміння почуттів,

відчуття паралізованості і відчайдушне бажання зникнути або кудись сховатися. В цю мить людина відчуває себе маленькою, безпорадною, а всі симптоми такого стану зазвичай накладаються на принизливий і нищівний токсичний сором, який взмозі знищіти Ваше почуття власної гідності в одну мить. А далі тяганина страху, сорому і депресія покинутості.

У *п'ятому* питанні надати характеристику образу “дизфункціональних” батьків. Описати психологічний портрет таких батьків та виявити наслідки такого спілкування. У дизфункціональних батьків (не справляються зі своїми обов'язками у вихованні дитини) на скаргний заклик малюка до встановлення прихильності і тілесному контакту виникає реакція зневаги. 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. У *шостому* питанні описати реабілітаційні заходи на основі методів когнітивно- поведінкової терапії, практичну роботу психолога. Дана методика лікування побудована на основі методів когнітивно- поведінкової терапії. Це може використовуватись як посібник по самодопомозі для всіх жертв дитячої травми, а не тільки для психологів або психотерапевтів. Якщо травма продовжується не дуже довго, то для рятування від неї достатньо короткого курса терапії, природно, за умови ефективного усунення небезпеки в оточенні. Якщо вже сформувався кПТСР, то відновлення являється “КОМПЛЕКСНИМ”.

Відновлення: 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.*

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 рефлекторно 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 проявлятись 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 обгрунтованим. 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. Типи захисту від внутрішнього та зовнішнього критика
2. Характеристика 4-х процесів «горювання»

Рекомендована література

Основна**:**[1]

Допоміжна: [4,5]

Інформ. ресурси Інтернет: [4]

Міжнародні видання [2]

ТЕСТИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Патопсихологія в інтерпретації Б.В. Зейгарника вивчає:

А) закономірності розпаду психічної діяльності і закономірності перекручувань відображеної діяльності мозку;

Б) принципи розпаду психічної діяльності і властивостей особистості;

В) загальні особливості психічних захворювань;

2.Патопсихологія та психопатологія відрізняються:

А) об 'єктом вивчення;

Б) предметом вивчення;

В) місцем у системі наук;

3.Об'єкт патопсихології становить:

А) патологічні стани мозку;

Б) свідомість людини;

В) становить зміну психічної діяльності;

4.Зв'язок патопсихології зі спеціальною психологією:

А) патопсихологія допомагає лікарю у виявленні ознак психічних порушень;

Б) проводить дослідження з метою психіатричної експертизи;

В) патопсихологія дає оцінку навченості дитини при підозрі на розумову відсталість;

5.Аналіз патологічних змін здійснюється:

А) на базі порушень психіки хворого для уточнення діагнозу;

Б) на базі зіставлення з характером формування і протікання психічних процесів;

В) на базі психологічних змін особистості;

6.Ознакою психічної патології є:

А) психічна дисфункція, що заважає людині належним чином виконувати свої повсякденні обов'язки ;

Б) неприємні переживання;

В) тривога;

7.Представники якої моделі патології вважають психічну патологію хворобою, спричиненою аномальним функціонуванням головного мозку:

А) біологічної;

Б) психодинамічної;

В) поведінкової;

8.Першим розробив учення про рефлекс:

А) І.П. Павлов;

Б) Р. Декарт;

В) І.М. Сєченев;

9.Прихильники якої моделі патології вважають, що аномальна поведінка зумовлена головним чином нашим раннім життєвим досвідом:

А) біологічної;

Б) психодинамічної;

В) поведінкової;

10.Прихильники якої моделі патології вважають, що до появи психічних відхилень може привести ухиляння від відповідальності за своє життя:

А) когнітивної;

Б) екзистенціальної;

В) біологічної;

11.Представники якої моделі патології пояснюють і лікують патологію, розглядаючи зовнішні соціальні сили, які впливають на членів суспільства:

А) когнітивної;

Б) екзистенційної;

В) соціокультурної;

12.Крайня і тривала форма штучного захворювання, при якій людина викликає у собі симптоми, досягає госпіталізації і піддається лікуванню, має назву:

А) симулятивний розлад;

Б) синдром Мюнхаузена;

В) синдром Жильбера;

13.Фізична хвороба, що пояснюється в основному психологічними причинами, за яких пацієнт свідомо не бажає хворіти і не організовує свої симптоми, має назву:

А) соматоформний розлад;

Б) істеричний соматоформний розлад;

В) конверсійний розлад;

14. Соматоформний розлад, за якого людина помилково підозрює, що незначні зміни у функціонуванні її організму можуть бути ознаками серйозного захворювання, називається:

А) дисморфофобією;

Б) хронічним соматоформним больовим розладом;

В) іпохондрією;

15. Психологічна корекція формує:

А) особистісної позиції;

Б) навичок адаптивної поведінки;

В) неврозостійкості;

16. Інформування клієнта є істотним методом психологічної допомоги при: А) психологічному консультуванні;

Б) психологічній корекції;

В) психотерапії;

17. Теоретична патопсихологія вивчає:

А) загальні закономірності зміни психічної діяльності при патологічних станах мозку в порівнянні з нормою;

Б) загальні закономірності проведення експертизи, оцінці ефективності лікування;

В) загальні закономірності психічної діяльності:

18. Метою теоретичної патопсихології є:

А) надання допомоги в розумінні процесів, що відбуваються при патологічних станах мозку;

Б) встановити структуру порушеної пізнавальної діяльності;

В) отримання додаткових даних про психічний стан хворого.

19. Спеціальне експериментально-психологічне дослідження допомагає виявити:

А) ознаки психічних порушень, визначити їх структуру і взаємозв'язок;

Б) тяжкість наявних порушень;

В) відхилення від норми;

20. Найскладнішим видом психологічної допомоги, за якого відбуваються глибокі особистісні зміни, є:

А) консультування;

Б) корекція;

В) психотерапія

21. Психологія стала поступово втрачати характер світоглядної науки:

А) в кінці XIX ст.;

Б) в кінці XX ст.;

В) в кінці XVIII ст.;

22. Патопсихологія як самостійна галузь психологічної науки почала формуватися:

А) в кінці XX ст.;

Б) в кінці XIX ст;

В) початку XX ст;

23. У 1904 р. В. М. Бехтерев писав:

А) новітні успіхи психіатрії багато в чому були зобов'язані клінічному вивченню психічних розладів хворого і лягли в основу особливого розділу знань - патологічної психології;

Б) патологічний матеріал сприяє постановці нових проблем загальної психології, що сприяє її розвитку;

В) патологічні явища можуть служити критерієм при оцінці психологічних теорій;

24. В організованому В. М. Бехтеревим Психоневрологічному інституті читалися курси:

А) педагогічної психології;

Б) паталогічної психології;

В) загальної психопатології і патологічної психології;

25. Патогенез – це:

А) механізми виникнення і розвитку хвороби і окремих її проявів на різних рівнях організму;

Б) сутність і процес розвитку хвороби;

В) причина психічних захворювань;

26. Представником рефлекторної концепції був:

А) В. М. Бехтерев;

Б) Е. Крепелін;

В) В. А. Сікорський.

27. Клініка Е.Крепеліна була відкрита у:

А) 1885 році;

Б) 1879 році;

В) 1878 році;

28. Лабораторії В.М. Бехтерева були розташовані:

А) в Києві:

Б) в Петербурзі:

В) в Казані;

29. «Медична психологія» П.Жане:

А) трактує проблеми розпаду і розвитку з позиції конституціоналізму;

Б) автор розкриває проблеми психотерапії;

В) містяться найбільш чіткі уявлення про предмет і завдання патопсихології;

30. Назвіть епоху створення перших притулків для душевнохворих:

А) Античність;

Б) Середньовіччя;

В) Ренесанс;

31. У роботі М.І. Аствацатурова «Про прояв негативізму в мові»:

А) мова хворого в цьому дослідженні аналізується в системі цілісного: поведінки, особливості мовлення;

Б) ведеться спостереження за мовленнєвими особливостями хворого;

В) мова аналізується і систематизується;

32. Владну роль у визначенні напрямку вітчизняної експерментальної психології зіграв учень Бехтерева:

А) А.Ф.Лазурський;

Б) А. Р. Лурія;

В) П. К. Анохин;

33. Другим центром розвитку клінічної психології, була психіатрічна клініка:

А) А. Р. Лурия;

Б) А.Ф. Лазурського;

В) С.С.Корсакова;

34. У одній із перших спроб тестових досліджень Р.В. Россолімо:

А) пропонувалася система обстеження психічних процесів і оцінки їх за 10-бальною шкалою:

Б) пропонувалася система обстеження психічних процесів і оцінки їх за 15-бальною шкалою;

В) пропонувалася система обстеження психічних процесів і оцінки їх за 20-бальною шкалою;

35. А.Ф. Лазурський запровадив:

А) концепцію про функціональні системи;

Б) природній експеримент;

В) методики експериментально-психологічного дослідження психічнохворих;

36. І. М. Сеченов є автором роботи:

А) «Психологічні профілі. Метод кількісного дослідження психологічних процесів в нормальному і патологічному станах»;

Б) «Рефлекси головного мозку»;

В) «Нариси по психології аномального розвитку особистість»;

37. А. Р. Лурія вказував:

А) психічна хвороба протікає за біологічними закономірностями, які не можуть повторювати закономірності розвитку;

Б) різні види патології призводить до якісно різних картин розпаду;

В) часто в основі хвороби лежать порушення елементарних сенсомоторних актів;

38. При якому виді патології мислення, у хворих домінують безпосередні уявлення про предмети і явища, оперування загальними ознаками замінюється встановленням конкретних зв'язків між ними:

А) зниженні рівня узагальнення;

Б) викривленні процесу узагальнення;

В) порушенні динаміки мислення;

39. Пригнічений стан, який характеризується тугою, спадом сил, дуже низькою самооцінкою, почуттям провини, — це:

А) депресія;

Б) манія;

В) афективний розлад;

40. Стаття "Про дурниці" містить цікавий аналіз структури недоумства, була написана:

А) А. Н. Леонтьевим;

Б) А. А. Токарським;

В) Р. В. Россолімо

41. Увага – це:

А) психічний процес, що характеризується зосередженістю діяльності людини в певний момент часу на якомусь реальному об’єкті;

Б) вміння індивіда зосереджуватись на чомусь;

В) здатність індивіда зосереджуватись на чомусь;

42. Увага характеризується як:

А) практична сторона свідомості:

Б) динамічна сторона свідомості;

В) предметна сторона свідомості;

43. Психічне захворювання, яке виникає в життєвій ситуації, що різко змінилась як важка реакція особистості на цю ситуацію, має назву:

А) психоз;

Б) невроз;

В) епілепсія

44. Ускладненість впізнавання предметів, звуків має назву:

А) ілюзії;

Б) галюцинації;

В) агнозії;

45. Стійкі думки, ідеї, імпульси чи образи, які повторюються і викликають тривогу:

А) обсесії;

Б) компульсії;

В) тривожна чутливість;

46. Розлад, при якому в людини виникають небажані думки, які повторюються, і вона змушена чинити повторювані і стійкі дії або мислительні акти, називається:

А) панічним;

Б) обсессивно-компульсивним;

В) стресовим.

47. Основними характеристиками уваги є:

А) стійкість, обсяг, перемикання;

Б) стійкість і перемикання;

В) обсяг і перимикання;

48. Виділять два види уваги у залежності від:

А) знаходження об’єкту уваги;

Б) знаходження предмету увагу;

В) залежно від обсягу уваги;

49. Сенсорно-перцептивна увага є:

А) є необхідною умовою пізнання і перетворення людиною навколишнього світу;

Б) необхідною умовою самопізнання і самовиховання;

В) усі відповіді вірні;

50. Обсяг уваги визначає:

А) ефективність будь-якого виду навчання;

Б) зберігання спрямованості думки на переносному, умовному значеннях;

В) глобальне скасування попередньої діяльності;

51. При перемиканні уваги відбувається:

А) активна перебудова психічної діяльності, пов'язана з необхідністю виділяти і утримувати нові компоненти;

Б) одночасно об'єднання, суміщення та утримання кількох об'єктів в нулі уваги;

В) утримування обраного способу дії, зберігання спрямованості думки;

52. Методика Мюнстерберга предназначена:

А) для визначення вибірковості уваги;

Б) для дослідження втомлюваності уваги;

В) дослідження швидкості уваги;

53. В основі неуважності лежить:

А) швидке виснаження сили і концентрації нервових процесів;

Б) недосипання;

В) посилення привертання уваги до об'єктів без вибору;

54. Патологічна її фіксація уваги на обмеженому колі уявлень і думок є ознакою:

А) інертності уваги;

Б) неуважності;

В) відволікання уваги;

55. Спостерігається розвиток обсягу уваги, підвищення стійкості уваги та розвиток здатності до переключення та розподілу уваги:

А) у підлітковому віці;

Б) у юнацькому віці;

В) у дошкільному віці;

56. Ригідність – це:

А) це повільність, загальмованість, при якій спостерігаються проблеми з перемиканням від однієї теми на іншу;

Б) зниження здатності до запам’ятовування побаченого або почутого;

В) часте перескакування з однієї теми на іншу;

57. «Увага має рефлекторний характер, її спрямованість на об'єкт є специфічною відповіддю організму на зміни в зовнішньому середовищі», цитата належить:

А) І.М. Сєченову;

Б) А.Ф. Лазурському;

В) Е. Крепеліну;

58. Післядовільна увага – це:

А) Вид уваги, яка виникає після того, як свідоме зосередження на певному об'єкті переходить у невимушене.

Б) Специфічно людська форма уваги, яка історично виникла у трудовій діяльності;

В) увага, яка виникає несподівано, незалежно від свідомості, непередбачено, не потребує вольових зусиль.

59. Вторинною мимовільною увагою називають:

А) післядовільну увагу;

Б) мимовільну увагу;

В) сенсорну увагу;

60. Фаза виснаження:

А) стан, коли надто інтенсивна боротьба, якщо вона затягнулася, приводить до зниження адаптивних можливостей в організмі та його здатності опиратися психологічним впливам;

Б) це період пристосування до нової ситуації, небезпеки, яка виникла;

В) стан підвищеного психологічного дискомфорту, переживання з приводу подій, які мають відбутися;

61. До критеріїв порушення свідомості не відносять:

А) дезорієнтацію в часі, місці, ситуації;

Б) відсутність чіткою сприймання оточуючого;

В) інертність нервових процесів;

62. Ідеї чи судження, які не відповідають дійсності, помилково обґрунтовані і повністю оволодівають свідомістю людини, мають назву:

А) маячення;

Б) галюцинації;

В) рухові розлади;

63. Хибне сприймання, за яких людина бачить образи, предмети, яких немає, чує звуки, яких немає, відчуває запахи, яких у дійсності немає, мають назву:

А) ілюзії;

Б) галюцинації;

В) агнозії;

64. Хибні сприймання, які не ідентифікуються з реальними предметами та їхніми якостями, мають назву:

А) ілюзії;

Б) галюцинації;

В) псевдогалюцинації;

65. Ускладненість впізнавання предметів, звуків має назву:

А) ілюзії;

Б) галюцинації;

В) агнозії;

66. Онейроїдний стан свідомості характеризується:

А) в напливах яскравих уявлень, уривків спогадів, що безперервно виникають;

Б) дивовижною сумішшю відображення реального світу і фантастичних яскравих уявлень, які рясно виринають у свідомості;

В) обмеженістю та неповнотою інформації, що надходить до мозку, зниження об'єму асоціацій, їх викривлення;

67. Глибоким розладом свідомості вважається:

А) онейроїдний стан;

Б) приглушений стан;

В) сутінковий стан;

68. Деліріозне затьмарення свідомості характеризується:

А) дивовижною сумішшю відображення реального світу і фантастичних яскравих уявлень, які рясно виринають у свідомості;

Б) обмеженістю та неповнотою інформації, що надходить до мозку, зниження об'єму асоціацій, їх викривлення;

В) в напливах яскравих уявлень, уривків спогадів, що безперервно виникають;

69. Сутінковий стан свідомості характеризується:

А) обмеженістю та неповнотою інформації, що надходить до мозку, зниження об'єму асоціацій, їх викривлення;

Б) дивовижною сумішшю відображення реального світу і фантастичних яскравих уявлень, які рясно виринають у свідомості;

В) в напливах яскравих уявлень, уривків спогадів, що безперервно виникають;

70. Приглушений стан свідомості характеризується:

А) підвищенням порогу для всіх зовнішних подразників;

Б) дивовижною сумішшю відображення реального світу і фантастичних яскравих уявлень, які рясно виринають у свідомості;

В) обмеженістю та неповнотою інформації, що надходить до мозку, зниження об'єму асоціацій, їх викривлення;

71. Хворі здійснюють міжпланетні подорожі, "виявляються серед жителів Марсу", при:

А) онейроїдному стані;

Б) приглушеному стані;

В) сутінковому стані;

72. Порушене мислення, блокується співвідношення теперішнього з минулим досвідом, усе знайоме сприймається як вперше:

А) онейроїдному стані;

Б) приглушеному стані;

В) сутінковому стані;

73. Визначається сповільненість у рухах, мовчазність, байдужість до усього, при:

А) онейроїдному стані;

Б) приглушеному стані;

В) сутінковому стані;

74. Характеризується відчуттям відчуження власних думок, афектів, дій, свого «Я»:

А) псевдодеменція;

Б) деперсоналізація;

В) деліріозне затьмарення свідомості;

75.Утворення нових зв'язків утруднене, сприймання, нестійкі галюцинації з руховим неспокоєм:

А) псевдодеменція;

Б) деперсоналізація;

В) деліріозне затьмарення свідомості;

76. Деструктивні зміни в ЦНС, при реактивних станах, характеризується розладами судження:

А) псевдодеменція;

Б) деперсоналізація;

В) деліріозне затьмарення свідомості;

77. Порушення схеми тіла виникає при:

А) епілепсії;

Б) шизофренії;

В) усі відповіді вірні;

78. Міміка нагадує глядача, який слідкує за сценою, вираз обличчя то тривожним, то радісним, при:

А) псевдодеменція;

Б) деперсоналізація

В) деліріозне затьмарення свідомості;

79. Виділив 4 ознаки самосвідомості, порушення яких веде до психічної паталогії;

А) К.Ясперс;

Б) О.М.Леонтьєв;

В) В. А. Сікорський;

80. Називає патологічно змінену потребу «зсув мотиву на мету» де формується новий мотив:

А) К.Ясперс;

Б) О.М.Леонтьєв;

В) В. А. Сікорський;

81. Неприємне почуття оніміння, поколювання, повзання мурашок:

А) парастезія:

Б) гіпостензія

В) гіпертензія;

82. Зниження здатності усі види подразнень:

А) парастезія

Б) гіпостензія;

В) гіпертензія;

83. Підвищення здатності відчувати усі види подразнень:

А) парастезія:

Б) гіпостензія;

В) гіпертензія;

84.Викривлене сприймання реального об’єкта за формою, кольором, величиною, консистенцією, віддаленістю:

А) псевдогалюцинації;

Б) галюцинації;

В) ілюзії;

85. Сприймання, що виникає без наявності реального об’єкта і супроводжується переконаністю, що даний об’єкт дійсно існує:

А) псевдогалюцинації;

Б) галюцинації;

В) ілюзії;

86. Помилкові образи без проекції на ззовні:

А) псевдогалюцинації;

Б) галюцинації;

В) ілюзії;

87. Сприймання зменьшення розмірів предметів:

А) мікропсія;

Б) поропсія;

В) макропсія;

88. Сприймання у вигляді збільшення розмірів:

А) мікропсія;

Б) поропсія;

В) макропсія;

89. Сприймання у вигляді зміни відстані, що відділяє предмет від людини за незмінних розмірів самого об’єкта:

А) мікропсія;

Б) поропсія;

В) макропсія;

90. Розлади впізнавання (слухових, зорових, просторових), це результат локальних органічних уражень тім’яно потиличних зон:

А) агнозії;

Б) соматоагнозії;

В) сенестопатії;

91. Різноманітні неприємні відчуття в різних частинах тіла, які важко піддаються опису хворим, і які сприймаються як мігруючі образи:

А) агнозії;

Б) соматоагнозії;

В) сенестопатії;

92. Розлади впізнання частин свого тіла:

А) агнозії;

Б) соматоагнозії

В) сенестопатії;

93. Психосенсорні розлади, при яких істотно змінюється сприймання об’єктів:

А) дисмегалопсія;

Б) дереалізація;

В) ейдетизм;

94. Слід збудження, яке тільки закінчилося, у якомусь аналізаторі у вигляді яскравого і чіткого образу:

А) дисмегалопсія

Б) дереалізація;

В) ейдетизм;

95. Розлад сприймання у вигляді видовження, розширення, скошеності, перекрученості навколо осі оточуючих предметів:

А) дисмегалопсія;

Б) дереалізація;

В) ейдетизм;

96. Амнезія – це:

А) зниження пам’яті;

Б) присвоєння чужих думок, дій;

В) порушення у вигляді запам’ятовувати, зберігати і відтворювати інформацію;

97. Амнезія, яка характеризується труднощами відтворення стосується часу після епізоду порушеної свідомості:

А) ретроградна;

Б) гіпермнезія;

В) антероградна:

98. Амнезія, яка характеризується втратою пам’яті та інформацією до порушення свідомості:

А) ретроградна;

Б) гіпермнезія;

В) антероградна:

99. Обмани пам’яті, нездатність запам’ятати події, відтворення видуманих подій:

А) псевдоремінісценції;

Б) криптомнезії;

В) конфабуляції;

100. Присвоєння чужих думок, дій:

А) псевдоремінісценції;

Б) криптомнезії;

В) конфабуляції;

101. Нестійкість способу виконання мислення, легкий перехід від одного до іншого:

А) лабільність;

Б) інертність;

В) уповільнення темпу мислення;

102. Зменшення кількості асоціацій за одиницю часу:

А) лабільність;

Б) інертність;

В) уповільнення темпу мислення

103. Тугість мислення, ригідність, труднощі переключення:

А) лабільність;

Б) інертність;

В) уповільнення темпу мислення;

104. Збільшення кількості асоціацій за одиницю часу:

А) прискорення мислення;

Б) порушення операційної сторони мислення;

В) ментизм;

105. Наплив думок, збільшення кількості асоціацій за одиницю часу, що не супроводжується зміною мовлення хворого:

А) прискорення мислення;

Б) порушення операційної сторони мислення;

В) ментизм;

106. Зниження рівня узагальнення та викривлення процесу узагальнення;

А) прискорення мислення;

Б) порушення операційної сторони мислення;

В) ментизм;

107. Стереотипне повторювання окремих слів чи складів:

А) вербігерація;

Б) зісковзування;

В) розірваність мислення;

108. Втрата логічного ходу мислення, коли при розповіді про одні події, хворий переключається на інші:

А) вербігерація;

Б) зісковзування;

В) розірваність мислення;

109. Порушення логічного зв’язку у реченні при збережені граматичного зв’язку:

А) вербігерація;

Б) зісковзування;

В) розірваність мислення;

110. Формування суджень, із різних принципів співіснування думок і асоціацій, які взаємо виключаються:

А) амбівалентність;

Б) розважність;

В) резоньорство;

111. Проявляється у викладенні хворим непотрібних деталей своєї сповіді, зайвих дрібниць:

А) амбівалентність;

Б) розважність;

В) резоньорство;

112. Міркування заради міркування, безпредметність мислення, відсутність конкретних думок:

А) амбівалентність;

Б) розважність;

В) резоньорство;

113. Ідеї, що виникають при реальній ситуації, але далі стають домінуючими у свідомості людин:

А) маячні ідеї;

Б) надцінні ідеї;

В) нав’язливі ідеї;

114. Помилкові, неправдиві ствердження, що не відповідають реальній дійсності:

А) маячні ідеї;

Б) надцінні ідеї;

В) нав’язливі ідеї;

115. Думки, уявлення, спогади, що виникають попри волі людини:

А) маячні ідеї;

Б) надцінні ідеї;

В) нав’язливі ідеї;

116. Найглибший ступінь психічного недорозвитку:

А) ідіотія;

Б) імбецільність;

В) дебільність;

117. Легкий ступінь олігофренії;

А) ідіотія;

Б) імбецільність

В) дебільність;

118. Хворі мають невеликий запас слів, мова бідна, але послідовна:

А) ідіотія;

Б) імбецільність;

В) дебільність;

119. Збіднення психічної діяльності, її спрощення і занепад:

А) функціонально-динамічне страждання інтелекту;

Б) органічний психосиндром;

В) деменція;

120. Наявні усі структурні компоненти інтелекту, але не працюють:

А) функціонально-динамічне страждання інтелекту;

Б) органічний психосиндром;

В) деменція;

121. Відповідає за праксис мовлення, розміщується в задньому відділі нижньої лобної закрутки, провідної кулі:

А) кінетичний аналізатор;

Б) акустичний аналізатор;

В) зоровий аналізатор;

122. Зумовлює впізнавання різних звуків та звукових рядків:

А) кінетичний аналізатор;

Б) акустичний аналізатор;

В) зоровий аналізатор;

123. Ці функції проявляються у віці до 7 місяців, визначає розуміння дитиною значення вживання звукосполучення:

А) номінативна, змістова, позначальна;

Б) комунікативна, регулююча;

В) комунікативна, позначальна;

124. Неспроможність до висловлення, побудови слів і речень:

А) моторна афазія;

Б) семантична афазія;

В) акустико-гностична афазія;

125. Порушення розуміння мови, її фонетики:

А) моторна афазія;

Б) семантична афазія;

В) акустико-гностична афазія;

126. Не може підібрати необхідне слово, важко скласти складні за змістом речення, порушення операцій лічби:

А) моторна афазія;

Б) семантична афазія;

В) акустико-гностична афазія;

127. Порушення артикуляційного праксису:

А) дислалія

Б) заїкання;

В) дизартрія;

128. Порушення звуковимови, при збережені слуху:

А) дислалія;

Б) заїкання;

В) дизартрія;

129. Порушення процесу мовлення, його ритму, темпу та комунікативної функції:

А) дислалія;

Б) заїкання;

В) дизартрія;

130. Порушення мислення, яке проявляється у «закупорці думок», «обриві думок», раптовій зупинці, перерві асоціативного процесу, - це:

А) вербігерація;

Б) інкогеренція;

В) шпрерунг;

131. При якому виді патології мислення у хворих домінують безпосередні уявлення про предмети і явища, оперування загальними ознаками замінюється встановленням конкретних зв'язків між ними:

А) зниженні рівня узагальнення;

Б) викривленні процесу узагальнення;

В) порушенні динаміки мислення;

132. При якому виді патології мислення хворих не відображає реальних співвідношень предметів і явищ:

А) зниженні рівня узагальнення;

Б) викривленні процесу узагальнення;

В) порушенні динаміки мислення;

133. Характеристикою якого виду порушень мислення є чергування адекватних і неадекватних рішень:

А) зниження рівня узагальнення;

Б) викривлення процесу узагальнення;

В) порушення динаміки мислення;

134. Повна німота:

А) дислалія;

Б) заїкання;

В) мутизм;

135. Характеризується відсутністю і вродженою нерозвиненістю аспектів мовлення, в якому є локальне ураження мовленнєвих аналізаторів:

А) загальний недорозвиток мовлення;

Б) алалія;

В) затримка мовленнєвого розвитку;

136. Характеризується загальмуванням темпу формування відносно етапів його розвитку, виникає при девіації:

А) загальний недорозвиток мовлення;

Б) алалія;

В) затримка мовленнєвого розвитку;

137. Порушення дозрівання мозкових систем (гностичного і кінетичного аналізатора):

А) загальний недорозвиток мовлення;

Б) алалія;

В) затримка мовленнєвого розвитку;

138. Не розуміє мовлення:

А) алалія моторна;

Б) сенсорна;

В) сенсомоторна;

139. Розуміє мову, але не може висловитись:

А) алалія моторна;

Б) сенсорна;

В) сенсомоторна;

140. Порушення можливості повторення 3-4 слів, втрачається сприймання складних фраз:

А) дислалія;

Б) заїкання;

В) акустико-мнестична алалія;

141. Втрата відчувати різні види подразнення

А) анестезія;

Б) парастезія;

В) гіпертензія;

141. Поняття «зона найближчого розвитку» передбачає, що:

А. Навчання має йти попереду розвитку;

Б. Навчання повинне йти нарівні з розвитком;

В. Навчання повинне йти позаду розвитку;

Г. Навчання має збігатися з етапами розвитку;

Д. Навчання повинно орієнтуватися на спрямованість.

142. Процесс формування в старій структурі нових видів діяльності, характерних для наступного вікового періоду, що супроводжується дозріванням або перебудовою приватних процесів і основними психологічними змінамиі особистості, називаються:

А. основною діяльністю;

Б. випереджає діяльність;

В. аномальною діяльністю;

Г. ведучою діяльністю;

Д. дорослішанням.

143. Психічні та соціальні зміни, які вперше виникають на даному віковому ступені розвитку і визначають свідомість дитини, його ставлення до середовища, внутрішнє і зовнішнє життя називаються:

А. феноменами зростання;

Б. феноменами дорослішання;

В. ведучою діяльністю;

Г. новоформуванням;

Д. новоутворенням.

144. Віковими психологічними кризами називають:

А. періоди онтогенезу, що характеризуються різкими змінами зовнішності;

Б. періоди онтогенезу, що характеризуються різкими психологічними змінами;

В. періоди різкої зміни ставлення до батьків;

Г. періоди онтогенезу, що характеризуються різкими псіхоендокринними змінами;

Д. періоди різкої зміни ставлення з однолітками.

145. «Комплекс пожвавлення» характерний для:

А. періоду новонародженості;

Б. періоду дитинства;

В. підліткового періоду;

Г. періоду зрілості; Д. періоду похилого віку.

146. Відсутність «комплексу пожвавлення» вважається характерною ознакою:

А. синдром раннього дитячого аутизму;

Б. підліткової шизофренії;

В. шизофренії похилого віку;

Г. дитячих страхів;

Д. пубертатного кризу.

147. Криза першого року життя характеризується:

А. появою соціальних навичок;

Б. потребою до самозаможності;

В. потребою в близьких стосунках з матір'ю;

Г. становленням «комплексу пожвавлення»;

Д. становленням ходьби і мови.

148. Гипердинамічний синдром є типовим для:

А. новонароджених;

Б. малюків;

В. дітей у віці 3-5 років;

Г. підлітків;

Д. літніх людей. 1

149. Ведучою діяльністю дітей дошкільного та молодшого шкільного віку є: А. навчання;

Б. відпочинок;

В. розваги;

Г. хобі;

Д. гра.

150. Ігрова діяльність, під час якої на тривалий період людина здатна «перевтілитися» в тварину, вигаданий образ або неживий предмет, називається:

А. фантазуванням;

Б. патологічним фантазуванням;

В. уявою;

Г. галлюцінозом;

Д. ілюзорною діяльністю.

151. Реакція, що виражається наполегливим прагненням підлітка домогтися успіху в тій області, в якій він слабкий, називається:

А. реакцією компенсації;

Б. реакцією гіперкомпенсації;

В. реакцією опозиції;

Г. реакцією емансипації;

Д. реакцією досягнення.

152. Керівництво людиною з егоїстичними міркуваннями взаємної вигоди при здійсненні тих чи інших вчинків, відноситься до проявів:

А. автономной моралі;

Б. конвенційної моралі;

В. доморальому рівню розвитку;

Г. аморальному рівню розвитку;

Д. немає вірної відповіді.

153. Типовими психологічними особливостями людей похилого віку є всі перелічені нижче за винятком:

А. егоцентризму;

Б. альтруїзму;

В. недовіри;

Г. зниження товариськості.

154. Сімейні “патерни” при яких у членів сім'ї виробляється ігнорування наявності проблем або захворювань, називається:

А. апатичним;

Б. істерічним;

В. іпохондрічним;

Г. нозогнозичним;

Д. анозогнозичним.

155. Сім'я виробляє у її членів саногене мислення з метою:

А. особистісного зростання;

Б. зменьшення внутрішнього конфлікту, напруженості і запобігання захворюванням;

В. змиритися з життям;

Г уникнення шизофренії;

Д. подолання невротичних розладів.

156. Розлад, при якому в людини виникають небажані думки, які повторюються, і вона змушена чинити повторювані і стійкі дії або мисленеві акти, називається:

А) панічним;

Б) обсессивно-компульсивним;

В) стресовим;

Г). галюцинозом;

Д). немає вірної відповіді

157. Стійкі думки, ідеї, імпульси чи образи, які повторюються і викликають тривогу, — це:

А) обсесії;

Б) компульсії;

В) тривожна чутливість;

158. Повторювані і стійкі поведінкові чи мислительні акти, які люди змушені робити, щоб запобігти тривозі або знизити її, — це:

А) обсесії;

Б) компульсії;

В) тривожна чутливість.

159. Коливання настрою, легкі переходи від благодушності до гнівливого чи пригніченого стану:

А) дисфорія:

Б) афект;

В) депресія;

160. Похмурий, злостивий настрій з відтінком незадоволення, роздратованості, виникає несподівано:

А) дисфорія:

Б) афект;

В) депресія;

161. Пригнічений, тужливий настрій, спостерігається багато днів і місяців:

А) дисфорія:

Б) афект;

В) депресія;

162. Страх- це:

А) порушення свідомості;

Б) стан тривожного боязливого напруження, що виникає невмотивовано;

В) поєднання емоційних переживань і порушення мотивації;

163. Страх захворіти:

А) нозофобія;

Б) клаустрофобія;

В) агарофобія;

164. Страх відкритого простору:

А) нозофобія;

Б) клаустрофобія;

В) агарофобія;

165. Тривога – це:

А) парадоксальність емоційних реакцій;

Б) втрата людиною почуття радості, задоволення;

В) стан невмотивованого неспокою;

166. Алекситимія характеризується:

А) утрудненням чи нездатністю точно описати власні емоційні переживання;

Б) втратою людиною відчуття радості, задоволення;

В) одночасним існуванням протилежних почуттів;

167. Манія характеризується:

А) ціннісно-гнівливим настроєм;

Б) підвищеним, радісним настроєм у поєднанні із руховим збудженням і прискоренням асоціативного процесу;

В) станом емоційної байдужості до себе, чи навколишнього середовища.

168. Гіпобулія — розлад рухово-вольової сфери, який характеризується:

А) руховою розгальмованістю;

Б) руховою загальмованістю (ступор);

В) частим, ритмічним повторенням одних і тих самих рухів;

169. Одночасне співіснування протилежних почуттів:

А) амбівалентність;

Б) слабодухість;

В) апатія;

170. Підвищена виснажливість емоцій, їх нетримання:

А) амбівалентність;

Б) слабодухість;

В) апатія;

171. Хвороблива байдужість, відсутність емоцій:

А) амбівалентність;

Б) слабодухість;

В) апатія;

172. Маніакальний синдром характеризується:

А) тужливим настроєм, уповільненим мисленням, руховою загальмованістю;

Б) підвищеним настроєм, прискореним мисленням, рухливою активністю; В) хворобливою байдужістю;

173. Посилення статевого потягу при маніакальних станах, органічних захворюваннях головного мозку:

А) гіперсексуальність;

Б) садизм;

В) розлад інстинкту самозбереження;

174. Проявляється прагненням нанести собі шкоду гострими предметами, проковтнути не їстівні предмети:

А) гіперсексуальність;

Б) садизм;

В) розлад інстинкту самозбереження;

175. Потяг задавати статевому партнеру больових відчуттів, щоб досягти задоволення:

А) гіперсексуальність;

Б) садизм;

В) розлад інстинкту самозбереження;

176. Втрата здійснювати цілеспрямовані дії за збереженням рухової і координаційної здатності:

А) диспраксія;

Б) ехопраксії;

В) апраксія;

177. Мимовільні рухи окремих м’язів, або групи м’язів:

А) диспраксія;

Б) ехопраксії;

В) апраксія;

178. Розлади та недорозвиток психомоторики це:

А) ехомімія;

Б) апатія;

В) дисфорія.

179. Типовими психологічними особливостями людей похилого віку є усі нижче перелічені, за винятком:

А) егоцентризм;

Б) альтруїзм;

В) недовірливість;

180. Реакція емансипації характерна для:

А) людей похилого віку;

Б) зрілих осіб;

В) підлітків;

181.Спосіб психологічної допомоги, при якому відбувається формування «особистісної позиції», називається:

А) психологічним консультуванням;

Б) психокорекцією;

В) психологічним захистом;

182. У межах психологічної корекції відбувається формування:

А) особистісної позиції;

Б) навичок адаптивної поведінки;

В) неврозостійкості;

183. Інформування клієнта є істотним методом психологічної допомоги при: А) психологічному консультуванні;

Б) психологічній корекції;

В) психотерапії;

184. Переведення одного виду «енергії» (наприклад, сексуальної) в інший з формуванням заміщуючої діяльності, називається:

А) витісненням;

Б) сублімацією;

В) проекцією;

185. Виправлення «ірраціональних думок та ідей» є основою:

А) логотерапії;

Б) екзистенціальної психотерапії;

В) раціональпо-смотивної психотерапії;

186. Логотерапія — це:

А) сугестивна психотерапія;

Б) психотерапія за допомогою пошуку втраченого сенсу буття;

В) метод лікування заїкання;

187. Методика «якоріння» використовується у:

А) антиципаційному тренінгу;

Б) позитивній психотерапії;

В) нейролінгвістичному програмуванні;

188. Тест, у якому досліджуваний повинен інтерпретувати не чіткі стимульні матеріали чи реагувати на них, має назву:

А) проективний;

Б) особистісний;

В) психофізіологічний;

189. Методика спостереження за поведінкою, у якій лікарі-клініцисти і дослідники спостерігають людей у їх повсякденній обстановці, має назву: А) природне спостереження;

Б) формалізоване спостереження;

В) самоспостереження;

190. Найскладнішим видом психологічної допомоги, за якого відбуваються глибокі особистісні зміни є:

А) консультування;

Б) корекція;

В) психотерапія

191. Дисимуляця – це:

А) посилювати тяжкість наявних порушень;

Б) симулювати хворобливі прояви психіки;

В) зменшувати вираженість хворобливих порушень;

192. Аггравація – це:

А) посилювати тяжкість наявних порушень;

Б) симулювати хворобливі прояви психіки;

В) зменшувати вираженість хворобливих порушень;

193. Участь психолога в реабілітаційних заходах, під час яких особлива увага надається:

А) виявленню збережених сторін психіки і особистості хворого;

Б) зацікавленню хворого результатами дослідження;

В) змінам психіки;

194. Експериментально-психологічні методики патопсихолога спрямовані:

А) на психологічний аналіз і оцінку ступеня і структури порушень психіки;

Б) корекцію порушень психічної діяльності;

В) на спостереження за змінами хворого;

195. Тривога – це емоція:

А) пов’язана з переживанням тривалих неприємностей;

Б) спрямована на майбутнє, пов’язана з передбаченням можливих невдач;

В) пов’язана з переживанням попередніх втрат та образ;

Г) яка супроводжується переживаннями будь-якої негативної події.

196. Для депресивного хворого характерне:

А) бліде маскоподібне обличчя;

Б) багата виразна міміка обличчя;

В) асиметрія у мімічних реакціях;

Г) міміка скорботи.

197. Прискорена мова частіше характеризує:

А) депресивного пацієнта;

Б) хворого з іпохондричними переживаннями;

В) тривожного пацієнта;

Г) особу, яка демонструє поведінку симуляції.

198. Голосна мова найчастіше відмічається у:

А) осіб астено-невротичного рівня;

Б) хворих з елементами нав’язливості;

В) хворих з іпохондричними переживаннями;

Г) пацієнтів в гіпоманіакальному стані.

199. Адаптація пацієнта до умов стаціонару триває приблизно:

А) близько 5 днів; Б) близько 2 тижнів;

В) перші два дні госпіталізації; Г) 15 днів.

200. До наслідків кПТСР відносять:

А) критичні зауваження, що систематично руйнують самооцінку;

Б) вербальне та емоційне насильство;

В) слова, емоційно отруєні зневагою та глузуванням, вселяють у дитину страх і токсичний сором;

Г) все вірно.

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

Основна

1. Піт Уокер. Посібник з відтворення дитячої травми. Переклад з анг. 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. Англомовний перелік професійних сайтів зрізних напрямків психотерапії. URL: http://www.psychotherapy.org/sites-links.htm#sites