

**Міністерство освіти і науки України**  
**Західноукраїнський національний університет**  
**Кафедра психології та соціальної роботи**

*Надія БУНЯК, Андрій ГІРНЯК*

# **ПАТОПСИХОЛОГІЯ**

*ПІДРУЧНИК*

**ТЕРНОПІЛЬ – 2025**

УДК 159.922 : 6116.89 (075.8)

Б 91

*Рекомендовано до друку Вченою радою  
Західноукраїнського національного університету  
(протокол № 4 від 06.12.2023 р.).*

**Буняк Н.А., Гірняк А.Н. Патопсихологія.** Підручник. Тернопіль :  
ВПЦ «Університетська думка», 2025. 255 с.

**РЕЦЕНЗЕНТИ:**

**Панок В. Г.** – в.о. академіка-секретаря відділення психології та спеціальної педагогіки НАПН України, член-кореспондент НАПН України, доктор психологічних наук, професор, директор Українського НМЦ практичної психології і соціальної роботи НАПН України.

**Фоменко К. І.** – доктор психологічних наук, професор, професор кафедри психології Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди.

**Шпак М. М.** – доктор психологічних наук, професор, професор кафедри психології розвитку та консультування Тернопільського національного педагогічного університету імені Володимира Гнатюка.

Підручник містить визначальні розділи патологічної психології, що охоплюють її різні аспекти (основні поняття патології психіки, історію розвитку патопсихології як науки, завдання патопсихології, патопсихологічні синдроми, принципи та методи досліджень патології психіки, зв'язок патопсихології з іншими науками тощо), види розладів психіки (розлади психічних процесів, розлади особистості, розлади свідомості, девіантну поведінку, види неправильного виховання), вікову патопсихологію та неврози.

Сподіваємося, що цей підручник стане корисним для нинішніх і майбутніх поколінь здобувачів вищої освіти спеціальності 053 Психологія, викладачів, а також наукових працівників, які займаються проблематикою патопсихології.

© Буняк Н.А., Гірняк А.Н.

## ЗМІСТ

<b>ТЕМА 1.</b> Завдання патопсихології та поняття «норми психіки» .....	4
<b>ТЕМА 2.</b> Методи досліджень патологій психіки .....	30
<b>ТЕМА 3.</b> Патопсихологічне обстеження дітей дошкільного та шкільного віку .....	49
<b>ТЕМА 4.</b> Розлади відчуття та сприймання .....	75
<b>ТЕМА 5.</b> Розлади свідомості, уваги, пам'яті .....	89
<b>ТЕМА 6.</b> Розлади мислення .....	105
<b>ТЕМА 7.</b> Розлади емоцій і волі .....	121
<b>ТЕМА 8.</b> Розлади пов'язані з розвитком, розумова відсталість .....	135
<b>ТЕМА 9.</b> Психопатичний розвиток, види неправильного виховання .....	152
<b>ТЕМА 10.</b> Формопрояви розладів поведінки .....	185
<b>ТЕМА 11.</b> Неврози .....	204
<b>ВІДОМОСТІ ПРО ВИДАТНИХ НАУКОВЦІВ-ПАТОПСИХОЛОГІВ</b> .....	215
<b>СЛОВНИК ТЕРМІНІВ (ТЕЗАУРУС)</b> .....	226
<b>НАСТАНОВА ЩОДО КОРИСТУВАННЯ МІЖНАРОДНОЮ СИСТЕМОЮ КЛАСИФІКАЦІЇ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ DSM-5-TR</b> .....	246
<b>РЕКОМЕНДОВАНІ ДЖЕРЕЛА ІНФОРМАЦІЇ</b> .....	253

## **ЛЕКЦІЯ № 1**

### **Тема: Завдання патопсихології та поняття «норми психіки»**

#### **План:**

1. Патопсихологія як наука, її основні завдання.
2. Особливості організації патопсихологічного обстеження.
3. Принципи побудови патопсихологічного дослідження:
  - а) встановлення рівня кількісного відхилення від “нормального стандарту”;
  - б) системний якісний аналіз розладів психічної діяльності;
  - в) апеляція до особистості хворого; актуалізація особистісного ставлення недужого;
  - г) виявлення не лише змінених функцій, а й тих, що залишилися збереженими для опори на них у психокорекційній роботі.
4. Методи патопсихологічного дослідження.
5. Патопсихологічні синдроми. Патопсихологічні реєстр-синдроми та розлади, що їх характеризують: а) шизофренічний; б) афективно-ендогенний; в) олігофренічний; г) екзогенно-органічний; д) ендогенно-органічний; е) особистісно-аномальний; є) психогенно-психотичний; ж) психогенно-невротичний.

Патологічна психологія є цариною психологічної науки, що охоплює ключові питання, які мають теоретичне і прикладне значення як у психології так і в психіатрії.

Нині в науці простежується тенденція розвитку міждисциплінарних і прикладних сфер. Існують такі дисципліни, як біохімія, біофізика, хімічна радіологія тощо. Цей процес відокремлення від материнської науки, який свідчить про її зрілість, притаманний і психології: існує інженерна, дитяча, педагогічна, соціальна психологія, нейропсихологія, патопсихологія і т.д. Процес відмежування прикладних галузей зумовлений багатьма причинами, перш за все, науково-технічним прогресом. У царині психології є ще одна причина – визнавчальна роль людського фактору. Стало очевидним, що безліч вагомих проблем педагогіки, медицини, техніки неможливо вирішити без врахування людського фактору.

Відокремившись від материнської науки, міждисциплінарні і прикладні галузі знань залишаються тісно пов'язаними та

підпорядковуюються базовим закономірностям. Так само, як інженерна чи соціальна психологія, патопсихологія залишається наукою психологічною. Тобто її проблеми, перспективи і досягнення неможливо розглядати окремо від розвитку психології в цілому. Водночас, прикладні галузі знань, природньо, зазнають впливу іншої науки, що межує з ними, точніше, вони вбирають в себе, асимілюють положення і факти наукових досліджень суміжної дисципліни.

Усвідомлення того, що патопсихологія є психологічною дисципліною, визначає її предмет і відмежовує його від предмету психіатрії.

**Психіатрія** – як будь-яка галузь медицини, спрямована на вияснення причин психічної хвороби, на дослідження синдромів і симптомів типових для того чи іншого захворювання, закономірностей їх прояву і поєднання, на аналіз критеріїв прогнозу недуги, на лікування і профілактику захворювання.

**Патопсихологія** ж, як психологічна дисципліна, зорієнтована на з'ясування природного розвитку і структури психіки в нормі. Вона вивчає розпад психічної діяльності й властивості особистості з відносно типовим формуванням і протіканням психічних процесів та особливості порушеної діяльності мозку.

Отже, незважаючи на значне зближення об'єктів дослідження, **психіатрія** і **патопсихологія** відрізняються за своїм предметом. Ігнорування цього положення (тобто положення про те, що патопсихологія є психологічною наукою) зумовлює розмивання меж цієї галузі знань та підміни її предмету предметом, так званої, “малої психіатрії”. В такому випадку проблеми і завдання, які патопсихологія має вирішувати своїми методами, і в межах свого категорійно-понятійного ладу, підмінюються проблемами, які є в компетенції психіатрів, що утруднює розвиток патопсихології і не приносить користі самій психіатрії.

Нехтування цього положення, що патопсихологія є психологічною наукою, зумовлює ще один негативний наслідок, а саме: через нестачу спеціалістів у сфері патопсихології їхню роботу виконують спеціалісти суміжних дисциплін, які не володіють ні знаннями в галузі психології, ні професійними навичками. Патопсихолог має бути, перш за все, психологом добре обізнаним в теоретичних і практичних проблемах психіатрії. Коли патопсихологічними дослідженнями займаються спеціалісти з суміжних дисциплін, вони повинні мати базову психологічну освіту.

Необхідна також диференціація поняття ***“патопсихологія”*** і ***“спеціальна психологія”***.

***Спеціальна психологія*** – сфера психології, що вивчає психолого-педагогічні особливості дітей з вадами розвитку, тобто дітей з особливими потребами, що потребують спеціальних умов навчання та виховання. Це діти з розладами розвитку і функціонування аналізаторів, опорно-рухового апарату, емоційно-вольової сфери, розладами інтелекту. Зараз для визначення цих груп дітей з розладами розвитку використовують термін ***“діти з обмеженими можливостями здоров'я”***. Спеціальна психологія зорієнтована на низку завдань, головними з яких є наступні: визначення можливостей навчання дітей з розладами розвитку, спеціальні умови навчання, розробка методів навчання цих категорій дітей.

Водночас, необхідно зважати, що дошкільнята та школярі з вадами розвитку за певних умов можуть бути об'єктом вивчення патологічного психолога, наприклад, в разі проведення судово-психіатричної чи військової експертизи підлітків з легкою розумовою відсталістю чи дослідження дитини дошкільного віку, що потребує роздільної діагностики між дитячою шизофренією і синдромом раннього дитячого аутизму, чи за умов стаціонарного обстеження учня через недотримання правил поведінки.

Необхідно зазначити, що іноді патологічному психологу під час практичної діяльності доводиться вирішувати завдання, що, зазвичай, належить до компетенції психолога, який працює в сфері спеціальної освіти, наприклад, здійснити оцінку рівня інтелектуального розвитку та освіченості дитини з діагнозом “розумова відсталість”.

Прикладне значення патологічної психології важко перебільшити. Практичні завдання, які стоять перед патопсихологом, зорієнтовані на вирішення низки питань психіатричної практики.

*Одне з найважливіших завдань практичної психології* – одержання допоміжних даних про психічний стан хворого: стан його пізнавальної активності, емоційно-вольової сфери та індивідуальності в цілому. Ці дані вкрай потрібні лікареві для того, щоб встановити клінічний діагноз. Спеціальне експериментально-психологічне дослідження допомагає виявити ознаки психічних розладів, визначити їх структуру та взаємозалежність. Коли відома структура зміненої пізнавальної діяльності особистості, патопсихологічне дослідження надає клініцисту додаткові діагностичні дані.

*Другим важливим завданням*, яке вирішує патопсихолог, є проведення експериментально-психологічного дослідження з метою психіатричної експертизи (трудової, військової, судової). Під час подібного експериментального дослідження психолог може вирішити завдання встановлення структури розладів і їх пов’язання із збереженими аспектами психічної діяльності чи роздільної діагностики. Складність такого дослідження для психолога полягає в тому, що хворий зацікавлений в результатах дослідження, саме тому він може применшити важкість існуючих розладів (*дисиміляція*), підсилити їх важкість (*агравація*) чи демонструвати наявність розладів психіки, яких насправді немає (*симуляція*) з метою отримання довідки про інвалідність чи уникнення відповідальності за скоєний злочин.

**Наступним складним практичним завданням** патопсихолога стає дослідження психічної діяльності, яка зазнала впливу терапії. За таких обставин багаторазове обстеження хворого однаковим набором способів і прийомів дає змогу встановити динаміку змін психіки як результат проведеного лікування і, таким чином, продемонструвати його ефективність.

В останнє десятиліття перед патологічною психологією поставлені ще **два завдання**: одне із них – співучасть психолога в заходах відновлення, під час яких наголошується особлива увага на виявленні сторін психіки і особистості хворого, котрі не зазнали змін, його соціального оточення, характеру відносин в соціальному середовищі, трудових і навчальних навичок. **Ціль дослідження** – підготувати рекомендації, що сприяють трудовій і соціальній реабілітації хворого.

Друге – співучасть у процесі лікування психологічних чи психічних розладів за допомогою вербальних технік. Дуже шкода, що значення психолога в психотерапії ще недостатньо регламентується відповідними нормативними документами.

**Основна форма діяльності патопсихолога** – експериментально-психологічне вивчення хворих, що здійснюється за допомогою психологічних прийомів чи технік.

Їх умовно можна поділити на **стандартні та нестандартні**. Основними для патопсихолога є нестандартні експериментально-психологічні прийоми, що спрямовані на виявлення визначених розладів психічних процесів і добираються індивідуально для кожного хворого залежно від завдань, які поставлені перед психологом. Стандартизовані ж прийоми (**тести, опитувальники**) мають шкалу нормативних оцінок і дозволяють провести оцінку стану точних ознак діяльності психіки, порівняно з нормою. Стандартизовані техніки чи методики в разі проведення обстеження патопсихологом, зазвичай, використовуються як **додаткові**.

Зміст і обсяг роботи патопсихолога залежать від завдань, які перед ним поставлені. **Такими завданнями є:**

– експериментально-психологічне дослідження особливо важких, складних в диференціально-діагностичному стосунку хворих для отримання додаткових даних про стан їхньої психіки;

– психологічний аналіз та оцінка ступеня і структури розладів психіки за умови проведення психіатричної експертизи (трудової, військової тощо);

– оцінка динаміки психічного стану в процесі терапії з метою врахування ефективності різних видів лікувального впливу;

– психологічне дослідження вибору видів професійної діяльності, яка є найбільш відповідною для повернення недужим здатності до праці;

– психологічне дослідження змін та ознак інтелектуальної сфери для вибору навчальних і трудових рекомендацій з метою профілактики інвалідності у психічно хворих осіб (залежно від віку);

– психологічний аналіз структури розладів психічної діяльності за наявності захворювань, що виникають внаслідок різних шкідливих впливів, інтоксикацій, інфекцій, стресів.

Іноді психіатрична практика додає патопсихологу і деякі інші завдання з психокорекційної і соціотерапевтичної роботи, що проводиться як з психічно хворими людьми, так і з їхнім найближчим оточенням (родина, друзі, колектив).

***Питання про потребу обстеження хворого патопсихологом вирішується лікарем, який керується в цьому випадку практичними даними про користь проведеного дослідження.***

Лікар оформляє **замовлення**, в якому вказує прізвище, ім'я, по-батькові хворого, рік народження, відділення, в якому лікується дана людина, номер історії хвороби. В замовленні лікареві потрібно недвозначно визначити мету, заради якої проводиться обстеження, зазначити можливі діагностичні техніки (методики), які допоможуть

встановити точний діагноз недуги. Вказані дані вкрай необхідні патопсихологу щоби завчасно обдумати стратегію обстеження хворого і правильно підібрати експериментальні техніки та прийоми.

*Замовлення реєструється лаборантом в спеціальному журналі, де окрім даних, перелічених раніше, доцільно також вказати:* дату завершення обстеження і причину, за якої воно не відбулося. Вказані дані корисні для написання подальшого звіту. Кожному патопсихологу необхідно мати індивідуальний журнал реєстрації всіх хворих, які ним обстежені.

Обстеженню хворого передуює спеціальна підготовка. Необхідно завчасно підготувати приміщення, апаратуру, матеріали, опитувальники, бланки відповідей тощо, виключити можливість перерви обстеження, коли вона не передбачена інструкцією. Приміщення мусить бути світлим, ізольованим від шуму і всього, що заважає зосередитись.

До зустрічі з недужим патопсихолог перечитує відомості з історії хвороби, ознайомлюється з даними анамнезу, зі специфікою появи та перебігу захворювання, показниками всіх інших лабораторних досліджень, станом психіки хворого. Потрібно пам'ятати, що під час ознайомлення з історією хвороби у психолога іноді мимовільно формується певна установка щодо стану хворого, і це може стати причиною неправильного вибору стратегії обстеження, а також негативно позначитися на висновку.

Вивчаючи історію хвороби психолог проводить *психобіографічний аналіз*, що дозволяє уточнити завдання, котре поставлене та попередньо визначити план обстеження.

Для проведення обстеження вибирають такі способи, прийоми і техніки, котрі відповідають меті, з якою проводиться обстеження і допоможуть інтерпретувати отримані дані в кожному окремому випадку.

В проведенні дослідження важливу роль відіграє стан хворого. Перед початком експерименту необхідно в'яснити, які психотропні препарати приймає хворий, впевнитися у відсутності соматичних захворювань,

зниження функціональних можливостей центральної нервової системи, що може бути зумовлено безсонням, голодом, фізичною перевтомою, іншими факторами. Коли такі фактори наявні, необхідно оцінити наскільки вони гострі та інтенсивні, а відтак здатні значно змінити результати обстеження. В такому випадку необхідно тимчасово відмовитися від проведення обстеження. Легкі несприятливі впливи не перешкоджають проведенню експерименту, але обов'язково враховуються психологом й отримують якісну і кількісну оцінку у висновку.

Дослідженню за допомогою прийомів і технік передують *бесіда* з недужим, під час якої формується перше враження про психічний стан, відсутність чи наявність усвідомлення хвороби, ставлення до стаціонарного і патопсихологічного обстеження. При дослідженні важких (збуджених, дементних, маячних) хворих потрібно визначити чи правильно орієнтується хворий в часі і просторі, власній особистості для того, щоб правильно підібрати і використати експериментальні прийоми. Метою бесіди також є встановлення контакту з хворим, від якого залежить подальший хід обстеження.

Серед всіх відомих способів, прийомів і технік патопсихолог вибирає **8-10** (чи більшу кількість, якщо потрібно за обставинами), які допоможуть найповніше реалізувати мету обстеження і відповісти на поставлені лікарем запитання, який проводить лікування. Під час цього вибору необхідно враховувати вік хворого, освіту, культурний рівень, ерудицію, потреби і життєвий досвід. Варіанти прийомів, порядок їх подачі, повнота обстеження можуть і повинні змінюватися залежно від мети, завдань та індивідуально-типологічних особливостей хворого.

Виконанню завдань кожної методики передують *інструкція*. Від інструкції залежить чи правильно недужий збагне та виконає завдання. Тому *вказівка щодо виконання* має бути стислою, доступною для сприйняття, пропонуватися за чітко встановленою формою. Некоректно сформульована інструкція може стати причиною неправильного її

розуміння, а відтак спотворення результатів дослідження. За необхідності, на початку роботи інструкцію можна пояснити двома прикладами. Коли під час дослідження хворого виникає потреба в допомозі, досить важливо визначити наскільки ефективною є вона, чи сприймається досліджуваним чи ні. Всі ці спостереження вкрай важливі для аналізу результатів та укладання висновку.

*Детальний протокол обстеження* – це невід’ємна умова проведення експерименту. Протокол розпочинається із заповнення *титульного аркуша*. Титульний аркуш містить персональні дані, відомості про сімейний стан хворого, дату і мету огляду та діагностики, можливий діагноз, скарги, важливі дані з історії хвороби. Окрім вказаних відомостей, на титульному аркуші позначають кількість прийомів і методики за допомогою яких проводилося обстеження хворого. Тут можна робити записи про поведінку хворого і ставлення до обстеження. Записи слід вести так, щоб недужий не бачив їх, а отже, і не зміг прочитати.

Потрібно детально фіксувати хід виконання кожної техніки (методики). Будь-які нешаблонні умови обстеження, навіть коли вони здаються неважливими, неформальні спостереження за діями недужої особистості, її вирази докладно описуються. Коли експериментатор відступає від стандартної процедури тесту чи модифікує вказівку щодо виконання, щоби одержати додаткові показники, він повинен зазначити це у своєму висновку.

Висновки проведених досліджень обов’язково зберігаються. Це визначається необхідністю мати матеріали попередніх досліджень за умови повторного поступлення хворого на лікування, а також є однією із умов наукової розробки даних. Тому чіткість і зрозумілість протоколів – основна умова роботи. Вони мають заповнятися так, щоб кожна зацікавлена людина (лікар, психолог) могла користуватися зареєстрованими даними.

Під час роботи з хворим психолог повинен дотримуватися правил *деонтології*. *Деонтологія* (від грецького *deon* – належне і *logos* – вчення) – вчення про належну поведінку лікаря в процесі виконання ним професійних обов’язків.

Основним *деонтологічним принципом* є принцип гуманного ставлення до хворої людини, що виключає будь-які дії і слова, котрі травмують хворого, завдають шкоди його стану здоров’я і самопочуттю.

Доброзичливе ставлення до клієнта (пацієнта) – необхідні правила поведінки всіх, хто працює з людьми. За умови роботи із психічно хворими ця вимога означає позбавлення від досить поширеного негативного ставлення до душевнохворих людей. В основі такого ставлення лежить уявлення про хворих, як про людей, які втратили людське обличчя, здатних на дивні і “дурні” вчинки, що керуються іншою логікою, аніж поведінка здорової людини. Таке уявлення не просто примітивне, воно жорстоке щодо ставлення до хворого, не говорячи вже про те, що воно дисонує з поглядами, які склалися в науковій психіатрії.

Крім тактової манери спілкування психолог повинен дотримуватися деяких специфічних правил роботи з душевно хворими людьми. Розпочинаючи роботу з хворим, психолог зобов’язаний познайомитися з історією хвороби. Коли психолог знайомиться з історією хвороби в присутності хворого, він повинен робити це таким чином, щоб зміст і діагноз захворювання не були відомі хворому. Прочитану історію хвороби необхідно помістити в недоступне для хворого місце.

Патопсихолог працює в тісному тандемі з лікарем. У бесіді з ним, котра передує обстеженню хворого, він уточнює усі важливі аспекти: характер протікання захворювання, диференційно-діагностичні передумови, особливості поведінки у відділенні, особисті контакти тощо.

Заключним результатом патопсихологічного обстеження є *висновок*. Як не може бути стандартного набору прийомів і технік, так не може бути стандартного висновку. Кожен висновок слід формувати, враховуючи

завдання, поставлені перед психологом у замовленні лікаря, який займається лікуванням хворого.

На початку висновку відмічаються скарги хворого на стан пам'яті, уваги, зниження розумової працездатності.

Дальше перелічується те, як працював хворий під час проведення психологічного обстеження: чи правильно усвідомлював його суть, старанно чи ні виконував завдання, виявляв чи ні інтерес до того наскільки успішно справився зі всіма вимогами щодо виконання завдань, чи міг самостійно проаналізувати те, наскільки вдало завершена його робота. Всі ці дані мають бути описані детально і коротко; в будь-якому випадку, вони складають важливу частину висновку, дають змогу здійснити правильну оцінку особистості хворого. Цю частину висновку можна доповнити матеріалами бесіди, що спеціально організована з хворим.

Наступна частина висновку повинна містити відомості про особливості пізнавальної діяльності особистості, яка нездужає. Не завадило би розпочинати детальну характеристику з опису основного розладу, який виявлений у хворого під час дослідження. Необхідно відмітити також комплекс розладів (за наявності), тобто описати *психологічний синдром* розладу психічної діяльності. Для організації психокорекційної роботи, також відображаються аспекти працездатності хворого, рекомендації родичам у ставленні до нього, шляхи збереження психічної діяльності тощо.

Наприкінці висновку подається резюме, що містить найбільш важливі дані, отримані під час дослідження, які відображають структуру основного психологічного синдрому, котрий виявлений у хворого (пацієнта). Резюме має охоплювати дані про діагноз, але опосередковано, через опис структури розладів, що виявлені у ході експерименту.

Висновок готується в 2-х примірниках, один з яких слід залишити в історії хвороби, інший підшити до протоколу обстеження і здати в архів.

**Патопсихологічне дослідження охоплює** такі складові: детальне ознайомлення з історією хвороби, співбесіду з недужим, спостереження, обстеження пацієнта з використанням всіляких способів, прийомів, технік, співставлення експериментальних даних з відомостями з анамнезу хвороби, інтерпретацію одержаних результатів.

Щоб детальніше вникнути в особливості психологічних досліджень, необхідно коротко зупинитися на **методологічних підходах загальної психології**, оскільки саме вони зумовлюють стратегію і тактику психологічних досліджень у психіатричних і неврологічних стаціонарних клініках.

Тривалий час в клінічній практиці використовувалися здебільшого **кількісні методи дослідження психічних процесів**. Теоретичним підґрунтям такого підходу була функціональна психологія (В. Вундт, Г. Еббінгауз), що поділяла психіку на окремі функції – пам'ять, сприймання, увагу... . Психологічне дослідження відповідно до таких уявлень зводилося до вимірювання кожної психічної функції та до встановлення її кількісної характеристики. Принцип кількісного вимірювання окремих психічних функцій був засадничим серед психологічних методів обстеження в клініці. Дослідження втрати функції полягало у виявленні **міри кількісного відхилення від “нормального стандарту”**.

Метод кількісного вимірювання окремих психічних функцій достатньо повно означений в тестових дослідженнях Біне-Сімона, котрі лягли в основу теоретичних уявлень про те, що інтелектуальні здатності дитини визначені спадковими факторами, а від навчання і виховання вони залежать меншим чином. В той же час, завдання, які пропонувалися дитині, вимагали від неї певного запасу знань і навичок, тобто результати тестування дозволяли робити висновок про кількість набутих компетентностей. **Важливою прогалиною тестування** є те, що такі дослідження не дають змоги прогнозувати подальший розвиток дитини.

Якщо проводити обстеження недужих методами, які зорієнтовані на лише вимірювання функцій, то неможливо врахувати «своєрідність» діяльності інтелекту та перспективи компенсації, аналіз яких вкрай потрібний для організації психокорекційної роботи. Отож шляхом вимірювань фіксується тільки кінцевий результат, а вся багатогранність якісних особливостей діяльності залишається поза увагою дослідника.

На противагу вузькому функціональному підходу, що спирається на кількісне вимірювання, одним із провідних принципів патопсихологічного дослідження є *якісний системний аналіз розладів психічної діяльності*. Цей принцип зумовлений теоретичними положеннями вітчизняної загальної психології, згідно з котрими психічні процеси формуються в процесі всього життя та діяльності людини, її багатогранної взаємодії з іншими людьми.

Тому патопсихологічний експеримент має бути скерований не на вимірювання кожного окремого психічного процесу, а на людину, яка здійснює реальну діяльність, на *якісний аналіз різних форм розпаду психіки*, механізмів розладів діяльності та можливостей її відновлення (Б.В. Зейгарник).

Наприклад, досліджуючи розлади пізнавальних процесів, експеримент необхідно побудувати так, щоб показати розпад операцій мислення та охарактеризувати ту міру, в якій використовуються старі зв'язки, що утворилися в результаті попереднього досвіду. Скерованість експериментально-психологічних прийомів на можливість оцінити якісну характеристику розладів психіки особливо важлива для обстеження дітей. Адже навіть коли в результаті захворювання ми спостерігаємо розлади психіки, дитина все ж розвивається (хоча цей розвиток сповільнений та спотворений). Відтак психологічний експеримент немає обмежуватися констатацією розладів, які наявні у дитини, а виявляти потенційні можливості, які залишилися.

Використання якісного аналізу аж ніяк не означає, що слід цілковито відмовитись від кількісних оцінок і статистичної обробки даних там, де цього потребує завдання дослідження, але кількісний аналіз має займати другорядне місце, головне – якісна характеристика розпаду психіки. Це особливо важливо, оскільки характер змін психічної діяльності в основному не є специфічним для тієї чи іншої недуги. Один і той же патопсихологічний симптом може бути викликаний різними механізмами, і є показником різних станів. Наприклад, зниження розумової працездатності може виявлятися у дітей з ознаками ранніх органічних змін мозку, у хворих шизофренією і епілепсією, і за наявності судинних розладів. Кожен патопсихологічний симптом може бути оцінений лише комплексно, тобто з результатами повного психологічного дослідження і в співставленні з клінічними даними.

Наступним немаловажним принципом побудови патопсихологічного дослідження є обов'язкове *звернення до особистості хворого*. Експеримент має конкретизувати не лише інтелектуальні операції недужого, а й його особисте ставлення.

Система ставлення особистості тісно поєднана із структурою особистості, запитами, особливостями емоцій та волі. Матеріальні та духовні потреби людини відображують її зв'язок з навколишнім світом. Коли ми здійснюємо аналіз особистості, перш за все, слід охарактеризувати коло інтересів людини, зміст і спонуки (причини) її реакцій, дій і вчинків.

Про *патологічні зміни особистості* ми говоримо тоді, коли під впливом захворювання у людини звужуються інтереси, зменшуються потреби, коли в неї виявляється байдуже ставлення до того, що раніше хвилювало, коли дії втрачають цілеспрямованість, вчинки стають малоусвідомленими, коли людина перестає регулювати свою поведінку, не може адекватно оцінити свої можливості, коли різко змінюється її

ставлення до себе і навколишнього. Такі зміни є індикатором зміненої особистості.

Особливе значення має патопсихологічне дослідження для вирішення психокорекційних завдань. Важливим принципом патопсихологічного дослідження є спрямованість його на виявлення форм психічної діяльності, які залишилися збереженими.

Успішність відновлення змінених складних психічних функцій залежить від того, наскільки робота з відновлення спирається на збережені ланки психічної діяльності. Відновлення зміненої психічної діяльності має проходити за типом *перебудови функціональних систем*.

Відтак, основоположними принципами побудови патопсихологічного обстеження є:

- системний якісний аналіз змін психічної діяльності;
- апеляція до особистості хворого та конкретизація особистого ставлення;
- виявлення не лише змінених функцій, а й тих, що залишилися збереженими, з метою планування психокорекційної роботи з пацієнтом (клієнтом), який нездужає.

Базовим методом патопсихологічного дослідження є *експеримент*.

*Експеримент* полягає у штучній зміні умов спостереження з метою визначення співвідношення між явищем і умовами його виникнення. Патопсихологічний експеримент бажано реалізувати за допомогою точно визначених прийомів вивчення психічних функцій – експериментально-психологічних способів, технік.

При організації патопсихологічного експерименту дотримуються таких правил:

- \* експеримент має моделювати психічну діяльність, що здійснюється людиною в процесі праці, навчання, спілкування;
- \* в експерименті необхідно визначити структуру не лише змінених а й не порушених форм психічної діяльності;

\* побудова експериментальних прийомів мусить обов'язково враховувати можливість пошуку рішення самим недужим, а також дозволяти патопсихологу втручання в діяльність хворого щоб вияснити те, як хворий сприймає допомогу експериментатора і як може нею скористатися;

\* експериментально-психологічні прийоми необхідно спрямувати на розкриття якісної характеристики змін психіки;

\* підсумки експериментально-психологічного обстеження потрібно точно і об'єктивно зафіксувати.

Патопсихологічний експеримент мусить будуватися так, щоб конкретизувати не лише розумову діяльність хворого, а й його особисте ставлення до експерименту. Під час проведення дослідження необхідно враховувати ставлення хворого до роботи, його мотиви і мету, ставлення до самого себе до результату роботи, зацікавленість, оскільки дії і вчинки не є безпосередньою реакцією на зовнішні подразники, а опосередковані установками, мотивами, потребами. Для патопсихолога важливим є не лише те наскільки важким і великим за обсягом було завдання і як хворий виконав його, а й те, як хворий його осмислив і чим були зумовлені помилки. Не лише кількість помилок і важкість виконання завдань, а й структура і аналіз їх дають цікавий і показовий матеріал для оцінки особливостей розпаду психічної діяльності недужих.

Точність та неупередженість результатів, одержаних в процесі експериментально-психологічного дослідження, убезпечуються реєстрацією даних і перевіркою їх у повторних дослідах та/або підтвердження іншими методиками. Для патопсихологічного дослідження характерне використання великої кількості різноманітних способів, прийомів, технік, оскільки лише співставлення їх результатів дає змогу виявити характер, глибину, якість і динаміку порушень психіки.

Особливий варіант патопсихологічного експерименту спрямований на отримання даних, які можна використати для впливу на особистість

хворого. В цьому випадку завдання патопсихолога полягає в тому, щоб показати хворому шляхи можливої компенсації розладів психічної діяльності, а відтак зменшення їх (як результат лікування). Патопсихолог працює в тісному контакті з лікуючим лікарем і психотерапевтом, обговорюючи з ними свої дії, приймає участь у розробці реабілітаційних і психопрофілактичних програм.

Програма дослідження не може бути стандартною, оскільки вона залежить від клінічного завдання і особливостей хворого.

Особливо уважно необхідно підходити до добору прийомів для патопсихологічного дослідження дітей. В означеному випадку вибір диктується віком дитини, рівнем її розумового розвитку, наявністю чи відсутністю рухових, сенсорних розладів чи проблем із мовленням.

Психопатологічне дослідження обов'язково включає *бесіду* з хворим, що *складається з двох частин*:

*Перша частина* спілкування психолога і досліджуваного проходить поза експериментом, тобто до і після експериментальної роботи. Ця бесіда залежить від завдання, що стоїть перед психологом, відомостей, отриманих з історії хвороби, стану хворого. В бесіді психологу слід враховувати ставлення хворого до ситуації експерименту, до експериментатора та уникати обговорення з ним його хворобливих переживань (не робити цього з власної ініціативи). Психолог не має втручатися в стратегію і тактику лікування.

*Друга частина бесіди* проходить безпосередньо під час експерименту, коли патопсихолог допомагає хворому виконувати експериментальні завдання. **Основні різновиди допомоги:**

- \* просте перепитування, тобто просьба повторити те чи інше слово, оскільки це привертає увагу до того, що сказано чи зроблено;
- \* стимуляція подальших дій словами “добре”, “далі”;
- \* питання про те, чому досліджуваний здійснив ту чи іншу дію (допомагає уточнити власні думки);

\* питання, що спонукає до виконання завдань чи до критичного заперечення експериментатора;

\* підказка, порада діяти тим чи іншим чином;

\* демонстрація дії і прохання самостійно повторити її;

\* навчання тому, як треба виконувати завдання.

Описуючи окремі прийоми, які застосовувались під час обстеження, необхідно вказувати види допомоги, які в даному випадку доцільні. Вибір адекватних способів допомоги залишається одним із найважчих розділів експериментальної роботи, що вимагає досвіду і кваліфікації. Загальні правила, якими треба керуватися, полягають в наступному:

\* насамперед перевірити чи не будуть ефективними легші види допомоги і лише потім перейти до демонстрації і навчання;

\*експериментатору не слід бути надміру активним і багатослівним; його втручання в хід експерименту має бути добре продуманим;

\*кожен акт допомоги і відповідні дії хворого, треба внести до протоколу.

В поодиноких випадках буває так, що потрібно звернути увагу недужого на його неприродно завищену самооцінку, неправильну оцінку результатів діяльності. Це варто робити за допомогою запитань, міміки, жестів.

Всі реакції хворого на допомогу, критику, невербальні форми спілкування (міміку, жести) слід відобразити у протоколі. Отримані дані порівнюються з результатами експерименту, даними історії хвороби, результатами спостереження.

Ситуація експерименту охоплює спостереження за поведінкою хворого. Важливо відмітити особливості зовнішнього вигляду, вираз обличчя, емоційні реакції, поведінку під час обстеження. Спостереження не мусить бути нав'язливим, натомість має бути тактовним і непомітним.

Патопсихологічне обстеження з використанням нестандартних експериментально-психологічних прийомів є основним видом діяльності психолога. Проте, в деяких випадках, залежно від завдань дослідження для доповнення одержаних даних використовують й інші методи аналізу психіки: *тести, опитувальники, проєктивні методики*.

Наприклад, для вирішення завдань судової і військової експертизи в дослідження бажано ввести тести інтелекту для більшої достовірності даних, котрі отримані за допомогою експериментально-психологічних прийомів, а також методики обстеження особистості для поглибленого вивчення системи ставлення особистості. Значну допомогу для розробки системи психокорекційних заходів і вирішення завдань реабілітації осіб, які втратили працездатність може надати обстеження за допомогою особистісних опитувальників і проєктивних методів.

*Тести* – стандартні набори завдань і матеріалів, з якими працює досліджуваний. Також стандартною є процедура подачі завдань: рекомендується певна послідовність, час виконання регламентований та алгоритм оцінки результатів.

Тестування характеризуються певними рівнями *надійності і валідності*. *Надійність тесту* – незалежність його результатів від впливу різноманітних випадкових факторів (таких як умови тестування, особистість експериментатора, досліджуваного, наявність досвіду тестування тощо). *Валідність тесту* – відповідність тесту тій психічній властивості чи процесу, яка вимірюється.

*Перевагою тестових методів* є їх об'єктивність, можливість порівнювати результати, отримані різними досліджуваними.

Водночас, дослідження, побудовані за типом жорстко стандартизованої методики (тесту), показують лише відхилення від норми, і не дозволяють бачити змінені функції чи збережені ланки, що є недоліком тестування.

В клінічній практиці широко використовується тест **Векслера**, що дає змогу оцінити інтелект людини за допомогою кількісного показника – коефіцієнту інтелектуального розвитку. Достатньо широко в практику патопсихології ввійшли такі тести, як **“Прогресивні матриці Равена”**, **тест структури інтелекту Амтхауера** та інші.

**Особистісні опитальники і проєктивні методи** призначені для вимірювання особливостей особистості. Вони приваблюють патопсихологів, оскільки експериментально-психологічні методики вивчення особистості розроблені ще недостатньо. На особливості особистості в рамках експериментально психологічного дослідження вказують емоційні реакції досліджуваного на ситуацію експерименту, на удачі і невдачі в діяльності, на оцінку експериментатора.

**Опитувальники** – це система запитань, на які досліджуваний має відповісти, чи твердження, з якими він повинен погодитися чи заперечити. Відповіді можна формулювати у вільній формі (**опитувальники відкритого типу**) чи вибирати з варіантів, які запропоновані в опитувальнику (**опитувальники закритого типу**).

**Розрізняють опитувальники-анкети і особистісні опитувальники.**

**Опитувальники-анкети** уможливають отримання інформації про досліджуваного, яка не відображає його особливостей особистості. Наприклад, біографічні опитувальники, опитувальники інтересів і установок.

**Особистісні опитувальники** слугують для вимірювання особливостей особистості. Серед них виокремлюють декілька груп.

Найбільше поширені **типологічні опитувальники**, які розробляються на основі визначення типів особистості і дозволяють зарахувати досліджуваних до того чи іншого типу, що різняться якісно самотніми проявами. **До типологічних належать опитувальники Г.Ю. Айзенка**, що визначають тип особистості залежно від вияву двох

незалежних факторів – екстраверсії і емоційної нестабільності (нейротизму). Іншим відомим опитувальником є *Міннесотський багатаспекторний особистісний опитувальник ММРІ*.

*Опитувальники для виявлення рис особистості* вимірюють прояв рис (стійких ознак особистості). Одним із найбільш поширених є *16-ти факторний особистісний опитувальник Р. Кеттела*.

Для психологічного вивчення особистості підлітків використовується *патохарактерологічний діагностичний опитувальник для підлітків (ПДО), що розроблений А.Є. Лічко*.

*В основу проєктивних методів* покладено уявлення про те, що в творчості людини, її висловах, інтерпретації подій виявляються приховані, неусвідомлені спонуки, конфлікти, переживання, котрі характеризують особистість. Обстеження дає змогу створити ситуації невизначеності. Інструкція визначає або загальний напрям, або початковий момент обстеження. Матеріал, що пропонують для обстеження, можна тлумачити різними способами, але важливе ставлення, яке викликане, суб'єктивний зміст, асоціації, котрі виникають у зв'язку з цим.

У клінічній практиці широко використовується тест *фрустраційної толерантності Розенцвейга, тест тематичної апперцепції (ТАТ), тест Роршаха, тест кольорових виборів Люшера*.

Наукові дослідження здебільшого можливі лише щодо тих психічних явищ, котрі певним чином залежать від зовнішніх об'єктів, з якими пов'язана наша психічна діяльність, а саме: з відчуттями, сприйманням, уявленнями, поняттями і їх поєднанням, тобто з тією частиною психічного змісту, яка називається інтелектуальною сферою. Що стосується настрою, почуттів, потягів, то вони мають мінливий характер, який залежить від невловимих внутрішніх змін.

Методи психологічного дослідження залежно від вказаних психічних величин поділяються на наступні:

– методи аналізу відчуття;

- методи аналізу сприймання;
- методи виміру часу психічних процесів;
- методи аналізу складних психічних актів.
- методи аналізу відтворення:
  - а) простого відтворення;
  - б) складного відтворення;

**Під патопсихологічними дослідженнями** (експериментами) в сучасній психології розуміють використання діагностичної процедури з метою моделювання цілісної системи пізнавальних процесів, мотивів і “ставлення особистості” (Б.В. Зейгарник).

Основними **завданнями** методів в клінічній психології є виявлення змін у діяльності окремих психічних функцій і патопсихологічних синдромів. Під **патопсихологічним синдромом** розуміють відносно стійку систему патогенетично зумовлених симптомів та ознак внутрішньо взаємозумовлених і взаємопов’язаних психічних розладів (В.М. Блейхер). До патопсихологічних синдромів відноситься сукупність пізнавальних особливостей психічної діяльності хворої особистості, особливостей поведінки і мотивації, виражених в психологічних поняттях. Вважається, що в патопсихологічному синдромі відображаються розлади різних рівнів діяльності центральної нервової системи.

В результаті виявлення патопсихологічних синдромів стає можливою оцінка особливостей структури і протікання психічних процесів, що зумовлюють клінічні прояви (психопатологічних синдромів). Патопсихолог скеровує свої дослідження на розкриття і аналіз компонентів діяльності мозку, а саме тих ланок і факторів, поява яких є причиною формування симптомів, що спостерігаються в клініці.

Такий підхід в психології, так само, як і в медицині, спрямований на визначення не випадкових, істотних особливостей розладів психічної діяльності, він же забезпечує повноту аналізу і висновків.

Необхідність впорядкування експериментальних даних у формі патопсихологічного синдрому впливає з факту, що один і той же розлад психічної діяльності, наприклад, опосередкованості запам'ятовування, може діагностуватися за умови наявності різної патології. Специфічним може бути лише певний синдром, що залежить від інших розладів психіки, оцінений в комплексі з даними цілісного патопсихологічного і клінічного обстеження. Важливо зрозуміти, що структура і природа ізольованого симптому зовсім інша при різних нозологічних формах і в рамках різних синдромів.

Необхідно також зрозуміти, що структура патопсихологічного синдрому може змінюватися з плином захворювання, залежності від таких його характеристик, як форма, тривалість, якість ремісії, ступінь дефекту. Патопсихологічне дослідження може бути корисним з метою діагностики, прогнозу, для психокорекції і реабілітації.

***Структура патопсихологічного синдрому.*** Зейгарник Б.В. розробила теорію і методологію патопсихологічного дослідження, що спирається на принцип діяльності. Це означає, що ключем до розуміння структури діяльності, її функцій, компонентів є мотивація і ставлення особистості. Іншими словами, те, як хворий формулює для себе, заради чого він виконує те чи інше завдання, визначає розгорнуту систему ставлення, що складається і виявляється обстеженням: ставлення до факту обстеження, експериментатора, окремих завдань, результатів їх виконання, коментарів оцінки психолога. Вміння спричинювати, цілеспрямовано створювати і контролювати цю систему ставлення є важливою характеристикою професійної кваліфікації психолога.

Аналіз ставлення в ситуації експерименту не дає повного уявлення про зміст мотиваційної сфери хворого, яка відкривається за умови такого підходу не цілком, проте динамічний, формальний аспект діагностувати вдається. Коли в ситуації обстеження хворий керується значною мірою настроєм, що не відповідає ситуації, спонуками, це вказує на перевагу

інтроверсії чи аутизму, слабкість самоконтролю і критики. Можливі й інші варіанти змін мотивації, що діагностуються через ставлення хворого до експерименту.

Ставлення, характеризуючи стан мотиваційної сфери, постають також у вигляді мотиваційного компоненту пізнавальних процесів, впливаючи на їх перебіг. У зв'язку з цим, виокремлено окремий вид патології пізнавальної діяльності, що зумовлений змінами даного компоненту в процесах сприймання, пам'яті, мислення.

В структурі діяльності *мета* є найбільш усвідомленим її компонентом: вона забезпечує спрямоване на щось протікання процесу реалізації. У патопсихологічному експерименті мета, зазвичай, задається інструкцією до прийому, техніки, методу. У хворих можуть спостерігатися зміни у планомірному досягненні мети або дії, які не узгоджуються із завданнями, що поставлені інструкцією. Розлад цілеспрямованості, пов'язаний із зміною мотиваційної сфери є самостійним і окремим патопсихологічним симптомом.

Водночас, захворювання може поширитись на ланку здатності досягання мети – *операції*. Яким чином, шляхом реалізації якої стратегії пізнавальної діяльності досягається результат – саме цей аспект діяльності також входить в структуру патопсихологічного синдрому.

Реалізація будь-якої функції психіки вимагає конкретизації таких пізнавальних операцій, як аналіз і синтез, абстрагування та узагальнення, порівняння та опосередкування тощо. Рівень узагальнення їх може бути різним, утворюючи вісь конкретність-абстрактність. Другим параметром, що використовується для оцінки операційного складу діяльності, служить площина, на якій розгортаються ці операції: площина об'єктивної реальності, чи площина суб'єктивного ставлення, пристрастей. В нормі можна говорити про дві протилежні тенденції: одні досліджувані схильні до об'єктивного підходу в оцінці об'єктів, ситуацій, інші – більш пристрастені (заангажовані) у своєму сприйманні. Так, мислення органіків

характеризується надлишковою конкретністю, що робить їх “рабами” конкретної ситуації та ускладнює процес опосередкування (узагальнення).

Останньою складовою патопсихологічного синдрому є **характеристика динаміки діяльності** – підвищена лабільність та інертність, нерівномірність темпу, підвищена втомлюваність тощо. Такі розлади виявляються при дослідженні будь-якого психічного процесу, але проявляються по-різному, залежно від того, яке завдання стоїть перед хворим. **Складові патопсихологічного синдрому:**

- особливості афективного реагування, спонукання, системи ставлення недужого (мотиваційна складова діяльності);

- характеристика дій недужого під час знаходження відповіді на пізнавальне завдання (спрямованість на досягнення мети, здатність до самоконтролю, критичність);

- тип операційної оснащеності (зниження, викривлення рівня узагальнення, змінювання вибірковості пізнавальної активності);

- характеристика динамічного аспекту діяльності.

**Патопсихологічні реєстр-синдроми:** 1) шизофренічний; 2) афективно-ендогенний; 3) олігофренний; 4) екзогенно-органічний; 5) ендогенно-органічний; 6) особистісно-аномальний; 7) психогенно-психотичний; 8) психогенно-невротичний.

**Шизофренічний симптомокомплекс** складається з таких особистісно-мотиваційних розладів, як зміна структури та ієрархії мотивів, розлади діяльності мислення, що стосується цілеспрямованості мислення і смислоутворення (резонерство, зіскакування, різноплановість, патологічний полісемантизм) при збереженні операційної сторони, емоційні розлади (спрощення, дисоціація емоційних проявів, знакова парадоксальність), зміна самооцінки і самосвідомості (аутизм, сенситивність, відчуження і підвищена рефлексія).

**В психопатичний (особистісно-аномальний) симптомокомплекс входять** емоційно-вольові розлади, порушення структури та ієрархії

*мотивів, неадекватність самооцінки і рівня домагань, розлади мислення у вигляді “відносного афективного слабоумства”, розлади прогнозування та опори на попередній досвід.*

**Органічний (екзо- і ендогенний) симптомокомплекс** характеризується такими ознаками, як: загальне зниження інтелекту, розпад знань і відомостей про минуле, розлади пам'яті, що зачіпають довготривалу і оперативну пам'ять, порушення уваги і розумової працездатності, розлади операційної сторони і цілеспрямованості мислення. Зміна емоційної сфери з афективною лабільністю, порушення критичних здібностей і самоконтролю.

**В олігофренічний симптомокомплекс** входять такі прояви, як: нездатність до навчання і формування понять, дефіцит інтелекту, нестача загальних відомостей і знань, примітивність і конкретність мислення, нездатність до абстрагування, підвищена навіюваність, емоційні розлади.

Виокремлення патопсихологічних реєстр-синдромів дає змогу клінічному психологу не лише зафіксувати розлади в різних сферах психічної діяльності, а й розподілити їх за механізмами виникнення. Крім того, правильна класифікація патопсихологічного синдрому дозволяє клініцисту підтвердити нозологічний діагноз, а відтак у правильному напрямку спрямувати подальшу корекційну і терапевтичну роботу.

## ЛЕКЦІЯ № 2

### Тема: Методи досліджень патологій психіки

#### План:

1. Експериментальні методи дослідження у патопсихології:
  - а) експеримент – як основний (базовий) метод дослідження;
  - б) правила організації та проведення експерименту.
2. Методи патопсихологічної діагностики.

**Стаціонарні методи дослідження** в патопсихології призначені для оцінки діяльності головного мозку. Кожен з них – це інструментарій окремої галузі науки. Освоєння всіх клінічних методів і способів діагностики не входить до компетенції патопсихолога. Однак вміння дібрати потрібні для клінічного виявлення конкретної патології методи, пояснити необхідність їх використання, правильно витлумачити отримані з їх допомогою результати є невід’ємною складовою діяльності справжнього професіонала.

Патопсихологічна діагностика використовує експериментально-психологічні методиками-тести, котрі слугують для оцінки виконання функції як окремих сфер психічної діяльності, так й інтегративних утворень – темпераменту, особливостей характеру, рис особистості.

Вибір конкретних методів і способів патопсихологічної діагностики в патопсихології базується на виявленні кардинальних психопатологічних відхилень за наявності у хворого різних типів психічного реагування в певних сферах психічної діяльності. В таблиці подані покази для використання тих чи інших методів патопсихологічної діагностики (див. таблицю 1).

Для підтвердження розладів, що виявляються клінічно адекватними патопсихологічними методиками використовують **оцінку уваги за таблицями Шульте, коректурну пробу і рахунок за Крепеліним**.

**Таблиці Шульте** – це набір цифр (від 1 до 25), розміщених у випадковому порядку в клітинках. Досліджуваний має показати і назвати в

заданій послідовності (зазвичай в зростанні від 1 до 25) всі цифри. Досліджуваному пропонується підряд **4-5 неідентичних таблиць Шульте**, в яких цифри розміщені в різному порядку. Психолог фіксує час, витрачений випробовуваним на вказування (на таблиці) і називання всього ряду цифр в кожній таблиці окремо. Відмічаються наступні показники:

- перевищення нормативного (40-50 секунд) часу, затраченого на вказування і називання ряду цифр в таблицях;
- динаміка показників часу в процесі обстеження за всіма 4-5 таблицями.

*Таблиця 1*

### Методи патопсихологічної діагностики

<b>Сфера психічної діяльності, в якій помітні зміни</b>	<b>Патопсихологічна методика</b>
<b>Розлади уваги</b>	таблиці Шульте коректурна проба рахунок за Крепеліним методика Мюнстерберга
<b>Розлади пам'яті</b>	тест десяти слів пiктограма
<b>Розлади сприймання</b>	сенсорна збудливість проба Ашафенбурга проба Рейхардта проба Ліпмана
<b>Розлади мислення</b>	тести на класифікацію, виключення, силогізми, аналогії, узагальнення асоціативний експеримент проблема Евер'є пiктограма тест дискримінації властивостей понять
<b>Розлади емоцій</b>	тест Спілбергера тест кольорових виборів Люшера
<b>Розлади інтелекту</b>	тест Равена тест Векслера

За результатами даного тесту можливий наступний **висновок** (характеристика особливостей) щодо уваги досліджуваного:

**Увага зосереджується достатньо** – у випадку, коли на кожному із таблиць Шульте досліджуваній витрачає час, що відповідає нормативному;

**Увага зосереджується недостатньо** – у випадку, коли на кожному із таблиць Шульте досліджуваній витрачає час, що перевищує нормативний;

**Увага стійка** – у випадку, коли не помітна значна різниця в часі при підрахунку цифр в кожній із 4-5 таблиць;

**Увага нестійка** – у випадку, коли помітні значні коливання результатів за даними таблиць без тенденції до збільшення часу, що витрачений на кожному наступну таблицю;

**Увага виснажена** – у випадку, коли помітна тенденція до збільшення часу, що витрачається обстежуваним на кожному наступну таблицю.

Методика **рахунок за Крепеліним** використовується для дослідження **втомлення**. Досліджуваному пропонується подумки додавати низку однозначних чисел, що записані у стовпчик. **Результати оцінюють** за кількістю доданих у певний проміжок часу чисел і кількістю помилок, що допущені.

**Методика коректурна проба** передбачає використання специфічних бланків, на яких є низка літер, що зображені у випадковому порядку. Інструкція пропонує закреслити одну чи дві літери за вибором експериментатора. При цьому через кожні 30-60 секунд експериментатор робить помітки в тому місці таблиці, де знаходиться олівець досліджуваного, а також *реєструється час*, витрачений на виконання всього завдання.

Інтерпретація та ж сама, що і у випадку оцінки результатів за таблицями Шульте. Нормативні дані за коректурною пробю: 6-8 хвилин. Допускається 15 помилок.

**Методика Мюнстерберга** спрямована на визначення *вибірковості уваги*. Методика Мюнстерберга – це текст, що складається з множини

літер, серед яких вписані слова без відступів. Завдання досліджуваного якомога швидше виявити і підкреслити окремі слова. На роботу відводиться 2 хвилини. Реєструється кількість підкреслених слів і кількість помилок (пропущених чи неправильно виділених слів).

*Розлади уваги не є специфічними для будь-яких захворювань психіки, типів психічного реагування чи рівнів психічних розладів. Але можна відзначити специфіку цих змін за умов наявності різної патології психіки.*

Найбільше вони репрезентовані в структурі **екзогенно-органічного типу психічного реагування** і вказують на порушення концентрації і стійкості уваги, швидку виснажливність, важкість переключення уваги. Подібні розлади зустрічаються при **неврозах**.

**В межах ендогенного типу психічного реагування зміни уваги не є провідними** (зазвичай вони або відсутні, або є вторинними щодо інших психопатологічних феноменів).

Проте, за Е. Крепеліним, при **шизофренії** характерними є зміни активної уваги при збереженні пасивної. Більшість хворих здаються незосереджені, але можуть добре сприймати все, що відбувається навколо, вихоплюють випадкові деталі, в той же час їм не вдається активно спрямовувати і тривало зосереджувати увагу на завчасно вказаному предметі чи явищі. Відтак, за співвідношенням збереження у пацієнта активної і пасивної уваги можна визначити тип (вид) реагування психіки. Крім того, у хворих з шизофренією порушений механізм фільтрації, що можна спостерігати в експериментах на стійкість до перешкод (Методика Мюнстерберга).

Зміни уваги є типовими для соматичних захворювань, що супроводжуються вираженим больовим синдромом та іншими клінічними проявами. Найчастіше розлади уваги зустрічаються у хворих з **патологією центральної нервової системи, церебральним атеросклерозом,**

*гіпертонічною хворобою та іншими захворюваннями, що супроводжуються нейроінтоксикаціями.*

Необхідність підтвердження клінічно виявлених **розладів пам'яті** виникає в тому випадку, коли вони виражені незначно, чи коли пацієнт скаржиться на зниження пам'яті. Найчастіше для оцінки змін пам'яті використовується **методика фіксації в пам'яті 10 слів**. Вона слугує для визначення здатності до **безпосередньої короткотривалої чи довготривалої фіксації в пам'яті**. Досліджуваному зачитують 10 слів, дібраних так, щоб між ними не було встановлено смислової відповідності (наприклад: гора, голка, троянда, кіт, годинник, вино, пальто, книга, вікно, пилка). Після зачитування, а також через годину після нього пропонується відтворити ці слова у довільному порядку. Причому, одразу після зачитування подібна процедура повторюється 4-5 разів поспіль. Відмічають наступні *показники*:

- кількість відтворених слів;
- кількісну динаміку відтворених слів (крива довільної фіксації у пам'яті).

*За результатами тесту можна зробити висновок:*

*Безпосереднє запам'ятовування не змінене* – у випадку, коли досліджуваний безпосередньо після зачитування 10 слів відтворює в 4-5 пробах не менше 7 слів.

*Безпосереднє запам'ятовування змінене* – у випадку, коли досліджуваний безпосередньо після зачитування 10 слів відтворює менше 7 слів. Чим менша кількість слів відтворюється, тим більш вираженими є зміни.

*Довготривала пам'ять не порушена* – у випадку, коли через годину без повторення досліджуваний відтворює не менше 7 слів, що були призначеними для фіксації у пам'яті.

*Довготривала пам'ять занижена* – у випадку, коли через годину без повторення хворий відтворює менше 7 слів, що призначались для фіксації у пам'яті.

Методика, котра використовується для дослідження *опосередкованого запам'ятовування (піктограма)*, охоплює 10-15 понять, які необхідно намалювати так, щоб потім за малюнком згадати задані поняття. Через годину досліджуваному пропонується відтворити задане. **Орієнтовний ряд понять:** веселе свято, глуха старенька, сердитий учитель, дівчинці холодно, хвороба, розлука, розвиток, втеча, надія, задрість. Інтерпретація аналогічна до тесту 10 слів.

Результат виконання цього проєктивного тесту, оцінюється так:

- майстерність виконання рисунка (величина, завершеність, обведення в рамку, підкреслення, наявність уточнюючих ліній, відмінність і подібність малюнків, що належать до різних понять);
- розміщення рисунків на листку;
- принцип, що лежить в основі асоціативного ряду для фіксації у пам'яті;
- рівень оригінальності чи стандартності.

Висновок відображає специфіку асоціативної діяльності та описується так:

*Переважає стандартних образів* – у випадку, коли малюнки співпадають з тими, що використовують більшість осіб даної культури (наприклад, зображення прапора, кульок, ялинки для фіксації поняття “веселе свято”).

*Переважає атрибутивних образів* – у випадку, коли під час зображення заданих понять використовується принцип належності до чогось, тобто переважають рисунки, що зображають предмети чи явища, які є невіддільною частиною заданого поняття (наприклад, зображення “важкості” асоціюється з важкою працею).

*Переважання конкретних образів* – у випадку, коли малюнки містять предмети чи явища, безпосередньо поєднані з ситуацією (наприклад, хворий, що лежить на ліжку для зображення поняття “хвороба”).

*Переважання метафор* – у випадку, коли для зображення певного поняття використовуються конкретні образи, що прямо з поняттям не поєднані, коли використовується абстрагування (наприклад, хмара, що закриває сонце для зображення поняття “хвороба”).

*Переважання персоніфікованих та індивідуально важливих образів* – у випадку, коли для зображення понять використовують індивідуально важливі образи (наприклад, дитина для поняття “щастя”).

*Переважання органічної графіки* – у випадку, коли в малюнку домінують незавершені лінії в тих зображеннях, які вимагають завершення (наприклад, коло), повторне і неодноразове проведення ліній.

*Груба органічна графіка* – у випадку, коли домінують макро-графічні образи, відмічається підкреслення малюнку, малюнок в рамці, надмірна стереотипія малюнків.

*Переважання геометричних фігур* – у випадку, коли поняття зображують переважно геометричними фігурами.

*Стереотипія людськими фігурами* – у випадку, коли в рисунках зустрічається лише зображення людських фігур.

Вважається, що в разі «*психічної норми*» в піктограмі переважно зображені конкретні, атрибутивні, стандартні, впорядковані образи. За умови наявності *органічних змін головного мозку* – надмірна стереотипія, впорядкованість, акуратність в зображеннях і чітка нумерація малюнків, їх низька диференційованість, незавершеність ліній, підкреслення і зображення в рамці. При *шизофренії* домінують абстрактні образи, можлива стереотипія але не за рахунок людських фігур, зображення літер і геометричних фігур, а також атипове (несиметричне, негармонійне) розміщення малюнка на аркуші.

Розлади пам'яті, так як і розлади уваги входять до структури *екзогенно-органічного типу психічного реагування*. Часто вони супроводжуються невротичними змінами.

Для астеничних станів різного генезу (частіше соматичного) типовими є явища виснажливості пам'яті і послаблення здатності до запам'ятовування. Для *олігофренії* характерне рівномірне зниження безпосередньої і оперативної пам'яті. Для *деменції* у старшому віці – зміни механічної і асоціативної пам'яті, а також різко виражені розлади запам'ятовування. Для *шизофренії* розлади пам'яті нетипові. Гіпермнезії типові для *маніакальних станів*.

*Розлади сприймання* меншим чином, ніж розлади інших сфер психічної діяльності підтверджуються дослідженнями. Це пов'язано з суб'єктивним характером переживань змін сприймання. Тому патопсихологічне дослідження даної психічної сфери першочергово зорієнтоване на виявлення прихованих розладів, та можливості перевести їх у явні, тобто такі, які можна зареєструвати іншими способами. В такому випадку слід застосувати *проби Ашафенбурга, Рейхардта, Ліпмана*.

*Проба Ашафенбурга* пропонує досліджуваному розмовляти вимкненим телефоном. *Проба Рейхардта* пропонує досліджуваному чистий аркуш паперу і можливість розглянути те, що на ньому намальовано. *Проба Ліпмана* пропонує натиснути на закриті повіки та повідомити, що бачить досліджуваний. Всі перераховані проби спрямовані на те, щоб виявити галюцинації та ілюзії, наявність яких підозрюється. Але аналізуючи проби достеменно не можливо визначити характер цих феноменів.

Для дослідження *сенсорної збудливості* пропонується обстежуваному вдивитися в малюнки “квадрати, що рухаються” і “хвилястий фон”, на котрих зображено розміщені під кутом квадрати та лінії, що перетинають геометричні фігури. Потім пропонується підрахувати кількість квадратів (фігур) в кожному ряді. Оцінюємо

*індивідуальні відчуття, що виникають в обстежуваного під час проведення експерименту, а також наявність ілюзорного стереоскопічного обману.*

Патопсихологічне дослідження і аналіз **розладів мислення** є важливим параметром в діагностичному процесі. Це зумовлено тим, що розлади мислення, зокрема, шизофренічного спектру, виявляються в процесі психологічного обстеження, а не під час бесіди з пацієнтом. Його симптомами є *зіскакування, розірваність, різноплановість мислення, опора на латентні ознаки.*

*Основоположними методами дослідження мислення є тести на класифікацію, виключення, силогізми, аналогії, узагальнення, асоціативний експеримент, проблема Евер'є, піктограма.*

*Методика класифікації понять* базується на класифікації карточок із зображенням тварин, рослин, предметів. Рекомендується поділити карточки на групи так, щоб вони містили однорідні предмети і могли бути названими узагальненим словом. Потім, у випадку необхідності, поєднати групи. *Оцінюється:* чисельність етапів затрачених на класифікацію предметів (має бути три групи – тварини, квіти, неживі предмети); принципи класифікації. *Висновок відображає* чисельність етапів систематизації, а також своєрідність мислення досліджуваних.

*Конкретне мислення* – зазначається тоді, коли досліджуваний поєднує предмети в конкретні ситуаційні групи (наприклад, пальто з шафою, тому що пальто висить в шафі).

*Схильність до деталізації* – зазначається тоді, коли досліджуваний виокремлює дрібні групи (наприклад, одяг домашній і одяг святковий).

*Опора в мисленні на латентні ознаки* – зазначається тоді, коли в систематизації спираються на мало актуальні, приховані ознаки понять (наприклад, в одну групу відносять автобус і ведмедя, тому що “вони повільно рухаються”).

На підставі даних методики класифікації понять можна підтвердити своєрідні для окремих груп психічних захворювань розлади мислення,

котрі виявляються клінічно. Так, конкретність мислення може підтвердити наявність *органічно зумовлених психічних розладів, схильність до надмірної деталізації – епілептичний характер асоціативних порушень, опора мислення на латентні ознаки – порушення мислення шизофренічного спектру.*

*Методики виключення, узагальнення понять, істотних ознак, аналіз співвідношення понять (аналогії)* застосовуються за потреби встановлення особливостей мислення недужих з різною патологією психіки, а також тих, що лежать в основі розумових здібностей.

*Методика виключення понять* слугує для оцінки здібності розмежовувати поняття. Особі, яка проходить обстеження у патопсихолога, пропонують з 4 предметів чи 5 слів вилучити один предмет чи слово, що не відповідає іншим, які схожі за значенням. Аналіз цієї методики схожий з аналізом методики класифікації понять.

Для методики виключення понять використовують такий тестовий матеріал:

*старезний, старий, зношений, маленький, старечий  
сміливий, хоробрий, відважний, злий, рішучий  
Василь, Федір, Семен, Іванов, Порфирій  
молоко, вершки, сир, сало, сметана  
скоро, швидко, поспішно, поступово, повільно  
глибокий, високий, світлий, низький, мілкий  
береза, сосна, дуб, дерево, ялина  
листок, брунька, кора, дерево, гілка  
темний, світлий, голубий, яскравий, тьмяний  
гніздо, нора, мурашник, курятник, барліг  
дім, сарай, хатина, хижка, будівля  
невдача, крах, провал, поразка, хвилювання  
молоток, цвях, кліщі, сокира, долото  
хвилина, секунда, година, вечір, доба  
пограбування, крадіжка, землетрус, підпал, напад  
успіх, перемога, удача, спокій, виграш*

*Методика виокремлення істотних ознак* слугує для того, щоб підсумувати якість розуміння важливих і неважливих ознак предметів і явищ. Порядок виконання завдань методики полягає у відборі

досліджуваним двох слів (ознак) предмету чи явища, розміщених в дужках щодо поняття, котре розміщене за дужками.

Для методика виокремлення істотних ознак використовують такий тестовий матеріал:

*сад (рослини, садівник, собака, огорожа, земля)*

*комора (сіновал, кінь, скотина, стіни)*

*куб (кути, креслення, сторона, камінь, дерево)*

*гра (карти, гравці, штраф, наказування, правила)*

*ділення (клас, ділене, олівець, дільник, папір)*

*каблучка (діаметр, діамант, проба, печатка, округлість)*

Максимально інформативним щодо оцінки якісної своєрідності мислення є **асоціативний експеримент**. Досліджуваному рекомендується висловити першу думку, яка зринула в голові, тобто зафіксувати асоціацію на тестові слова.

Для асоціативного експерименту використовують такі слова: *хліб, лампа, спів, колесо, краса, війна, повітря, розвиток, дзвінок, печера, нескінченність, місяць, брат, лікування, сокира, падіння, обман, голова, сумнів, гра, мета, глибина, народ, трава, сварка, жорстокість, метелик, пошук, сум, совість*.

*Реєструється:* латентний період, якісні характеристики відповідей. Бувають загально-контрольні, індивідуально-контрольні, абстрактні, зорієнтувальні, співзвучні, екстрасигнальні, персеверуючі, ехолалічні, атактичні, вигуківі відповіді.

Мислення хворих на **шизофренію**, зазвичай, має атактичні (трава-цвях) відповіді чи співзвучні (народ-урод) реакції. Це зумовлено специфічністю розладу мислення, зокрема, асоціаціями за співзвучністю – римуванням слів.

**Методика Еббінгауза** схожа з асоціативним експериментом і слугує для оцінки стрункості та продуктивності мислення. Пацієнту (клієнту) пропонують заповнити порожні місця в розповіді:

*Став дід дуже старим. Ноги в нього не ..., очі не ..., вуха не ..., зубів не стало. І коли він їв, в нього текло з ... . Син і невістка перестали його за ... садити і давали йому ... за пічкою. Понесли йому разісти в ..., він хотів*

*її посунути, і кинув на ..., кружка і ... . Стали тут ... сварити старенького за те, що він все в ... псує і ... б'є.*

З метою оцінки цілеспрямованості мислення застосовують **методику проблема Евер'є**. Обстежуваному пропонується проаналізувати наступний уривок з тексту:

*Існують різні погляди на цінність життя. Одні вважають його благом, інші – злом. Правильно було б триматися середини, тому що, з однієї сторони, життя приносить нам менше щастя, ніж ми бажали б самі собі, з іншої сторони, – нещастя, яке ми маємо, завжди менше того нещастя, якого нам бажують в душі інші люди. Ця рівновага робить життя терпимим, вірніше, до певної міри справедливим.*

Досить чітко видно особливості зміни мислення тоді, коли застосувати методику аналізу **ніктограм**, котрі уможливають висновок про характер асоціацій досліджуваного (див. сторінку 35).

Патопсихологічні методики, що містять шкали самооцінки дають змогу оцінити **афективні розлади**. Серед них методики на визначення рівня тривоги (*шкала Спілбергера, Шихана*) і депресії (*Бека, Гамільтона*). У зв'язку з тим, що досліджуваний самостійно оцінює рівень власної емоційності, результати необхідно порівнювати з клінічними показниками. Їх використовують для оцінки ефективності терапевтичних заходів.

*Найважливішим для оцінки емоційних розладів є тест кольорових виборів Люшера*. За допомогою тесту можна визначити рівень стресу (тривоги). Тестові матеріали охоплюють набір карточок різного кольору (зазвичай використовується 8 кольорів). Обстежуваній людині пропонується розмістити карточки в міру зниження симпатії до кольору – на перше місце “найприємніший” колір на момент обстеження, на останнє – “небажаний”. Дослідження повторюється двічі. За кожним кольором зафіксовані певні параметри, що характеризують індивідуально-психологічні особливості людини. Люшер виокремив 4 базових кольори (*синій, зелений, червоний, жовтий* ) і 4 допоміжних (*фіолетовий, коричневий, чорний і сірий*), а також відмітив, що колір на першому місці

вказує на кольорові асоціації з основним способом дії, на другому – з метою, до якої людина прагне, на третьому і четвертому – емоційною оцінкою істинного стану речей, на п'ятому і шостому – з невикористаними в даний момент резервами, на сьомому і восьмому – з пригніченими потребами.

В афективній сфері синій відтінок асоціюється з чутливістю людини, підвищеною тривожністю і потребою в емоційному комфорті, спокої. Зелений – вказує на підвищену чутливість людини до оцінки її зі сторони навколишніх і критики. Червоний демонструє життєрадісність, оптимізм, розкутість почуттів. Жовтий – емотивність і екзальтованість, нетерплячість, нестійкість і відсутність глибини переживань, а також емоційну незрілість. Вибір фіолетового відтінку, як найбільш приємного, може тлумачитися як емоційна нестійкість, напруженість. Коричневий колір відображає тривогу з соматичними еквівалентами. Чорний колір – агресію, злобу. Сірий колір – втомлення, байдужість.

На основі методу кольорових виборів Люшера (МКВ) можлива оцінка рівня тривоги і стресу. Цей показник вираховується на основі перерозподілу основних і додаткових кольорів в ряді переваг виборів. Вважається, що розташування основного кольору на 6, 7, 8, позиції, так само, як і додаткового кольору на 1, 2, 3 позиції вказує на *стрес*. *Бали нараховуються так: для основних за 8 позицію 3 бали, за 7-му - 2, за 6-у - 1; для додаткових – за 1-у - 3, за 2-у - 2, за 3-у - 1. Максимальна кількість балів, що вказує на рівень стресу – 12.*

Крім того, можна оцінити *динаміку стресу*: наростання у випадку великої кількості балів у другому виборі кольорів, спад – на відсутність зростання у зворотних співвідношеннях.

***Патопсихологічна оцінка розладів свідомості і волі, зазвичай, не є визначальною в діагностичному процесі.***

Визначення рівня ***розладів інтелекту*** у вітчизняній клінічній психології і психіатрії містить як клінічну так і патопсихологічну оцінку.

При цьому перевага надається клінічній діагностиці. Але експериментально-психологічне тестування здатне уточнити характер і важкість зниження інтелекту. Найчастіше з цією метою використовується тест *прогресивних матриць Равена*. Він охоплює 60 завдань, що поділені на 5 серій. В кожній серії є зображення полотен з геометричним малюнком і матриці з пропущеною частиною. Досліджуваному пропонується віднайти закономірності в матрицях і підібрати з 6-8 запропонованих саме ту, якої не вистарчає до повного зображення. Від серії до серії завдання стають складнішими.

*Результати оцінюються* за кількістю правильно підібраних фрагментів до завдання. Виокремлюють *5 ступенів розвитку інтелекту за тестом Равена*:

*I ступінь* – більше 57 правильних відповідей (балів), тобто більше 95% – особливо розвинутий інтелект.

*II ступінь* – від 45 до 57 балів (75-94%) – інтелект вищий за середній.

*III ступінь* – від 15 до 45 балів (25-74%) – інтелект середній.

*IV ступінь* – від 3 до 15 балів (5-24%) – інтелект нижчий за середній.

*V ступінь* – менше 3 балів (5%) – інтелектуальний дефект.

Вважається, що рівень *30 балів* є для повнолітньої особи умовною межею між оцінкою інтелекту як «норма» та «розумова відсталість».

Також широко поширена *методика Д. Векслера*. Цей тест використовується з метою диференціації здорових і «розумово незрілих» дітей, виявлення особливостей розумової діяльності школярів із затримкою психічного розвитку та виокремлення чинників їхньої академічної неуспішності. Існує спеціально адаптований тест до умов нашої країни, що дає змогу дослідити розумовий розвиток дітей від 5 до 16 років. Перевага тесту в тому, що за допомогою нього можна отримати інформацію не тільки про *загальний рівень інтелекту*, а й про специфіку структури останнього. Це уможлиблюється внаслідок поєднання субтестів, що слугують для дослідження вербальних і невербальних (наочних) – в

дитячому варіанті 12 інтелектуальних характеристик, ступінь вираження яких оцінюється за 20-бальною шкалою. Відтак з'являється змога встановити, які аспекти інтелектуальної діяльності у дитини сформовані гірше, за рахунок яких можлива компенсація, а також уможлиблюється порівняння індивідуальних досягнень з середніми нормами і результатами багатьох дітей.

В основу методики покладено уявлення, що інтелект це не лише здатність оперувати символами, абстрактними поняттями, логічно мислити, а й орієнтуватися в обставинах, вирішувати завдання з конкретними предметами. Завдяки тому, що методика складається з вербальної шкали і шкали дії (невербальної) можна отримати три прикінцеві статистичні оцінки: загальну, вербальну і невербальну – з відповідними показниками інтелекту.

*Вербальна шкала складається із 6 завдань:*

- завдання на загальну обізнаність містить 30 запитань і виявляє запас знань, пам'ять на окремі події та інтереси;
- завдання на загальне розуміння складається з 14 проблемних ситуацій, які визначають обсяг практичних компетентностей, а також здатність оцінити і використовувати життєвий досвід;
- арифметичні завдання – серія завдань зростаючої складності, що характеризує вміння оперувати числовим матеріалом, здатність зосереджувати увагу і короткотривалу пам'ять;
- завдання на встановлення подібності між поняттями складається із 12 пар слів, спрямованих на оцінювання здатності до утворення понять;
- “словник” – список із 40 слів зростаючої складності, значення яких мають бути визначені;
- завдання на фіксацію у пам'яті ряду цифр від 3 до 9 в прямому і зворотному порядку характеризує ментальне відтворення чи короткотривалу пам'ять.

*Шкала діяльності також складається із 6 завдань:*

- завдання на доповнення картинок, зосереджується на 20 рисунках, в кожному з яких немає однієї з істотних деталей – назва цієї деталі характеризує вміння відділити головне від другорядного;

- завдання на розміщення картинок: 1 із 7 серій картинок подана у випадковому порядку. Треба їх розмістити за порядком логічної послідовності, що відображає динаміку подій. Оцінюється здатність розуміти ситуацію в цілому, тобто встановлювати причинно-наслідкові зв'язки;

- “складання фігур з кубиків” – відповідно до зразків, що ускладнюються; це виявляє аналітико-синтетичну здатність і можливість просторової координації та інтеграції;

- завдання “складання об'єктів” полягає в тому, що з окремих частин треба скласти фігуру людини, коня, автомобіля чи обличчя, тобто за частковою інформацією створити ціле із свободою вибору рішення;

- завдання на координацію здійснюється за допомогою низки трикутників, розділених навпіл. Воно розраховане на розпізнавання зв'язку між певною цифрою і фігурою, що виявляє здатність до навчання і засвоєння нового;

- “лабіринти” – знаходження правильного шляху в лабіринтах, що стають складнішими; завдяки цьому оцінюється просторова уява.

Виконання кожного завдання оцінюється окремо, що уможливорює подання якісної характеристики психічних функцій. При цьому береться до уваги способи виконання різних проб. Різноманітність завдань сприяє оцінці тих здібностей, на виявлення яких не впливає навчання. Наявність шкали дії дає змогу досліджувати дітей з розладами слуху і мовлення.

*Розподіл дітей з різними інтелектуальними показниками:*

141-170 – розумова обдарованість;

111-140 – підвищені розумові здібності;

91-110 – розумова норма;

71-90 – знижені розумові здібності;

30-70 – розумова відсталість.

Дослідження *індивідуально-психологічних особливостей людини* можливе з використанням сукупності тестів, що слугують для оцінки властивостей темпераменту, характерологічних рис та її особистісних особливостей. До основних способів оцінювання інтегративних особистісних і характерологічних особливостей, а також уточнення клінічних симптомоконплексів належить **Міннесотський багатопрофільний опитувальник особистості (MMPI)**. З його допомогою можна уточнити клінічно виявлені феномени особливостей особистості пацієнтів з психічними розладами. Також можна аналізувати приховані індивідуальні тенденції і психопатологічні переживання. Опитувальник складається з *трьох шкал для оцінки і 10 клінічних шкал*. Кожна шкала здатна виявити психологічні особливості, психопатологічні симптоми і синдроми. Умовною межею є рівень 70 Т.

*Перша клінічна шкала (невротичного над-контролю / іпохондрії)* дає змогу оцінити такі особливості особистості, як схильність до контролю своїх емоцій, орієнтацію в поведінці на традиції, загальноприйняті норми, гіпер-соціальність установок. При перевищенні рівня 70 Т шкала вказує на зосередженість уваги людини на внутрішніх відчуттях, схильності до перебільшення важкості свого стану, іпохондрію.

*Друга шкала (депресії)* відображає рівень зниження настрою, песимізм, смуток, пригніченість власним становищем, бажання втекти від вирішення складних життєвих ситуацій. Перевищення рівня 70 Т вказує на клінічно виражену депресію, почуття суму, безперспективності, думки про смерть та наміри скоїти самогубство.

*Третя шкала (емоційної лабільності / істерії)* вказує на нестійкість фону настрою, схильність до драматизації подій, надчутливість. Показники, що вищі за 70 Т виявляють істеричні риси поведінки – демонстративність, “жадобу визнання”, егоцентризм, екзальтованість, інфантильність.

*Четверта шкала (соціальної дезадаптації / психопатії)* слугує для визначення і підтвердження таких рис як схильність до імпульсивності, конфліктності, неврахування об'єктивних обставин та орієнтація на бажання, а не на реальність. Показник вищий за 70 Т демонструє ознаки соціальної дезадаптації, конфліктність, агресію, імпульсивність і втрату контролю за власною поведінкою.

*П'ята шкала (мужності / жіночості)* вказує на властивості, характерні тій чи іншій гендерній ролі.

*Шоста шкала (афективна ригідність / паранойя)* реєструє такі риси, як загострення на негативних переживаннях, образливість, схильність до прямої в спілкуванні, практичність, догматизм. Більше за 70 Т ознака переважання в людини надцінних чи маячних ідей з почуттям власної неповноцінності, відчуття ворожості зі сторони навколишніх.

*Сьома шкала (тривоги / психастенії)* демонструє наявність психастенічних рис характеру, тривоги, зацикленості, схильності до утворення нав'язливих ідей, а при перевищенні рівня 70 Т дезорганізації поведінки в результаті цих особливостей.

*Восьма шкала (індивідуальності / аутизму / шизофренії)* відображає такі риси особистості, як: нетиповість ієрархії цінностей, відсторонення від навколишніх, індивідуалізм, важкість в спілкуванні. Перевищення рівня 70 Т вказує на значний розлад поведінки, зниження «усвідомлення» реальності, схильність до аутичного типу мислення.

*Дев'ята шкала (оптимізму / песимізму) і десята (інтра / екстраверсії)* здійснюють оцінку рис особистості як в нормі так і при патології психіки.

**Неврози визначають** невротичне спрямування профілю – переважають показники перших трьох шкал. Помітне підвищення за 7 шкалою.

**Істерія** – профіль особистості набуває вигляду “конверсійної п’ятірки”: при підвищенні трьох шкал невротичної тріади, переважає 1 і 3, а 2 розташовується нижче, утворюючи букву V.

**Психопатія** – підвищення за 4 шкалою.

**Психози** – підвищення шкал (4, 6, 8, 9). Крім того, виокремлюють астенічний і стеничний типи профілів. У першому випадку – підвищення за 2, 7 шкалами; у другому випадку – за 4, 6, 9.

**Депресивний синдром** відображається піками за 2, 7, 8 шкалами і за 9 шкалою (негативним піком).

**Маніакальний синдром** відображається піками за 9, 4 шкалами і зниженням за 2 і 7 шкалами.

### ЛЕКЦІЯ № 3

**Тема: Патопсихологічне обстеження дітей дошкільного та шкільного віку**

#### План:

1. Патопсихологічне обстеження дітей дошкільного віку.
2. Патопсихологічне обстеження дітей шкільного віку.

**Діагностика особливостей пізнавальної сфери:** в центрі уваги аналіз виконання окремих завдань як відображення психічної діяльності дитини. Важливим є не стільки результат, скільки можливість організації діяльності для виконання завдання. Враховують:

- рівень організації і контролю за діяльністю дитини дорослим;
- розуміння інструкції;
- здатність до організації цілеспрямованої поведінки, особливо у випадках, коли не задана мета;
- розуміння невідповідності отриманих результатів до тих, що очікувалися;
- вибір дії чи системи дій для досягнення результату і виправлення помилок (див. таблицю 2)

Таблиця 2

#### Методи патопсихологічної діагностики дошкільнят

Сфера психічної діяльності, в якій помітні зміни	Патопсихологічна методика
1	2
<b>Оцінка можливості вибору системи дій для досягнення результату, що репрезентований у сприйманні, здатність до організації доцільної поведінки і самоконтролю за процесом виконання, здатність виконувати просторове розмежування, співвідносити результати з метою, правильно орієнтуватися, виправляти помилки.</b>	Завдання з кубиками Завдання з кубиками Коса

1	2
<b>Оцінка розвитку у дитини уявлень про форму і можливість організації дій відповідно до цих уявлень, здатність виконувати сенсорне диференціювання, впізнавати прості геометричні фігури, сприймати і відтворювати їх, розуміти співвідношення частини і цілого.</b>	Дошки Сегена
<b>Оцінка розуміння і співвідношення предметів</b>	Збирання пірамідки Складання різних за розміром циліндрів Складання різних за розміром кіл Складання мотрійки
<b>Оцінка можливості виконання завдання з предметами побуту</b>	Користування посудом, одягом, ляльками тощо
<b>Оцінка розвитку у дитини здатності створювати групи предметів за конкретно-функціональною ознакою, заданою вербально, і розуміння функції слів</b>	Завдання з картинками
<b>Оцінка розуміння мови</b>	Розповідь дитини на тему (наприклад, що треба робити, коли хочеш їсти...)
<b>Оцінка уваги</b>	Знайти карточки з аналогічним зображенням, яке демонструється
<b>Оцінка пам'яті</b>	Виконати декілька дій по чергово (наприклад, встати з крісла, обійти стіл навколо, взяти книжку, піти з нею до дверей, постукати у двері, відкрити їх, закрити і повернутись назад....)
<b>Оцінка специфічних проявів емоційно-вольової сфери</b>	Труднощі при встановленні контакту Реакція на невдачу
<b>Оцінка розвитку інтелекту</b>	Відсутність реакції на зауваження
<b>Оцінка відсутності (наявності) церебральних розладів</b> <b>Оцінка наявності органічного збудження</b> <b>Оцінка інертності психічних процесів</b>	Рухова розгальмованість  Активна відмова від виконання завдання Пасивна відмова від виконання завдання

**Завдання з кубиками.** Дитині пропонують 10 кубиків, розміром 8 см<sup>3</sup>. Показують побудовану з кубиків “башту”, “потяг”, “міст”. Виявляють максимальні здібності дитини. Дітям 4 років пропонують виконати простіше завдання з кубиками **Коса**, копіюючи зі зразка, що виконаний на папері в натуральну величину.

*нормативи:*

- 15 міс – будує вежу з 2 кубиків, тримає 2 кубики в одній руці;
- 18 міс – будує вежу з 3-4 кубиків;
- 2 роки – будує вежу з 8 кубиків, будує (після демонстрації) поїзд без труби;
- 2.5 роки – будує вежу з 8 кубиків, будує (після демонстрації) поїзд, додає трубу;
- 3 роки – будує вежу з 9 кубиків, копіює з моделі поїзд, будує (після демонстрації) міст;
- 3.5 роки – копіює міст з моделі, виконує найпростіші завдання з кубиками **Коса**, копіює зразок на кубиках такого ж розміру;
- 4 роки – будує (після демонстрації) ворота, виконує найпростіші завдання з кубиками **Коса**, копіює із зразка, виконаного на кубиках такого ж розміру;
- 4.5 роки – копіює ворота з моделі, виконує найпростіші завдання з кубиками **Коса**. Копіює зразок, виконаний на папері в натуральну величину, і трохи складніші – із зменшеного зразка з позначеною межею між кубиками;
- 5 років – може побудувати драбину за моделлю, будує будинки з кубиків. Виконує найпростіші і складніші завдання з кубиками **Коса**, копіюючи зразок, виконаний на папері у зменшеному розмірі.

Завдання навчають вибирати систему дій для досягнення результату, що репрезентований у сприйманні, формують здатність до організації доцільної поведінки і самоконтролю за процесом виконання, допомагають

виконувати просторові диференціювання та поєднувати результати з метою правильного орієнтування, а також виправляти помилки.

**Завдання з геометричними формами.** Запропонуйте дитині для виконання методичку *“Дошки Сегена”*. Розпочинають із складання трьох перших фігур (коло, трикутник, квадрат). Насамперед слід продемонструвати дитині зібрану дошку, яка потім на очах у дитини *“ламається”*. Малюка просять її *“полагодити”*, знайти для кожного шматочка своє місце так, щоб стало все рівненько і гладенько.

*Нормативи:*

- 15 міс – вкладає коло без демонстрації;
- 18 міс – виконує завдання з найпростішою дошкою Сегена, вкладає коло, а на нього дві інші фігури;
- 2 роки – виконує завдання з найпростішою дошкою Сегена, розміщує всі 3 блоки, робить не більше 4 помилкових спроб;
- 2.5 роки – збирає 2 прості дошки Сегена;
- 3 роки – збирає окремі фігури з елементів;
- 3.5 роки – збирає більш складні дошки Сегена, але після того, як зібрані окремі фігури з шматочків;
- 4 роки – може скласти квадрат з 2 половинок, коло – з 4 рівних частин, збирає 3 з 4 дошок Сегена, найважчу збирає без попередньої роботи з окремими фігурами;
- 5 років – виконує всі завдання.

Завдання виявляє такі аспекти: рівень розвитку у дитини уявлень про форму і можливість організації дій відповідно до цих уявлень; здатність виконувати сенсорне диференціювання; впізнання простих геометричних фігур, сприйняття і відтворення їх; розуміння співвідношення частини і цілого.

**Завдання із співвідношення предметів.** Запропонуйте дитині завдання, для виконання яких треба врахувати розмір предмету: збирання пірамідки, складання різних за розміром циліндрів, кіл, мотрійки.

*Нормативи:*

- 1 рік – знімає кільця з пірамідки;
- 15 міс – намагається нанизати кільця пірамідки;
- 18 міс – збирає пірамідку без врахування розміру кільця;
- 2 роки – вкладає один предмет в інший, розгублюється, коли предметів багато;
- 2.5 роки – добре вкладає циліндри і кільця працюючи методом проб і помилок, може вкласти 2 мотрійки одну в другу;
- 3 роки – виконує завдання на вкладання, орієнтуючись на розмір; намагається будувати вертикальні моделі; за допомогою дорослого вкладає 4 мотрійки, збирає пірамідку з врахуванням розміру кільця;
- 3.5 роки – складає вертикальні моделі, сам себе коректує, орієнтується на розмір, збирає 5 мотрійок, збирає пірамідку.

Завдання демонструє здатність організувати і здійснити систему доцільних дій, визначити помилки і виправити їх, вияснити розуміння завдань і шляхи вирішення методом проб і помилок, зорове порівняння і диференціацію розмірів.

**Завдання з предметами побуту.** Показати дитині відповідний предмет, і попросити її виконати з ним дію (або ж запитати у батьків).

*Нормативи:*

- 15 міс – підносить ложку до рота, добре п'є з чашки, може витягнути з пляшечки таблетку, малює каракулі олівцем, виявляє цікавість до книги;
- 18 міс – скидає рукавички, шкарпетки, листає книгу, перегортає разом 2-3 сторінки, вказує на картинки, їсть самостійно густу їжу, вміє відтворювати дії, коли на очах дитини сховати іграшку, знаходить її;

■ 2 роки – запускає дзигу, встромляє ключ в замок, повертає ручку дверей, натискає на кнопку дзвінка, годує і колише ляльку, возить машинку, листав книгу (кожну сторінку окремо), сам одягає шкарпетки, туфельки, штанці;

■ 2.5 роки – будить ляльку, одягає, годує, водить на прогулянку (копіює дорослих), самостійно одягається, не вміє зашнурувати взуття і заціпати гудзики;

■ 3 роки – копіює багато дій дорослих, одягається самостійно, заціпає гудзики, зав'язує шнурівки з допомогою дорослого.

**Завдання з картинками.** Покажіть дитині набір карток із зображенням різнокольорових геометричних фігур. Попросіть поділити на групи (кола, трикутники, квадрати). Потім покладіть кольорові фігури і попросіть розмістити їх окремими групами.

*Нормативи:*

■ виконується повністю в 3.5 роки.

Демонструє здатність дитини до сортування за формою і кольором.

Покажіть дитині набір карточок, де зображено один предмет (коло, хлопчик, котеня) і карточки з декількома тими ж предметами. Попросіть показати, де зображений лише один предмет, два тощо.

*нормативи:*

■ виконання в 3.5 роки.

Завдання показує розуміння кількісного співвідношення.

Покажіть дитині карточки, де зображені тварини, люди, одяг, транспорт, їжа, посуд... . Підберіть разом з дитиною картинки, які можна віднести до однієї групи, визначивши: ці речі можна одягнути. Попросіть дитину самостійно поділити речі на групи.

*Нормативи:*

■ 3.5 роки – здійснює підбір предметів, адекватних до конкретної ситуації після 2-3 показів;

■ *4 роки – швидко розмежовує всі групи.*

Це завдання демонструє розвиток у дитини здатності створювати групи предметів за конкретно-функціональною ознакою, котра завдана вербально, а також вказує на розуміння функції слів.

Покажіть дитині картинки із зображенням знайомих предметів і дій (ложка, пташка, ліжко, книжка, дитина одягається, миється). Запитайте: “що хлопчик робить?”

*нормативи:*

■ *3 роки – впізнає картинки і дії, що на них зображені, орієнтується в часі дії;*

Завдання демонструє розвиток здібності розуміти заміщення реальних речей моделями, впізнавати замінені речі.

**Завдання на розуміння мови:** Запитайте дитину, що треба зробити, коли хочеш спати, коли холодно, коли хочеш їсти. Дитина має розповісти.

*Нормативи: 4 роки – пояснює за допомогою слів.*

Завдання допомагає вяснити загальну обізнаність дитини.

**Оцінка уваги** Дитині пропонують знайти серед розміщених на столі карточок із зображенням знайомих предметів (30-40 карточок) карточку з аналогічним зображенням до того, яке демонструється. Дитину спочатку запитують, що зображено на картинці, потім просять знайти таку ж саму. Коли завдання виконане правильно, картинку забирають і пропонують іншу.

*Нормативи:*

■ *3 роки – дитина знаходить 5-6 зображень із 10;*

■ *3.5 роки – 8-10 зображень із 10, повторює вголос слово, що означає зображення, шукає, спираючись на словесне визначення;*

■ *4 роки – виконує всі завдання.*

**Оцінка пам'яті.** Попросіть дитину виконати декілька дій по черзі: встати з крісла, обійти стіл навколо, взяти книжку, піти з нею до дверей, постукати в двері, відкрити їх, закрити і повернутись назад.

*Нормативи:*

- 18 міс – виконує 3-4 дії;
- 2.5 роки – виконує 4-5 дії;
- 3.5 роки – виконує 5-6 дії;
- 4.5 роки – виконує всі дії.

Попросіть дитину розповісти з ким вона живе вдома, що вона їла на сніданок, на обід, назвати прізвище і повторити фрази: “Його звали Іван”, “Шура почула гудок і побачила поїзд”, “Влітку в лісі багато грибів”, а потім повторити: 4-7-1; 3-8-6; 2-5-9; і 3-4-1-7; 6-1-5-8; 7-2-9-6.

*Нормативи:*

- 2.5 роки – називає своє ім'я, прізвище, частково відповідає на запитання;
- 3 роки – добре відповідає на запитання, повторює просту фразу з 6-7 слів і 3 цифри;
- 4 роки – повторює 4-5 цифр і складні фрази.

### **Специфічні прояви емоційно-вольової сфери**

Ускладнення при встановленні контакту є у дітей з підвищеним рівнем тривожності, загальмованістю, невротичними реакціями. Відхід від контексту прослідковується у дітей з аутизмом. Легкість контакту, що поєднується з поверхневим розумінням – інтелектуальний недорозвиток.

*Відсутність реакції на схвалення.* Дитина або не розуміє значення схвалення, або байдужа до оцінки дорослого. Різке поліпшення результативності після схвалення властиве дітям з неврозом, що пояснює зниження емоційної напруги.

*Відсутність реакції на зауваження* свідчить про зниження інтелекту (дитина не розуміє значення зауваження), або про розбещеність, коли обмеження та вказівки не діють для дитини.

*Реакція на невдачу.* В нормі діти самі помічають свої невдачі, і відреагувавши висловами «Ой! Не так!» переробляють завдання, намагаючись досягти правильного результату.

*Коли дитина починає хаотично перебирати варіанти рішень (після вказівки дорослого)* це свідчить про невроз. Невиправдано гучний сміх або плач спостерігається у дітей з невротичними реакціями, або у розбещених дітей.

*Рухова розгальмованість* свідчить про наявність мінімальних мозкових і церебральних розладів. Це виражається в тому, що дитина починає швидко і неадекватно маніпулювати з предметами, втрачає мету дій і не доводить завдання до завершення.

*Активна відмова від виконання завдання* (після зіштовхування з труднощами) у формі агресивних дій, що руйнують експериментальну ситуацію. Такий тип реакції наявний при органічному збудженні чи патологічних особливостях характеру.

*Пасивна відмова від виконання завдання* (коли дитина мовчки припиняє виконання завдання і не робить спроб виправити помилку) трапляється в дітей з інертністю психічних процесів (коли дитина розуміє помилку, але не може виконати завдання правильно, довго роздумує, що робити далі).

*Коли дитина постійно звертається до дорослого, весь час запитуючи чи правильно вона виконує завдання, то це може бути ознакою незрілості, або результатом неправильного виховання за типом гіперопіки.*

**Шкільний психолог**, котрий працює з 6-7 літніми хлопчиками та дівчатками, має, насамперед, *визначити рівень готовності дитини до навчання в школі.* Проблема визначення шкільної зрілості актуальна і для першокласників, якщо в процесі навчання виявиться, що вони не

встигають опанувати навчальну програму. Для вказаного контингенту дітей обстеження доцільно розпочинати з таких методів оцінки рівня шкільної зрілості (див. таблицю 3).

Таблиця 3

**Методи патопсихологічної діагностики школярів**

<b>Сфера психічної діяльності, в якій помітні зміни</b>	<b>Патопсихологічна методика</b>
<b>1</b>	<b>2</b>
<b>Оцінка рівня (ступеня) готовності дитини до навчання в школі</b>	тест шкільної зрілості Керна-Йірасека
<b>Оцінка уваги, темпу сенсомоторних реакцій, стану працездатності</b>	таблиці Шульте методика П'єрона-Рузена (фігурки зі значками за зразком) коректурна проба рахунок за Крепеліним методика Мюнстерберга
<b>Оцінка інертності психічних процесів</b>	таблиці Шульте-Горбова
<b>Оцінка процесів зорового сприймання (рівень сформованості оптико-просторових уявлень)</b>	впізнавання силуетних, контурних, незавершених, перекреслених, або накладених один на один малюнків
<b>Оцінка пам'яті</b>	тест десяти слів зорової (картинки) пам'яті слухової (слова) пам'яті пiктограма (11-12 років)
<b>Оцінка ролі мислення в процесах пам'яті (опосередкованого запам'ятовування)</b>	методика 10 пар слів пiктограма (11-12 років)
<b>Оцінка рівня наочно-дійового мислення</b>	кубики Коса прогресивні матриці Равена
<b>Оцінка рівня процесів узагальнення та абстрагування, послідовності суджень</b>	методика класифікації методика вилучення предметів методика створення аналогій
<b>Оцінка сформованості словесно-логічного мислення</b>	методика розповіді з підтекстом (прихованим значенням) методика за оповіданням "Ліки" (К. Ушинського)

1	2
<b>Оцінка розуміння змісту сюжетних картин</b>	опис персонажів і їхніх дій за малюнками методика послідовності подій
<b>Оцінка розуміння переносного значення тексту</b>	використовують притчі, приказки, метафори
<b>Оцінка розвитку інтелекту</b>	тест Д. Векслера шкала інтелекту Біне-Сімона шкала розвитку Гезелла

Використовуючи ці методики психолог оцінює рівень розвитку довільної уваги, саморегуляції – здатність діяти за встановленими правилами, «міру» розвитку сенсомоторних зв'язків та тонкої моторики кисті, недоліки в розвитку мовлення, зорово-просторову орієнтацію.

Тест *шкільної зрілості Керна-Йірасека* має розроблені нормативи та може використовуватись як індивідуально, так і в групі, а також не потребує багато часу на проведення.

Тест містить три завдання, спрямовані на визначення розвитку тонкої моторики кисті, координації зору і рухів руки (вміння необхідні в школі для оволодіння письмом); окрім того, тест визначає (в загальних рисах) розумовий розвиток дитини (малювання фігури людини):

- \* малювання фігури людини;
- \* змалювання рукописних літер (фраза “він їв суп”);
- \* змалювання заданих груп крапок.

Якість виконання кожного завдання оцінюється за п'ятибальною шкалою (1 – найкращий, а 5 – найгірший бал), далі підраховується загальна сума балів.

Розвиток дітей, які одержали в загальній сумі від 3 (трьох) до 6 (шести) балів вважається вищим за середній; від 7 (семи) до 11 (одинадцяти) – середній; від 12 (дванадцяти) до 15 (п'ятнадцяти) – нижчий за норму.

Діти, які отримали оцінку за тест 12-15 балів потребують додаткового поглибленого обстеження з метою виявлення осіб з особливими потребами (з дефектом (розладами) інтелекту).

Без поглибленого вивчення дітей неможна вважати, що вони мають розлади інтелекту або шкільну незрілість, оскільки незадовільний результат тесту не є достатньою підставою для висновку про шкільну зрілість з прогнозом низької успішності в школі.

*Причинами незадовільного виконання тесту можуть бути не лише низький рівень інтелектуального розвитку, а й слабкий розвиток довільності дій, що відображається на якості виконання нецікавого завдання та нерозвиненість сенсомоторних координацій і тонкої моторики кисті.*

Також обмеженість методики зумовлюється невикористанням в ній вербальних субтестів, які б уможливили висновок про розвиток логічного мислення.

За своїм змістом субтести «змалювання рукописних літер» і «змалювання заданих груп крапок» спрямовані на виявлення *вміння наслідувати запропонований зразок*. Водночас, вони дають змогу встановити чи може дитина зосереджено працювати певний час над виконанням не дуже цікавого завдання.

*Інструкція до виконання першого завдання тесту – «Тут намалюй дядю (мужчину) як вмієш».*

Для виконання наступних двох завдань використовується зворотна сторона аркуша, розділена завчасно на дві частини горизонтальною лінією.

Друге завдання полягає в змалюванні зі спеціальної карточки фрази типу «він їв суп». Вертикальний розмір букв повинен бути 1 (один) сантиметр, перша літера – 1.5 (півтора) сантиметри.

*Інструкція до виконання другого завдання тесту – «Дивись, тут написано дещо. Ти ще не вмієш писати, отож, спробуй це змалювати.*

Добре подивись, як тут написано та у верхній частині аркуша (вказати де) напиши так само».

Третє завдання тесту полягає у змальовуванні заданих груп крапок зображених на окремій картці. Відстань між крапками по вертикалі та горизонталі становить один сантиметр, діаметр кожної крапки 2 (два) міліметри. Крапками утворений п'ятикутник із гострим кутом спрямованим донизу.

*Інструкція до виконання третього завдання – «Тут намальовані крапки. Спробуй сам намалювати так само в нижній частині листка (вказати де)».*

### **Оцінка результатів тесту:**

#### ***Малюнок чоловічої (людської) фігури*** (малюнок 1):

1 бал – у фігури, яку намалювала дитина, мають бути голова, тулуб, кінцівки. Голову з тулубом з'єднує шия (вона має бути не більша, ніж тулуб). На голові має бути волосся (можлива шапка, капелюх), вуха. На обличчі – очі, ніс, рот. Верхні кінцівки мають завершуватись рукою, на якій п'ять пальців. Ознаки чоловічої одежі.

2 бали – виконання всіх вимог, що існують для оцінки 1 бал. Можлива відсутність трьох частин тіла – шия, волосся, один палець на руці, але на обличчі мають бути всі частини (деталі) зображені.

3 бали – у фігури на рисунку мають бути голова, тулуб, кінцівки. Руки та ноги мають бути намальовані двома лініями. Відсутні – шия, вуха, волосся, одежа, пальці на руках, ступні ніг.

4 бали – примітивний рисунок голови з кінцівками. Кінцівки (достатньо лише однієї пари) зображені однією лінією.

5 балів – каракулі. Відсутнє ясне зображення тулубу та кінцівок.

#### ***Змалювання рукописних літер*** (малюнок 2):

1 бал – фразу, яку змалювала дитина, можна прочитати. Літери можуть бути більшими у два рази, ніж на зразку. Літери утворюють три слова. Стрічка має нахил від прямої лінії не більше, ніж на 30%.

2 бали – речення можна прочитати. Літери за величиною близькі до зразка та не обов'язково рівні.

3 бали – літери мають бути розділені не менше, ніж на дві групи. При цьому можна прочитати хоча би 4 (чотири) літери.

4 бали – зі зразком мають бути подібними хоча би 2 (дві) літери, а все написане зберігає видимість письма.

5 балів – каракулі.

***Змальовування заданих груп крапок*** (малюнок 3):

1 бал – зразок точно відтворено. На рисунку зображені крапки, а не кружки. Дотримується симетрія фігури за горизонталлю та вертикаллю. Можливе зменшення чи збільшення фігури але не більше, ніж на половину.

2 бали – можливе незначне порушення симетрії. Одна крапка може виходити за межі стовпчика чи стрічки. Допустиме зображення кружків замість крапок.

3 бали – група крапок незначно схожа на зразок. Можливе порушення симетрії всієї фігури. Зберігається подібність п'ятикутника, що повернутий вгору чи вниз вершиною. Можлива менша чи більша кількість крапок (не менше 7 (семи) та не більше 20 (двадцяти)).

4 бали – крапки розміщені разом, їх група нагадує геометричну фігуру. Величина та кількість крапок не має значення. Інше зображення, наприклад лінії, недопустиме.

5 балів – каракулі.

***Критерієм рівня функціональної готовності до навчання в школі є відповідність дитини таким показникам:***

1. Результати виконання тесту Керна-Йі(є)расека та однієї з інших проб.
2. Характер звуковимови.
3. Результати виконання мотометричного тесту «вирізання кола».

**Дослідження чистоти мовлення** (наявність чи відсутність дефектів звуковимови). Для цього дитині потрібно вголос назвати предмети, що зображені на картинках. Предмети мають підібратися так, щоб у їхній назві зустрічалися звуки, що належать до таких груп:

- а) сонорних: Р – тверде чи м'яке, Д – тверде чи м'яке;
- б) свистячих: С – тверде чи м'яке, З – тверде чи м'яке;
- в) шиплячих – Х, Ш, Ч, Ц.

Картинки чи малюнки слід добирати так, щоб кожен із зазначених звуків зустрічався на початку, в середині та в кінці слова, наприклад:

1. Рак-відро-сокира; ріка-гриб-фонар;
2. Лопата-білка-крісло; лійка-олень-сіть;
3. Сито-гуси-лось;
4. Заєць-коза-віз; зима-газета-витязь;
5. Жук-лижі-ніж.

Можливе використання інших слів із збереженням принципу їхнього добору. Під час проведення дослідження фіксуються всі дефекти у вимові звуків. Наявність дефекту у вимові хоча би одного звуку вказує на *невиконання завдання*.

**Мотометричний тест «вирізання кола».** Дитина отримує карточку з цупкого паперу на якій зображено 7 (сім) кіл, що вписані одне в друге. Середнє коло має бути зображене потовщеною лінією (малюнок 4). Дитині дають гострі ножиці та пояснюють (*інструкція до тесту*) – «треба вирізати коло по середній (потовщеній) лінії». Робота виконується правою рукою.

Після того, як дитина дорізала карточку до потовщеної лінії кола, фіксується *час початку роботи*.

*Оцінка результатів тесту:*

Впродовж хвилини дитина має вирізати не менше 8/9 кола. Відхилення від лінії, що зображена «жирно» допускається 2 (два) рази,

коли дитина перерізує одну тонку лінію та 1 (один раз), якщо перерізані дві тонкі лінії.

Дозволяється виконання тесту два рази. Тест *вважається невиконаним* (позначається « - »), коли перевищений час, відведений на його виконання (1 (одна) хвилина) та коли допущена більша кількість помилок.

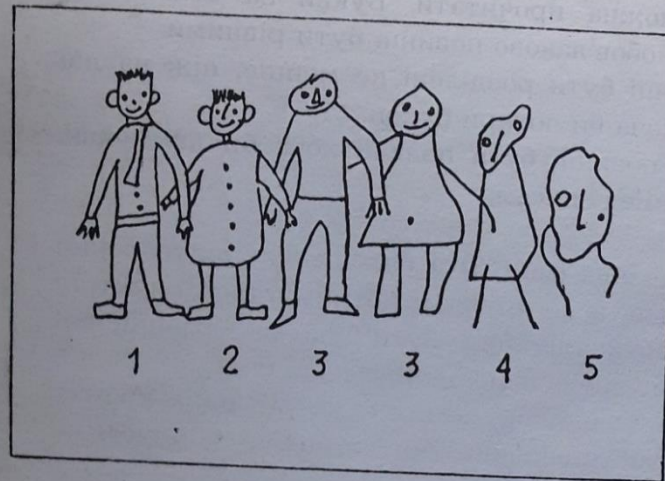
**Комплексна оцінка результатів:** Дитина вважається готовою до навчання в школі, якщо вона отримує в сумі 3-9 балів за тест *Керна-Йі(є)расека* та має *позитивний результат «+»* за виконання хоча би однієї із двох інших проб.

**Обстеження уваги, темпу сенсомоторних реакцій і стану працездатності** проводиться традиційним методом: *коректурна проба, лічба за Крепеліним, додавання та віднімання чисел, пошук числа за таблицями Шульте, проби на переключення уваги.*

**Пошук чисел за таблицями Шульте** використовується для дослідження темпу сенсомоторних реакцій та особливостей уваги. Для дітей, які ще не засвоїли поняття числа, цифр, лічби, пропонується аналог – *методика П'єрона-Рузена*. Дитині дають бланк із 10 рядками різних фігур (10 у рядку), які треба заповнити різними значками за зразком.

Під час обробки результатів слід врахувати те, як дитина заповнює фігури, з якого часу розпочинає працювати, що фіксує без опори на зразок. Також фіксується час виконання завдання і кількість помилок. *Здорові діти 6-7 років заповнюють 100 фігур за 3-5 хвилин, допускаючи не більше 1 помилки.*

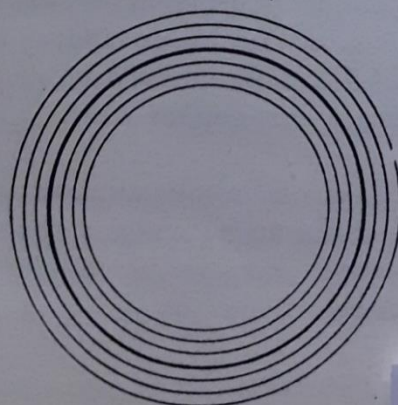
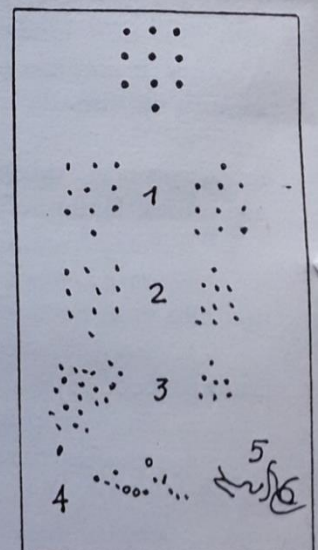
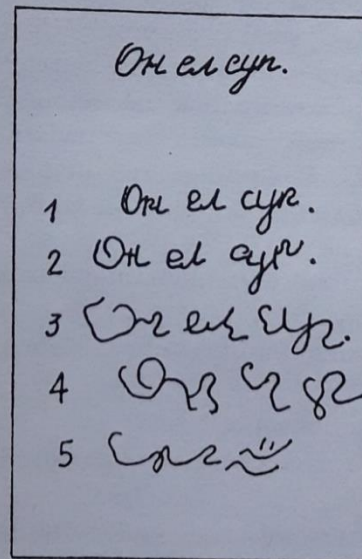
*Оцінюючи результати за таблицями Шульте, порівнюють час, затрачений на кожну таблицю. В нормі він не перевищує 1 хвилини. На основі результатів будується графік виснаження. Здорові обстежувані ведуть пошук чисел у таблицях рівномірно, іноді навіть прискорюючи темп. Якщо темп нерівномірний, то це свідчить про підвищену виснажливість. При*



Мал.1

Мал.2

Мал.3



Мал.4

гіперстенічному варіанті астенії “крива виснажливості” характеризується високим початковим рівнем, різким спадом і тенденцією до повернення до початкових показників. При гіпостенічному варіанті спостерігається неухильне зниження показників.

*Завдання на переключення уваги* використовується для визначення рухливості психічних процесів. Найчастіше з цією метою використовується таблиця *Шульте-Горбова*. Інертність психічних процесів діагностується в тому випадку, коли час, витрачений на цю таблицю, більше ніж у 2 рази перевищує той, що витрачений на таблицю Шульте.

*Дослідження процесів зорового сприймання* проводиться, зазвичай, в тому випадку, коли необхідно дослідити рівень сформованості у дитини оптико-просторових уявлень, котрі є однією з передумов засвоєння літер і цифр. Коли зорове сприймання змінене, впізнавання силуетних, контурних, незавершених, перекреслених, або накладених один на одного малюнків стає ускладненим.

*Дослідження процесів пам'яті Тест зорової пам'яті.* Показують картинки (на 2 секунди). Просять назвати, що зображено. Кількість малюнків – 30. Результати фіксуються. *Обсяг слухової пам'яті* визначається за допомогою спеціально підготовлених 2-х серій слів (по 30 слів). Слова промовляються з інтервалом у 2 секунди. В нормі діти запам'ятовують від 16 до 22 слів та 15-20 картинок.

*Особливості пам'яті: обсяг, динаміка активного запам'ятовування, залежність запам'ятовування від характеру матеріалу.* Перевірка того, що запам'ятовано – *запам'ятовування 10 слів*. Здорові діти після першої пропозиції фіксують у пам'яті 5-6 слів, а після третьої – 8-10. Через 30 хвилин, дитину просять повторити слова. В нормі дитина повторює всі, що були названі.

*Дослідження опосередкованого запам'ятовування* проводиться з метою виявити роль мислення в мнемонічних процесах. Дитині зачитують 10 пар слів, між якими є зв'язки за смыслом, наприклад: ріка - море; яблуко - груша. Потім зачитують перше слово, а дитина повторює друге.

*Методика піктограм для дослідження опосередкованого запам'ятовування* використовується для дітей, які старші 11-12 років.

Аналізуються не лише малюнки, а й пояснення дитини про те, чому вона так намалювала.

**Рівень інтелекту** – тест Д. Векслера, шкала інтелекту Біне-Сімона, шкала розвитку Гезелла.

Основним предметом психологічного обстеження мають бути *розумові здібності* дошкільника, молодшого школяра, старшого школяра. Для визначення *рівня цих здібностей* використовують *інтелектуальну шкалу Векслера* (Wechsler Intelligence Scale for children), яка призначена для осіб вікового діапазону 5-16 років.

**Інтелектуальна шкала Векслера** для дітей охоплює 12 (дванадцять) субтестів, розділених на дві рівні за чисельністю групи: вербальну (словесну) і невербальну (наочну).

До *субтестів вербальної групи* належать «загальна обізнаність», «загальне розуміння», «арифметичний субтест», «знаходження подібності», «словник», «відтворення цифрових рядів».

До *субтестів невербальної групи* належать «завершення картинок», «встановлення послідовності картинок», «складання орнаментів з кубиків», «складання фігур із розрізнених деталей», «кодування» і «лабіринти».

Тестування дітей 5-7 літнього віку (через тривалість активної уваги 15-20 хвилин) має відбуватися за скороченим часом обстеження (зменшити кількість використаних субтестів до чотирьох).

#### **Вербальна шкала:**

*Субтест «загальна обізнаність»* – використовується для визначення запасу відносно простих відомостей і знань. Дитині пропонується 30 (тридцять) запитань. Якщо, судячи із відповіді, неможливо визначити чи знає дитина те, що її запитують, просять розповісти «щось про це». Тестування припиняється після 5 (п'ятої) неправильної відповіді. Відповідь на кожне запитання оцінюється в 1 (один) або 0 (нуль) балів. Максимальна оцінка 30 балів.

Приклади тестових завдань і відповідей, що вважаються правильними:

1. Скільки в тебе вух? (Два, пара);
2. Як називається цей палець? (Показати на вказівний палець) (Вказівний);
3. Скільки ніг у собаки? (Чотири);
4. Від яких тварин ми отримуємо молоко? (Корова, коза, верблюд, кінь);
5. Що треба робити, щоб підігріти воду? (Поставити на плиту, нагріти).

**«Арифметичний» субтест** – використовується з метою оцінки зосередження уваги, легкості оперування числовим матеріалом. Тест охоплює 16 (шістнадцять) арифметичних завдань. Дитина має усно їх вирішити. Тестування припиняється після 3 (третьої) неправильної відповіді. Оцінюється не лише точність відповіді, а й час, за який дитина знайшла правильне рішення. Відповідь на кожне запитання оцінюється від 1 (одного) до 0 (нуля) балів. Проте, якщо виконуючи завдання, дитина спочатку помилилася, а потім виправила помилку і при цьому не вийшла за межі часу, що встановлені, то така відповідь оцінювалась у 0,5 балу. Максимально можлива оцінка за тест 16 балів.

Приклади тестових завдань і відповідей, що вважаються правильними:

1. Розмістити 9 (дев'ять) кубиків в ряд і порахувати їх (одночасно вказати пальцем). Час 45 секунд.
2. Розмістити 9 (дев'ять) кубиків в ряд і сказати: «Забери всі кубики окрім 4 (чотирьох). Залиш 4 кубики». Час 45 секунд.
3. Якщо розрізати яблуко навпіл, то скільки частин можна отримати? (Дві). Час 30 секунд.
4. У Галі було 4 (чотири) яблука. Мама дала ще 2 (два). Скільки всього яблук у Галі? (Шість). Час 30 секунд.

**Субтест «Встановлення подібності»** слугує для оцінки здатності до формування понять, класифікації, упорядкування, абстрагування, порівняння.

Насамперед пропонується **тест «Аналоги»**, що складається з чотирьох завдань. *Інструкція* – «Закінчи, будь-ласка те, що я зараз скажу»:

1. Лимони кислі, а цукор ... (солодкий).
2. Ти ходиш ногами, а кидаєш ... (руками, долонями).
3. Хлопчики виростають у мужчин, а дівчатка... (в жінок, тьоть, мам).
4. Ніж і осколок скла обидва ... (гострі).

Якщо дитина правильно виконала не менше 2 (двох) завдань, то переходимо до **тесту «Встановлення подібності»**. Тест містить 12 (дванадцять) пар понять. Необхідно встановити подібність між двома поняттями. Кожне запитання оцінюється від 2 до 0 балів, залежно від якості узагальнення відповіді – конкретного, функціонального, концептуального.

Критерії оцінок і зразки відповідей на тест:

I. Слива – персик

2 бали – відповідь вказує на те, що це фрукти;

1 бал – обидва їжа... обидва круглі (вказана форма);

0 балів – вони цінні... однакові на смак (смачні)...

II. Кіт – миша

2 бали – відповідь, в якій стверджується, що це тварини (чи живі істоти);

1 бал – мають чотири лапи ...мають очі (шерсть, вуха...);

0 балів – обидва їдять однакову їжу... бігають один за одним....

**Субтест «Словник»** – спрямований на вивчення вербального досвіду (розуміння та вміння визначати зміст слів). Цей тест охоплює 40 (сорок) слів. Перші 10 (десять) досить поширені, наступні 20 (двадцять) середньої складності, останні 10 (десять) слів високого рівня складності.

Відповідь за кожне слово оцінювалась від 2 до 0 балів. Є слова-виключення, що оцінюються лише 2 чи 0 балів. Максимальна оцінка 80 балів. Тестування припиняється після п'ятої неправильної відповіді.

*Інструкція* – «Поясни, будь-ласка, значення слів, які я буду називати».

Критерії оцінок і зразки відповідей на тест:

I. Велосипед

2 бали – те, на чому їздять... у нього є колеса, сидіння, педалі і руль ... машина, на якій ти їдиш та крутиш педалі;

0 балів – з нього падають ... тато купить мені... я буду гратися.

II. Подушка

2 бали – її кладуть в шафу на кухні і встромляють в неї голки ... мішок, заповнений ватою;

1 бал – наповнена ватою ... кладуть на кушетку;

0 балів – вона м'ягка.

***Невербальна шкала***

***Субтест «Завершення картинок»*** – спрямований на вивчення особливостей зорового сприймання, спостережливості, здатності відрізнити істотні деталі. Цей тест складається із 20 (двадцяти) картинок, на кожній з яких треба відшукати деталь, якої бракує (немає) чи якусь невідповідність. Картинки пронумеровані, з кожною наступною складність зростає.

Правильна відповідь (ліміт часу 15 секунд) оцінюється в 1 бал. Максимальна оцінка – 20 балів.

*Інструкція* – «Подивись на картинки. На кожній із них щось пропущене. Подивись пильно, і скажи, що».

Тестові малюнки та правильні відповіді:

а) гребінь (зубець, зубці);

б) стіл (ніжка);

в) лисиця (вухо);

- г) дівчинка (рот);
- д) кіт (вуса);
- е) двері (петля) і т.д.

**Субтест «Встановлення послідовності картинок»** – спрямований на визначення здатності до організації фрагментів у логічне ціле, розуміння ситуації та попередження події. Тест складається із 4 (чотирьох) завдань: «Собака», «Мама», «Поїзд», «Зважування».

Перші 3 (три) завдання у формі розрізаних картинок, а четверте – у вигляді серії послідовних картинок.

*Інструкція* – «Це малюнок. Його розрізали на частини. Попробуй скласти так, щоб отримати цілий малюнок».

Оцінка *першого завдання* – 2 бали за складання у правильному порядку з першого разу і 1 бал – із другого разу (ліміт часу 75 секунд). *Другого завдання* – ліміт часу 75 секунд. *Третього завдання* – 2 бали за правильно складений малюнок, 1 – бал – неправильно складений, чи з другого разу (ліміт часу 60 секунд).

Четверте завдання – пропонується лише в тому випадку, коли правильно виконані хоча би два перших. Оцінка 2 бали – за правильну послідовність картинок (ліміт часу 45 секунд).

**Субтест «Складання орнаментів з кубиків»** – слугує для вивчення сенсомоторної координації, спроможності до поєднання частин у ціле.

Для проведення цього тесту використовується набір із 9 (дев'яти) однакових кубиків. Кубики мають два кольори – червоний і білий. Межа між кольорами проходить по діагоналі. Орнаменти А, В, С складено із 4 (чотирьох) кубиків.

*Інструкція* – «Дивися, кубики мають сторони різного кольору. Якщо скласти їх разом, то отримаємо орнамент. Я складу їх разом. Ти спробуй скласти так, як я».

Оцінка тесту – 2 бали за звершення завдання з першої спроби, 1 – бал – з другої спроби (враховується ліміт часу). Орнаменти показують на

картинках. Оцінка за правильне виконання 4 бали. Максимальна оцінка 55 балів. Фіксується час. За досторокове правильно виконане завдання нараховуються преміальні бали (таблиця 4).

Таблиця 4

Орнамент	Ліміт часу, секунди	Оцінка в балах, залежно від швидкості, секунди			
		4	5	6	7
1	75	21-75	16-20	11-15	1-10
2	75	21-75	16-20	11-15	1-10
3	75	26-75	21-25	16-20	1-15
4	75	21-75	16-20	11-15	1-10
5	150	66-150	46-65	36-45	1-35
6	150	81-150	66-80	56-65	1-55
7	150	91-150	66-90	56-65	1-55

**Субтест «Кодування»** – слугує для вивчення рівня короточасної пам'яті, зорового сприйняття, візуально-моторної координації та когнітивної гнучкості. Тест складається із бланка на якому зображені фігури (зірочка, трикутник, хрестик та інші). В середину фігур вписано символи. Перше завдання вважається тренувальним.

**Інструкція** – «Подивись уважно. В середині кожної фігури є якийсь знак. Для кожної фігури свій. Заповни так само знаками пусті фігури на листку. Працюй за порядком вздовж листка зліва направо (показати як)». Час обмежений – 120 секунд.

Оцінка – 1 бал за кожен правильно заповнену фігуру. Фігури зразка не враховуються. На листку 45 фігур. Для дітей, які швидше і правильно виконали завдання, нараховуються додаткові бали за швидкість (таблиця 5)

Таблиця 5

Час, секунди	Оцінка, бали
1	2
70 і менше	50
71-80	49
81-90	48
91-100	47

1	2
101-110	46
111-120	45

Відповіді дітей на кожен субтест сумуються. Оцінка заноситься в карту реєстрації кожної дитини.

*Визначення рівня наочно-дійового мислення* важливе в тому випадку, якщо дитині погано вдається виконання завдань за іншими методиками або якщо вона погано володіє мовою. Школярам пропонуються середні та складні завдання з методики кубики Коса, прогресивні матриці Равена.

*Для дослідження рівня процесів узагальнення та абстрагування, послідовності суджень* використовують методику класифікації та вилучення предметів. Предметна класифікація важча, оскільки містить більше елементів (колір, форма, деталі малюнка). Набір картинок має передбачати різну складність ступеня узагальнення.

*У методиці вилучення предметів* завдання подають у такій формі: "Подивись уважно на ці 4 малюнки (або прочитай 5 слів). На трьох із них зображено предмети, у яких є щось спільне, їх, за потреби, можна назвати одним словом, а четвертий – зовсім інший, зайвий. Поміркуй і скажи – який".

В цій методиці потрібно не лише узагальнити предмети, а й вичленити істотну ознаку. Здорові діти легко справляються з цими завданнями. Навіть розумово відсталі діти (з дебільністю) старші 8 років правильно виконують нескладні завдання.

*Методика вилучення за істотними ознаками* передбачає ще складніші вимоги до діяльності мислення. Її використовують для дітей, яким понад 11 років. Тут підліток має збагнути абстрактне значення понять і відмовитися від легкого неправильного вибору рішення, при якому пропонуються часткові ознаки замість істотних.

*Методика створення аналогій* ще складніша. Тут постійно змінюється модус визначення ознак. Аналогії в кожній серії будують за різними принципами.

*Оцінюючи підсумкові результати* важливо врахувати не тільки час виконання і кількість помилок, а й те, як пояснює дитина свої рішення, чи може сама віднайти помилку і виправити її.

***Розуміння змісту сюжетних картин.*** Школярі окрім опису персонажів та їх дій мають охоплювати зміст того, що зображено, розуміти співвідношення між предметами та особами. Складніший варіант цього завдання: з'ясування послідовності подій. У цьому випадку пропонують кілька малюнків і дають завдання відновити послідовність.

Фіксується правильність розташування картинок, хід міркувань, чи може дитина самостійно виправити помилки. Критерієм успішного виконання є вміння виокремити спільні для всіх малюнків елементи, їх зв'язки та зміни, вловити суть розповіді, послідовно викласти сюжет, демонструючи при цьому відповідний словниковий запас.

***Розуміння розповіді з підтекстом*** (прихованим значенням) можливе за високого рівня сформованості словесно-логічного мислення, тому ця методика використовується в роботі з дітьми, які добре володіють мовою. Для молодших школярів використовують розроблену методику за оповіданням *“Ліки” Костянтина Ушинського*. Також для дослідження рівня розуміння переносного значення тексту використовують притчі, приказки, метафори.

***Розуміння переносного значення незнайомих приказок*** можливе за високого рівня розумової діяльності. В цьому випадку виявляється абстрагування від прямого значення слів, що забезпечується відтворенням тимчасових зв'язків, усталених у життєвому досвіді між узагальнюючими словесними значеннями. Нерозуміння переносного змісту свідчить про нерозвинутість абстрактного мислення з фіксацією на загальних, другорядних ознаках.

## ЛЕКЦІЯ № 4

### Тема: Розлади відчуття та сприймання

#### План:

1. Відомості з психології відчуття, що є основою симптомів і синдромів захворювань.
2. Розлади відчуття та їх прояви:
  - а) кількісні зміни відчуття – анестезія (тотальна, парціальна, корінцева, сегментарна, істерична); гіперестезія; гіпоестезія.
  - б) якісні зміни відчуття – синестезія; парестезія; сенестопатія; свербіж.
3. Відомості з психології сприйняття, що є основою симптомів і синдромів захворювань.
4. Розлади сприймання та їх прояви:
  - а) агнозія (зорова, слухова, смакова, больова, нюхова, тактильна);
  - б) ілюзія (парейдолічна, зорова, дереалізаційні образи, слухова, смакова, больова, нюхова, тактильна);
  - в) симптом Фреголі;
  - г) синдром Капгра;
  - г) симптом дзеркала;
  - д) деперсоналізація (парціальна, тотальна);
  - е) соматоagnoзія (пальцева аутопагнозія, аутопагнозія пози, аутопагнозія половини тіла, розлади орієнтації в правому-лівому, псевдо агнозії);
  - є) мікропсія;
  - ж) макропсія;
  - з) дисмегалопсія;
  - и) порропсія;
  - і) галюцинації і псевдогалюцинації; диференційно-діагностичні критерії;
  - ї) розлади сприйняття часу (зупинка часу, розтягування часу, втрата почуття часу, сповільнення часу, прискорення часу, зворотній плин часу);
  - й) розлади мотиваційного компоненту сприймання.

### Психологія відчуття. Розлади відчуття

**Відчуття** – процес відображення окремих властивостей предметів зовнішнього світу за умови їх прямого впливу на органи чуття. Відчуття є основою багатьох симптомів і синдромів різних захворювань, одними з елементарних (простих) психічних явищ. Вони можуть мати як усвідомлений так і неусвідомлений характер та істотно впливати на особливості скарг хворого щодо стану власного здоров'я, що, своєю чергою, впливає на діагностику недуги.

Важливою характеристикою відчуття є поняття *порогу відчуття* – величини подразника, яка здатна викликати відчуття. Розрізняють абсолютний, диференційний і оперативний поріг відчуття,

*Абсолютний нижній поріг відчуття* – (поріг чутливості) мінімальна величина подразника, що викликає ледь помітне відчуття.

*Абсолютний верхній поріг відчуття* – максимально допустима величина зовнішнього подразника.

*Диференційний поріг відчуття* – мінімальна різниця між двома подразниками чи між двома станами одного подразника, котрий викликає ледь помітну різницю відчуття.

*Оперативний поріг відчуття* – визначається, як найменша величина різниці між сигналами, за якої точність, швидкість та можливість їх розпізнати досягають максимуму.

Існують, за Р.С. Немовим, середні значення абсолютних порогів появи відчуття для різних органів чуття людини (див. таблицю 6).

Таблиця 6

**Середні значення абсолютних порогів виникнення відчуття**

<b>Органи відчуття</b>	<b>Величина абсолютного порогу</b>
<b>Зір</b>	Здатність сприймати у ночі полум'я свічки на відстані до 48 м від ока
<b>Слух</b>	Можливість відрізнити «хід» ручного годинника в повній тишині на відстані до 6 м
<b>Смак</b>	Відчуття наявності однієї чайної ложки цукру в розчині, що містить 8 літрів води
<b>Запах</b>	Відчуття наявності лише однієї краплі духів, в приміщенні, що складається з 4 кімнат
<b>Дотик</b>	Відчуття руху повітря, що створює падіння крила мухи з висоти біля 1 см

Загальними для всіх видів відчуття є кількісні і якісні зміни. До *кількісних* належать такі, як: *анестезія* – втрата здатності відчувати різні види подразників. Втрата чутливості (анестезія), зазвичай, поширюється на тактильну больову, температурну чутливість і може стосуватися як всіх

видів чутливості (тотальна анестезія), так і окремих (парціальна анестезія). **За механізмами виникнення** розмежовують: **корінцеву анестезію**, за наявності якої повністю змінюється чутливість в зоні збудження заднього корінця спинного мозку, і **сегментарну**, за наявності якої зміни виникають в зоні іннервації окремого сегменту спинного мозку. Останній вид анестезії може бути як **тотальний**, за появи якого спостерігається відсутність больової і температурної чутливості; **гіпоестезія** – зниження здатності відчувати різні види подразників; **гіперестезія** – підвищення здатності відчувати різні види подразників.

Особливо виділяють зміни чутливості аж до її зникнення, коли є захворювання, зокрема, описана **лепрозна анестезія**, яка виникає внаслідок специфічного ураження шкірних рецепторів і характеризується послідовним послабленням та втратою температурної, больової, а потім будь-якої тактильної чутливості. Також відома **істерична анестезія**, що характеризується функціональною втратою чутливості у недужих з істеричними невротичними розладами за умови відсутності органічного ураження рецепторів, провідних шляхів і центрів нервової системи. За наявності істеричної анестезії у хворих можуть бути зміни больової чутливості за типом **«панчів і рукавичок»**. Вони відчуються особливим видом розладів больової чутливості, коли помітні чіткі межі її змін, які не відповідають зонам іннервації певних корінців і нервів.

Найчастіше зустрічається в клінічній практиці **гіперестезія**. Вона входить до структури астенічного синдрому, котрий є типовим і широковідомим способом реагування психіки на захворювання. При цьому гіперестезія охоплює, зазвичай, всі сфери, але частіше зустрічається зорова і акустична гіперестезія.

Окрім гіпо- і гіперестезій, коли змінені кількісні показники, виокремлюють **якісні розлади відчуття**, наприклад, **синестезію**, тобто виникнення відчуття в одному з аналізаторів після подразнення іншого. Так, досліджуваний може відчувати неприємні смакові відчуття, коли

впливати на зоровий подразник (кольором); мати кольорові відчуття коли впливати звуковим подразником (музикою).

Іншим різновидом патологічних змін є **парестезії**, які формовиявляються як неприємне відчуття оніміння, поколювання, печії, повзання мурашок тощо. Вони можуть виникати у різних частинах тіла та переміщуватися. Тоді хворі стають метушливими, непосидючими, тривожними. В них помітна підвищена чутливість до доторків одежею, постільною білизною. Можуть бути смакові парестезії, хоча більше відомі зміни тактильної чутливості.

До особливих різновидів патологічної видозміни відчуття належить **сенестопатія** – важке і болюче відчуття, що локалізується на якій-небудь ділянці шкірних покривів або у внутрішніх органах, й виникає тоді, коли зміни у тканинах і органах (натягування, печіння) відсутні, і сприймаються як мігруючі образи.

До розладів відчуття належить також і **свербіж** – видозмінене больове відчуття, що викликає бажання почухувати різні ділянки шкіри і слизових оболонок. Свербіж можуть спричиняти різні недуги внутрішніх органів, токсикози, алергічні фактори. Свербіж негативно діє на психіку людини та викликає дратівливість, гнів, злобу.

Вельми важливе значення для клінічної психології мають показники больової чутливості, їх особливості і зміни за наявності різних патологічних станів і захворювань. Відомо **чотири базових типи ставлення до болю** (А.К. Сангайло):

**I тип:** поріг болю низький – висока загальна чутливість до болю. Поріг межі витривалості наступає швидко, одразу за відчуттям болю – низька витривалість больового відчуття.

**II тип:** поріг болю низький – загальна чутливість до болю висока. Поріг межі витривалості до болю високий – витривалість до больового відчуття більша, больове відчуття легко переноситься. Інтервал витривалості достатній.

**III тип:** поріг болю високий – чутливість до болю невисока. Інтервал витривалості малий – відчуття болю настає пізно і переноситься важко, різниця між порогом болю і витривалістю мала.

**IV тип:** поріг болю високий – загальна чутливість невисока. Інтервал витривалості достатній – витривалість больового відчуття добра.

Роль формування відчуття достатньо істотна, оскільки на базі відчуття проходить становлення процесу сприймання реальності.

**Процес сприймання** демонструє суб'єктивне психічне відображення предметів і явищ об'єктивної дійсності.

Описані властивості сприймання зумовлені принципами сприймання предметів, що обгрунтовані М. Вертгеймером і описані в гештальтпсихології:

1. Чим ближче один від одного в зоровому полі розміщуються елементи, тим з більшою вірогідністю вони поєднуються в єдиний образ (**принцип близькості**).

2. Подібні елементи мають тенденцію до об'єднання (**принцип подібності**).

3. Елементи, що сприймаються як частини знайомих контурів і форм, з великою вірогідністю поєднуються власне в ті фігури, форму, контури (**принцип «природнього продовження»**).

4. Елементи зорового поля мають тенденцію до створення цілісного, замкнутого зображення (**принцип замкнутості**).

Захворювання психіки змінюють і спотворюють нормальний процес відображення в корі головного мозку. Ці зміни є характерними для пізнавальних процесів, одним з яких є сприймання.

Патопсихологічні дослідження показують, що розлади сприймання можуть виявлятися в змінах характеристик діяльності: у важкості впізнавання, у викривленні матеріалу, що сприймається, в обмані почуттів, несправжніх упізнаваннях, перебудовах мотиваційної сторони діяльності.

Таким чином, захворювання психіки породжують розлади сприймання, які мають різні **форми**:

- агнозії;
- псевдоagnoзії при деменції;
- обмани почуття;
- порушення мотиваційного компоненту.

**Агнозія** (від гр. *a* – заперечна частка, *gnosis* – знання) – зміни процесу упізнавання предметів і явищ за умови «ясної» свідомості і функціонування органів чуття. Виокремлюють зорову, слухову, смакову, больову, нюхову і тактильну агнозію.

**Зорова агнозія** – це відсутність можливості впізнавання предметів та їхніх зображень, добре знайомих облич, разом з порушенням здатності орієнтуватися в просторі.

**Слухова агнозія** проявляється як нездатність розрізняти звуки мови та впізнавати предмети за характерними для них звуками.

**Тактильні агнозії** полягають у розладі упізнавання предметів на дотик (**астереогноз**) та уявлення про схему тіла (**соматоagnoзія**).

Сприймання власного тіла має основоположне значення для формування психології хворого і його реагування на недугу. В неврологічних і психіатричних стаціонарах часті випадки **соматоagnoзій** і **деперсоналізаційних розладів (чи змін схеми тіла)**.

Перша патологія (із вказаних вище) зумовлює не стільки розлад процесу сприймання, як зміни упізнавання. Ці два процеси тісно пов'язані між собою. В психології упізнаванням називається розпізнавання об'єкту серед інших об'єктів, котрі відомі з минулого досвіду. Виокремлюють **суцесивне** і **симультантне упізнавання**. При **суцесивному** (послідовному) упізнаванні проходить упізнавання за допомогою висування і перебору гіпотез, коли після відчуття знайомого виникає повне упізнавання предмету чи явища. При **симультантному** (миттєвому) – цей процес відбувається раптово, одномоментно. Із розладів упізнавання

виокремлюють *соматоагнозії, порушення упізнавання знайомих людей і навколишнього знайомого оточення*.

*Соматоагнозія* – розлади упізнавання частин власного тіла. Соматоагнозія зустрічається при неврологічних захворюваннях і ураженні певних ділянок кори великих півкуль головного мозку. Науковцям відомі такі *форми соматоагнозії: пальцева аутоагнозія* (втрата здатності упізнавати і показувати пальці на власній руці і руці іншої людини (задіяна ліва тім'яна доля)); *аутоагнозія пози* (задіяна верхньо-тім'яна ділянка лівої півкулі); *аутоагнозія половини тіла* (задіяні верхньо-тім'яні структури); і *розлади орієнтації в правому-лівому* (задіяна ліва тім'яна доля в осіб з провідною правою рукою).

Зейгарник Б.В. поряд агнозіями виокремлює й *псевдоагнозії при деменції. Органічна деменція* характеризується розладом упізнавання силуетних картинок і пунктирних малюнків. Експозиція ситуаційних малюнків допомагає виявити у хворого відсутність можливості вловити смисл сюжету, хоча змога описати окремі картинки збережена. Описання конкретних предметів залежить від того, на якій частині малюнку хворий фіксує свій погляд. Втрата смислу сюжету частково компенсується описанням конкретних предметів. У деяких хворих може бути порушене сприймання форми (досліджуваний називає трикутник клином). Розглядаючи розмальовані сюжетні малюнки, *дементні* хворі фіксують увагу на розмальованих окремих частинах картинки, втрачаючи при цьому загальний смисл сюжету. Тому окремі частини картинки інтерпретуються ними перекручено (хворий звертає увагу на вуха в коня, що стоять і називає його птахом).

Сприймання позбавлене від організаційної ролі мислення легко стає дифузним, недиференційованим, і це є причиною його структурного розпаду. Неістотні елементи малюнку стають центром уваги і зумовлюють неправильне (перекручене) упізнавання предмета, при цьому випадають смислові компоненти сюжету. Процес розпаду сприймання у дементних

хворих підтверджує роль фактору осмислення і узагальнення в будь-якому акті перцептивної діяльності людини.

До розладів, які змінюють **упізнавання знайомих людей** входить **синдром Фреголі і синдром Капгра**.

**Синдром Фреголі** – розлади упізнавання довколишніх осіб через зміни їх зовнішнього вигляду.

**Синдром Капгра** – розлади упізнавання та ідентифікації знайомих людей з наявністю впевненості, що ці навколишні є двійниками, близнюками чи загримованими під них особами. Описано **чотири форми синдрому**:

1. Ілюзорна форма оманливого упізнавання;
2. Маячна форма;
3. Ілюзорно-маячна;
4. Оманливе упізнавання з маячінням і сенсорними розладами.

В *геронтологічній клініці* досить частими є випадки порушення упізнавання власного зображення в дзеркалі (**синдром дзеркала**).

З розладів, що стосуються сприймання власного тіла чи його частин виокремлюється група **деперсоналізаційних розладів**.

**Деперсоналізація** – викривлене сприймання власної особистості в цілому, а також окремих якостей і частин. **Деперсоналізацію (аутометаморфозію)** розділяють на **парціальну і тотальну**. Парціальна зумовлює розлади сприймання окремих частин тіла, тотальна – цілковито всього тіла.

Різновидом аутометаморфозії є **синдром Аліси в країні чудес**. Синдром визначається поєднанням деперсоналізаційних розладів з явищами дереалізації у вигляді порушеної уяви про простір та час, зоровими ілюзіями, почуттям роздвоєння особистості. Можливе також пароксизмальне виникнення змін сприймання у вигляді уявного подовження, вкорочення, відриву кінцівок, мікро- і макропсії.

Залежно від наявності чи відсутності подразника *обмани почуттів* можуть належать до категорії *ілюзій чи галюцинацій*.

*Ілюзії* – відхилення сприймання конкретного предмету за формою, кольором, величиною, консистенцією, константністю, віддаленістю від досліджуваного. *Зорові ілюзії* проявляються у вигляді викривленого зорового образу (сприйняття пальто, що висить у шафі, як реальну людину на основі подібності контурів). Серед зорових вирізняють *парейдолічні ілюзії* – зорові ілюзії фантастичного змісту, що виникають, зазвичай, коли людина розглядає хмари, плями на стіні, рисунок на шпалерах тощо. Розглядаючи плями на стінах людина бачить пейзажі: ріки, ліси, гори, а також фантастичних (уявних) тварин, різні баталії, обличчя людей. Від ілюзій парейдолії відрізняються тим, що тут наявні елементи фантазії, яка не полишає меж плями. Парейдолії виникають за наявності захворювань психіки, але можуть спостерігатися і в здорових людей внаслідок перевтоми або ж тоді, коли людина чимось стривожена.

*Слухові ілюзії* характеризуються змінами у сприйманні реальних шумів, звуків, які вважаються мовленням чи іншими звуками (різкий шум за дверима може сприйматися як дзвінок в двері у випадку афективного напруження людини, крик на вулиці – як оклик за іменем).

*Смакові ілюзії* виявляються видозміною звичайного смаку (появою присмаку); *нюхові ілюзії* – запаху.

В клінічній практиці часто зустрічаються *дотикові ілюзії* (тактильні, больові, температурні), що формуються на базі реального відчуття. Зазвичай появи ілюзій сприяють фізіологічні чи психологічні (афективні) особливості.

До *особливого виду зорових ілюзій* належать *дереалізаційні розлади* – розлади психічної діяльності, що виявляються у важкому відчутті нереальності, оманливості, непричетності недужого до всього, що відбувається довкола. При дереалізації предмети, явища природи, люди сприймаються як неіснуючі, неприродні, штучні, змінені, дивні, невиразні,

не рельєфні. Голоси і звуки – глухі, чужі, нереальні. Незнайомі предмети і люди, ніколи не бачені явища сприймаються як уже знайомі, а все знайоме здається цілком незнайомим. Плин часу сприймається хворим як зупинений, застиглий, або здається дуже швидким, в інших випадках надто сповільненим.

***Види змін сприймання предметів і явищ:***

***Мікросія*** – розлади сприймання, що проявляються у зменшенні розмірів навколишніх предметів.

***Макросія*** – розлади сприймання у вигляді збільшення навколишніх предметів.

***Дисмегалопсія*** – розлади сприймання у вигляді подовження, розширення, перекручення навколо осі навколишніх предметів.

***Порропсія*** – розлади сприймання у вигляді зміни відстані, що відділяє предмет від хворого, а розміри самого предмету не змінені.

Найбільш яскравими змінами процесу сприймання вважаються ***галюцинації***. За своєю формою галюцинації нерідко нагадують ілюзії. Проте якщо ілюзорне викривлення дійсності виникає внаслідок дії зовнішніх подразників на органи нашого чуття, то галюцинації з'являються без будь-яких зовнішніх подразників, тобто *об'єкту сприймання немає*. ***Галюцинації*** – це яскраві чуттєві переживання бачених і небачених предметів та явищ. При *справжніх галюцинаціях* недужі проєктують образ у просторі. Цей образ рухається, має рельєф і хворі дивуються, чому ніхто з оточуючих не бачить того, що бачать вони.

Зміст галюцинацій розмаїтий. Недужий може бачити предмети, процеси, події, яких не існує реально, чути розмови, відчувати запахи, смак їжі і виявляти ставлення до галюцинацій, як до чогось, що існує насправді. Він може коритися «почутому» наказові, розмовляти з голосами, проганяти від себе звірів тощо.

Образ виникає мимовільно. Хворий не здатний його контролювати, довільно викликати галюцинацію чи припиняти її. Окрім того, неможливо

переконати хворого в нереальності цього образу. **Зорові і слухові галюцинації** поділяються на **прості (фотопсії** – сприймання яскравих спалахів світла, кіл, зірочок;) і псевдогалюцинації – коли образи, що виникають, знаходяться у голові людини, вони нікуди не проєктуються, а залишаються в голові.

Диференціація істинних галюцинацій і псевдогалюцинацій допустима у випадку зорових і слухових обманів сприймання (В.Х. Кандинський), в той час, як на нюхові, тактильні, смакові галюцинації критерії, що вказані вище, не поширюються.

Співставлення **псевдогалюцинацій з симптомом відчуження** носить назву **синдрому Кандинського**. При наявності цього синдрому хворих охоплює почуття «вироблення» чи «нав'язування» якогось сприймання, думок, що виникають, їм здається, що хтось на них впливає зі сторони.

Часто в клініці неврологічних і психічних захворювань спостерігаються **розлади сприймання часу**. Виділяють декілька видів змін сприймання часу (Н.Н. Брагіна, Т.А. Доброхотова):

«**Зупинка часу**». Миттєве відчуття того, що час «зупинився». Це відчуття поєднується з крайніми варіантами прояву дереалізації. Кольори у сприйманні хворого стають тьмяними, об'ємні, тривимірні предмети – плоскими, двомірними. Хворий сприймає себе таким, що втратив зв'язки із зовнішнім світом і навколишніми людьми.

«**Розтягування часу**». У відчуттях хворого час такий, що «розтягнувся» довше, ніж звичайно за минулим досвідом. Це відчуття іноді поєднується з протилежними (у співставленні з попереднім феноменом) змінами сприймання всього світу. Плоске, двовимірне уявляється об'ємним, тривимірним, живим, таким, що рухається, сіро-біле – кольоровим. Хворий стає розслабленим, постійно в ейфорії.

«**Втрата почуття часу**». Відчуття, що описується хворим такими виразами – «часу ніби немає», «звільнився від гніту часу». Таке відчуття

завжди супроводжує зміна сприймання всього світу. Предмети і люди здаються більше контрастними, в емоційному сприйманні хворих – «приємнішими».

**«Сповільнення часу».** Відчуття, ніби час «тече повільніше». Сприймання всього світу, рухів людей і предметів змінюються. Люди уявляються «ляльковими, неживими», їх мова – «казенною». Хворі називають час сповільненим на основі того що рух людей сприймається сповільненим, а обличчя - злими.

**«Прискорення часу».** Відчуття протилежне попередньому. Хворому уявляється, що час минає швидше, ніж було звично минулому. У сприйманні хворого зміненим являється весь навколишній світ і власне «Я». Світ стає «неприродним», «нереальним», люди сприймаються як «метушливі» такі, що дуже швидко рухаються. Гірше, аніж в звичайному стані, хворі відчують своє власне тіло. Помиляються у визначенні час доби та тривалості подій.

**«Зворотній плин часу».** Відчуття, що висловлюється хворим у наступних виразах: «час тече вниз», «час іде в зворотному напрямі», «я їду назад в часі». Змінено сприймаються довколишній світ і власне «Я». Цікавою є груба помилка відтворення давності пережитих подій – подія, що відбулася секунду-хвилину назад сприймається як така, що відбулася давним давно.

Такі розлади сприймання часу зустрічаються коли задіяна права півкуля головного мозку.

### ***Розлади мотиваційного компоненту сприймання***

Процес сприймання залежить від того, які мотиви спонукають і направляють діяльність досліджуваних. Одночасно виявляється різниця у перцептивній діяльності здорових та хворих людей. Про значення особистісного фактору в перцептивній діяльності говорять дані, отримані при дослідженні хворих з *лобним синдромом*. В таких хворих порушення підконтрольності, мимовільності, поведінка відрізняється аспонтанністю.

Особи важко розпізнають предмети, силуетні, намальовані пунктиром чи затушовані малюнки. Вони не можуть передати зміст картин, що зображають послідовні події.

Пацієнти з *хворобою Піка* (атрофія мозку) не можуть поєднати предмети, що їм пропонуються, в одне ціле. Аналогічні зміни спостерігаються у хворих з *прогресивним паралічем* (зачеплені лобні доли). Такі хворі не можуть вірно розподіляти серію сюжетних картинок і обмежуються лише описанням окремих фрагментів. Приведені приклади показують, що істотну роль у розладах у цих осіб відіграють зміни підконтрольності, неможливість порівняння своїх дій і результату, що отриманий.

Діяльність сприймання включає основну характеристику людської психіки – *пристрасність*. Із цього випливає, що процес сприймання будується по-різному в залежності від того, які мотиви будуть направляти діяльність хворого. Варто зазначити, що перцептивна діяльність у хворих і здорових людей має різну структуру.

Патопсихологічні дослідження показують, що *діяльність досліджуваних може визначатися впливом двох мотивів – мотивом експертизи і власним мотивом сприймання. Власний мотив сприймання відіграє роль додаткового стимулу, дія обох мотивів може забезпечити змістовну інтерпретацію картинок.*

Дослідження Е.Т. Соколової показують, що сприймання істотно залежить від структури діяльності, що реалізується. Особлива роль відводиться мотиваційному компоненту, що визначає напрям та зміст перцептивного процесу. У випадку нормального розвитку психіки зміна мотивації зумовлює переструктурування діяльності людини, а характер сприймання визначається ведучим мотивом.

Патологічний процес характеризується змінами смислоутворення. Так, у *шизофреніків* смислоутворення змінене настільки, що експеримент унеможлиблює формування діяльності. Хворі на епілепсію, навпаки,

показують легкість, з якою експериментально створений мотив стає смислоутворюючим.

## ЛЕКЦІЯ № 5

### Тема: Розлади свідомості, уваги, пам'яті

#### План:

1. Свідомість як інтегрований прояв психічних процесів, що уможливорює сприймання та оцінку дійсності. Зміни у прояві психічних процесів, самосвідомості та підсвідомості як один симптомів захворювань.
2. Стани свідомості: сон, гіпноз.
3. Розлади свідомості та самосвідомості: кома, сопор, оглушення, обнубіляція, сомнолентність, абсанс, затьмарена свідомість.
4. Відомості з психології уваги, що є основою симптомів і синдромів захворювань.
5. Розлади уваги: апрозексія, гіперметаморфоз, відволікальність, селективна вибірковість уваги, підвищене виснаження уваги.
6. Основні відомості з психології пам'яті, що є основою симптомів і синдромів захворювань.
7. Класифікація розладів пам'яті. Характеристика проявів розладів пам'яті і причини їх виникнення.
  - а) амнезії: гостра епізодична; загальна прогресуюча амнезія; тимчасова амнезія та її різновиди (ретроградна, антероградна, ретро-антероградна, часткова, ретардована).
  - б) парамнезії: продуктивні (конфабуляції) і непродуктивні (псевдоремінісценції); криптомнезії.
  - в) корсаковський амнестичний синдром та його складові.
  - г) гіпермнезії, їх діагностичне значення.

**Свідомість** – інтегрований прояв психічних процесів, що уможливорює сприймання та оцінку дійсності.

Вважається, що свідомість має такі характеристики: фантазія (уява) і рефлексія.

Свідомість людини оцінюється через:

- усвідомлення нею себе (власної особистості);
- ідентифікацію;
- усвідомлення простору і часу, у якому в даний момент особистість існує (характеристика патології свідомості виходить саме з вказаної ознаки).

**Самосвідомість** – здатність усвідомити себе як особистість, виділити себе з довкілля.

Усвідомлення людиною власної особистості (самосвідомість) є істотною ознакою психічної норми.

Безліч психічних захворювань можуть порушувати процес самоусвідомлення і призводити до того, що людина усвідомлює себе «викручено».

Німецький психіатр К. Ясперс протиставив усвідомлення власного «Я» предметній свідомості і визначив чотири формальних ознаки самосвідомості, зміна яких приводить до патології психічної:

- 1) почуття діяльності— усвідомлення себе істотою активною;
- 2) усвідомлення власної єдності у часі;
- 3) усвідомлення власної ідентичності;
- 4) усвідомлення того, що «Я» відрізняється від решти світу, від усього, що не є «Я».

Вслід за К. Ясперсом, критерії затьмареної свідомості:

- 1) відсутність орієнтації в часі, місці, ситуації;
- 2) відсутність чіткого сприймання довколишнього світу;
- 3) різна «міра незв'язності» мислення;
- 4) труднощі у спогадах та відтворенні подій, що відбуваються, і нереальні хворобливі явища.

Щоби означити стан свідомості як «затьмарений» потрібна сукупність усіх ознак, що вказані.

**Підсвідомість** – сукупність інтуїтивних реакцій з досвідом емоційних, вольових, неконкретно-логічних спроб адаптації, що накопичуються в процесі життя людини та взаємодії з соціальним середовищем і впливають на мотивацію її поведінки.

**Властивості свідомості:**

**Ясність** – чітке і послідовне сприймання оточуючого, правильна орієнтація в ньому.

**Обсяг** – широта охоплення свідомістю ситуації і власних переживань.

**Зміст** – зміст асоціацій, що виникають під впливом різних подразників.

**Безперервність** – єдність переживань минулого, сучасного і майбутнього.

**Стани свідомості:**

**Сон** – функціональний стан, що виникає періодично протягом життя і характеризується специфічними проявами психічної, вегетативної і моторної сфер у вигляді загального зниження активності центральної нервової системи (ц.н.с.), відокремленням від сенсорних впливів довкілля та практично повною відсутністю рухової активності.

**Гіпноз** – психофізіологічний стан, спричинений штучно, в якому на тлі розлитого гальмування кори головного мозку, формується і підтримується активна діяльність «умовної зони» за допомогою якої людині повідомляється бажана інформація.

**Розлади свідомості та самосвідомості:**

**Кома** – повна відсутність свідомості з втратою умовних та безумовних рефлексів.

**Сопор** – потьмарення свідомості із збереженням безумовних рефлексів.

**Оглушення** – легша форма потьмарення з нечіткою орієнтацією в навколишньому і підвищенням порогу до дії подразників.

**Обнубіляція** – легке потьмарення із збереженою здатністю здійснювати цілеспрямовані дії, розуміти ситуацію.

**Сомнолентність** – стан напівсну (пацієнт лежить із заплющеними очима, спонтанне мовлення відсутнє. На прості запитання дає правильні відповіді, а складних зрозуміти не може).

**Абсанс** – короткочасне (кілька секунд) виключення (відсутність) свідомості.

**Увага** – це пізнавальний психічний процес, який полягає у спрямованості і зосередженні свідомості на чомусь (чи комусь) конкретному.

Поодинокі науковці зазначають, що увага не є окремим психічним процесом, оскільки вона не відтворює ані властивостей предмета, ані зв'язків, ані відношень між ними. **Її змістом** є лише зміст тієї психічної діяльності, до котрої вона входить. Тому її ще визначають як **«форма психічної діяльності»**.

**За активністю визначають наступні види уваги:**

– **мимовільна** – укладається в «момент» взаємин людини із довкіллям без її свідомого наміру;

– **довільна** – свідомо спрямована, особистість може її регулювати;

– **післядовільна** – увага, яка, насамперед, викликається значним вольовим зусиллям, метою, але надалі підтримується інтересом до чогось чи когось (наприклад, до змісту діяльності).

**За спрямованістю** виокремлюють такі форми уваги:

– **зовнішня:** врегульовує фізичну діяльність людини;

– **внутрішня:** пов'язана з усвідомленням особистістю своєї діяльності, власного внутрішнього світу, з самосвідомістю; має місце лише в світі людському; об'єктами внутрішньої уваги є почуття, спогади, думки; є необхідною умовою розвитку свідомості і самосвідомості; уміння думати й обдуманно діяти поєднане з розвитком внутрішньої уваги.

**За формою прояву** увага також буває:

– **колективна:** – зосередження усіх членів колективу на одному предметі.

– **групова:** зосередження уваги групами в умовах роботи в колективі.

– **індивідуальна:** зосередження уваги людини на своєму завданні.

**Основні властивості уваги**

**Стійкість** – скерованість діяльності (визначається часом, продовж котрого діяльність людини зберігає цілеспрямованість) це тривалість

фокусування уваги на об'єкті, предметі чи явищі. Міра стійкості уваги поєднана з тим, наскільки цікава та важлива для людини діяльність, якою вона займається; залежить від фізичного стану, від особливостей центральної нервової системи (ц.н.с.), від умов довкілля тощо.

**Нестійкість** – відвертання уваги, зміна її скерування, через те, що особистість підпадає під вплив інших предметів, явищ, ситуацій дійсності чи нагальних, дужих, значних, активних зовнішніх подразників, а також через вельми вагомі зміни фізичного стану свого організму.

**Концентрація (зосередженість)** – більша чи менша міра поринання у діяльність, яку людина виконує в даний час. Чим більше концентрована увага до певного об'єкта, тим більшою мірою гальмуються впливи побічних імпульсів.

**Коливання** – зміни концентрації уваги. Рівень концентрації уваги на певному об'єкті не залишається однаковим протягом часу – то зростає, то спадає.

**Переключення** – нічим не обмежена, свідомо, за власним бажанням особистості, зміна «напрямку» діяльності; виконання одного завдання за другим, самостійне скерування уваги на нові предмети, явища, ситуації, згідно з умовами праці, що постійно змінюються. Виявляється за неодмінною потребою зв'язку між змістом попередньої і наступної діяльності.

**Розподіл** – виявляється через можливість паралельного (синхронного) виконання людиною двох або іноді навіть трьох видів діяльності, зберігання у царині уваги одночасно кількох об'єктів.

Іншими словами, розподіл уваги виявляється тільки за однієї передумови – особистість володіє означеними видами діяльності та способами її виконання настільки, що може, принаймні, виконувати одну із робіт автоматично (не замислюючись).

**Обсяг** – чисельність предметів, явищ, ситуацій, що усвідомлюються людиною у визначений часовий проміжок. Важлива передумова –

усвідомлення якісне та чітке, в одному акті сприймання, за найкоротший проміжок часу. Середній обсяг уваги людей від 5 до 9 об'єктів (одиниць інформації – незалежно від того, яка ця інформація).

До відомих **розладів уваги належить:**

**Апрозексія** – повна відсутність уваги.

**Гіперметаморфоз** – розлад уваги у формі мимовільного зосередження уваги на всьому, що потрапляє в поле зору рецепторних систем (пляма на стіні, випадковий рух, зміна положення тіла, зміна освітлення, шум, запах) тощо.

**Відволікальність** – нездатність сконцентрувати увагу (стан, коли увага спрямована і на важливі і на другорядні зовнішні стимули).

**Селективна вибірковість уваги** – увага лише для тих стимулів, що викликають тривогу.

**Підвищене виснаження уваги** – увага не може концентруватися на певному об'єкті чи процесі протягом тривалого часу.

**Ускладнення переключення уваги** – неможливість переключати і концентрувати увагу на різних об'єктах.

Особливе значення для клінічної психології пізнавальних процесів має – **пам'ять**.

**Пам'ять** – це форма психічного відображення дійсності що зводиться до запам'ятовування, утримування, відтворення інформації. Вона тісно пов'язана з процесом уваги і є базою здібностей людини, дозволяючи відтворювати життєвий досвід, відбирати з нього важливі для життя параметри і планувати свої дії та прогнозувати їх результативність. Окрім того, патопсихологічні розлади пам'яті є основою безлічі недуг психіки – від фізіологічних (органічних) до зумовлених психічними причинами (психогенних).

У особистості вирізняють довільну і мимовільну; опосередковану і логічну; зорову, слухову, нюхову, рухову, смакову і дотикову; довготривалу і оперативну пам'ять. Відмінність їх базується на вольовій

регуляції цього процесу, використанні способів для запам'ятовування інформації і тривалості її зберігання.

Враховуючи клінічну спрямованість висвітлення процесу пам'яті, зупинимось детальніше на процесах, які в першу чергу змінюються коли у хворого наявна соматична патологія чи патологія психіки.

Запам'ятовування це процес отримання інформації у довільній і мимовільній формах. Довільне запам'ятовування характеризується наявністю чіткого завдання, мимовільне такого завдання не має. Запам'ятовування здійснюється шляхом повторення.

Використання інформації здійснюється шляхом відтворення.

Однією з форм відтворення є впізнавання, що здійснюється в умовах повторного сприймання інформації. Таким чином, впізнавання поживляє власне пам'ять і сприймання. Відтворення інформації здійснюється без повторного сприймання. Людина мимовільно чи довільно може відновити в пам'яті та відтворити інформацію, яка отримана раніше.

Кожен окремий розлад психіки по-іншому змінює запам'ятовування і відтворення. Наступними процесами пам'яті є збереження інформації і її забування. Необхідно відзначити, що ці процеси, як запам'ятовування і відтворення, можуть змінюватись ізольовано залежно від патологічного стану психіки. Збереження – це процес тривалого утримування в пам'яті інформації. Особливим для клінічної практики визнається процес забування, метою якого є втрата чіткості чи зменшення обсягу закріпленого в пам'яті матеріалу в поєднанні з неможливістю його відтворення, а в деяких випадках неможливістю впізнавання окремої інформації. Вважається, що забуванню, в першу чергу, підлягає та інформація, яка не відіграє істотної ролі в подальшій діяльності людини.

*Із законів пам'яті виокремлюють: ефект Зейгарник* – дії, що незавершені, запам'ятовуються краще, ніж завершені; криву забування Еббінгауза – забування відбувається винятково швидко безпосередньо

після заучування і не має лінійної залежності. Г. Еббінгауз описав ряд закономірностей запам'ятовування:

- прості події в житті, що супроводжуються сильними переживаннями (справляють сильне враження) запам'ятовуються швидше, зберігаються довше;

- складні, але не особливо цікаві події (нейтральні) запам'ятовуються гірше, ніж значимі емоційно;

- на покращення запам'ятовування та відтворення має позитивний вплив підвищене зосередження уваги на відомостях, фактах, ідеях, які необхідно закарбувати в пам'яті;

- поміж точністю відтворення і впевненістю в цьому завжди існує однозначний зв'язок;

- при запам'ятовуванні довгого ряду краще відтворюється його початок і кінець;

- рідкісні, дивні, незвичайні враження, запам'ятовуються краще, ніж звичні і банальні.

***Патологічні зміни пам'яті є закономірними для:*** травм головного мозку, судинного, інфекційного захворювання головного мозку, нейро- чи токсикоінфекцій. Розлади пам'яті не є закономірними для шизофренії і інших ендогенних психічних розладів.

Майже всі хворі часто скаржаться на розлади пам'яті, але ніхто не скаржився на недостатність мислення. І дійсно так. Не часто хворі говорять про недостатність свого мислення, неадекватність суджень, проте всі помічають дефекти своєї пам'яті. Це відбувається почасти тому, що визнати зміни зі сторони пам'яті не образливо в той же час, ніхто не виявляє такої високої самокритичності у відношенні до мислення, поведінки чи почуттів. Розлади пам'яті є дійсно частим симптомом змін мозку. Окрім того, ряд розладів психічної діяльності, працездатності, мотивів іноді виступають для хворого і для тих, хто за ним доглядає, як розлади пам'яті.

Проблема розладів пам'яті завжди була в центрі психіатричних і патопсихологічних досліджень, тому проблема пам'яті на сьогодні досліджена найбільше.

Найпростіші спостереження переконують нас в тому, що знання у дорослої людини насправді розділені в певному порядку, неначе книги на столі.

Дослідження що присвячені патології пам'яті проходили в декількох напрямках:

**клінічний напрям** – його послідовники пов'язували розлади пам'яті з вірогідними синдромами та визначили своїм завданням з'ясування психологічних механізмів;

**психофізіологічний і нейропсихологічний напрям** – послідовники цього напрямку визначили своїм завданням з'ясування психофізіологічних основ пам'яті;

**психологічний напрям** – послідовники якого, в основному, розглядали питання організації пам'яті і її розладів; теоретичні і методологічні позиції, на яких вони базувалися, були вкрай неоднорідні та навіть суперечливі. До цього напрямку слід долучити також роботи сучасних авторів, що обмежуються констатацією наявності чи відсутності організації запам'ятовування при психічних розладах, дослідження, що синтезують основи психології з теоретико-інформаційними ідеями, роботи вітчизняних психологів, що аналізують з позиції теорії про предметну діяльність. Часто дані про зміни, отримані під час патологічного експерименту, не співпадають з уявленнями хворого, наприклад, він скаржиться на послаблення пам'яті, що заважає у роботі.

***Найважливішими в дослідженні пам'яті є:***

- проблема будови пам'яті, опосередкованого і неопосередкованого, мимовільного і довільного запам'ятовування;
- питання динаміки пам'яті;
- питання про мотиваційний компонент пам'яті.

Не завжди вдається вичленити в певному синдромі ці характеристики, вони, як правило переплітаються.

**синдром Корсаковського** – зміна пам'яті на текучі події, є одним із найбільше досліджених розладів безпосередньої пам'яті. Цей розлад залишає відносно збереженою пам'ять на події далекого минулого. Синдром розладів пам'яті на текучі події був описаний відомим вітчизняним психіатром С.С. Корсаковським у хворих з важкими алкогольними інтоксикаціями і названий його іменем.

Цей вид розладів часто поєднується з конфабуляціями (обмани пам'яті, в основі яких помітна нездатність запам'ятовувати події і відтворювати їх, що зумовлює відтворення надуманих і неіснуючих подій) у співвідношенні до текучих подій)) і дезорієнтуванням в місці та часі. Дві останні ознаки можуть виражатись слабо, але перша (забування текучих подій) – основа цього захворювання.

У хворих з симптомами подібними до синдрому Корсаковського діагностують дифузні зміни у мозку неалкогольного походження, а також зміни органічних мозкових систем. Тоді такі хворі не пам'ятають подій недавнього минулого, але відтворюють ті, які відбулися багато років тому. Наприклад, хворий може назвати події свого дитинства, шкільного життя, суспільного життя, але не пам'ятає чи обідав сьогодні і чи приходили до нього родичі, чи спілкувався він протягом останніх двох днів з лікарем. Якщо хворого запитати чи приходила дружина сьогодні до нього, то він скаже: «Я не пам'ятаю, але в кишені в мене ще залишилися цигарки, тому, мабуть, приходила».

Детальний аналіз структури синдрому Корсаковського поставив питання про те, чи є забування недавнього минулого наслідком дефекту відтворення чи утримування матеріалу: експериментальні дані свідчать про те, змінюється процес відтворення.

Часто зміни пам'яті на події недавнього минулого є настільки вираженими. Синдром Корсаковського може виявлятися в неточності

відтворення побаченого, в неточності орієнтування. При цьому іноді виникає несправжнє відтворення, без грубих конфабуляцій і хворі часто самі помічають дефекти своєї пам'яті, намагаються заповнити її «розриви», придумавши неіснуючий варіант події. Таким чином, розлади пам'яті на недавні події з недостатнім орієнтуванням в навколишньому, причому реальні події виступають чітко у свідомості хворого нереальними (придуманими), відтворення інформації зумовлює організацію майбутнього, і, по суті, насамкінець порушується можливість пов'язування окремих відрізків життя.

Особливої форми набувають розлади пам'яті при синдромі Корсаковського, коли вони розвиваються на фоні вираженої імпровізації, тобто грубих змін мотиваційної сфери та активності. Діяльність хворих в такому стані немає цілеспрямованості також; для них недоступний вибір та інший прояв ініціативи, відсутня потреба закінчити розпочату справу. Коли хворий знаходиться в стані ейфорії приєднується розгальмованість, легковажна поведінка і розлади критики.

Недоліки пам'яті хворі заповнюють конфабуляціями. Описують замість малюнків, котрі пропонувалися що завгодно, проте не те, що було зображено. Хворим легше описати неіснуючу ситуацію, ніж те, що адекватно побачене чи почуте.

В силу дезорієнтації у таких хворих змінена адекватна оцінка навколишнього, їм недоступне співставлення минулого та теперішнього в плані часової характеристики подій.

**Прогресуюча амнезія** – розлади пам'яті не тільки на події, що цієї миті відбуваються, але і на події колишні: недужі забувають давні події, плутаються у теперішньому, змішують хронологію подій; виявляться також дезорієнтація в часі і просторі. Подібні розлади пам'яті спостерігаються при захворюваннях психіки зрілого та похилого вікового періоду, в основі якого лежить поступове руйнування структури кори головного мозку.

Прогресуюча амнезія характеризується: розладами пам'яті, котрі невинно прогресують – на початку знижуються здатність до запам'ятовування подій, що цієї миті відбуваються, згодом з пам'яті «зникають» події останніх років та такі, що минули давно. Разом з тим, в пам'яті зберігається віддалене минуле, яке «раптом має» особливу актуальність у свідомості недужого. Хворий живе не в реальній ситуації, що існує тепер, її не сприймає, а в «фрагментах чи епізодах» ситуацій, положень, що мали місце в далекому минулому. Така глибока дезорієтація з пов'язуванням у давно минуле уявлень не лише про навколишнє і близьких людей, але і власної особистості, розвивається поступово при старечому слабоумстві. В основі цього – дифузний атрофічний процес кори головного мозку, що протікає рівномірно.

Неясне сприймання світу при старечому слабоумстві зумовлене загальним послабленням аналізаторної функції кори. Нервові процеси, що стали інертними, не можуть встигнути за зміною подій реального життя і фіксують лише окремі компоненти обставин і ситуацій. Всі описані явища проходять на фоні інтелектуального збідніння, що зумовлене втратою вельми значної кількості клітин кори.

***Розлади динаміки діяльності пам'яті.*** Розлади пам'яті, що описані вище, мали, переважно, стабільний характер. Хоча ступінь їх вираження змінювався, основний радикал цих розладів (часові характеристики) залишалися стійкими.

В інших випадках пам'ять хворих психічно може порушуватися зі сторони її динаміки. Хворі добре запам'ятовують і відтворюють матеріал але через деякий короткий проміжок часу, не можуть цього зробити. На перший план виступають коливання їх діяльності пам'яті. Якщо такому хворому запропонувати запам'ятати 10 слів (при 10 показах - демонстраціях) і зобразити відтворені слова у вигляді кривої, то крива буде мати ламаний характер. Хворий може після 2 чи 3 показу запам'ятати 6-7 слів після п'ятого – 3 слова, після шостого – знову 6-8.

Оцінка пам'яті таких хворих, що виражена термінами «пам'ять хворого занижена» чи «пам'ять хворого не є адекватною».

Подібний лабільний характер має відтворення тексту. Хворі то детально відтворюють зміст розповіді, то не можуть передати змісту банального сюжету. Часто такі розлади поєднуються з амнезією (запізненнями в мові, забуванням назви предметів, явищ на деякий час і раптом цілком спонтанно їх пригадують).

Другими словами, діяльність пам'яті має переривистий характер. Порушується її динамічна сторона. Подібні зміни можна спостерігати у недужих із захворюваннями судин головного мозку, у хворих, що пережили травму головного мозку чи деякі інтоксикації.

Заслуговує уваги факт, що подібні розлади динаміки діяльності пам'яті не часто виступають у вигляді ізольованого моно-симптому. Експериментально виявляють лабільність всіх форм діяльності, яка має пізнавальний ефект та емоційної сфери.

Під час виконання інтелектуальних завдань, що вимагають тривалого і спрямованого утримання мети, послідовності суджень, виявляється нестійкість розумової продукції хворих. Наприклад, в досліді на класифікацію предметів, розумова діяльність виявляється у зміні узагальнених і ситуаційних рішень. Епізодично виступають невірні і дії. Часто адекватне виконання завдань переривається раптовими коливаннями емоційної сфери хворих.

Таким чином, розлади динаміки діяльності пам'яті, що виявляються у поєднанні з переривчастими змінами пам'яті, не є розладами її чи індикатором нестійкості розумової працездатності у цілому.

Поняття працездатність включає в себе ряд аспектів і факторів:

- ставлення до навколишнього і до себе;
- позицію, яку людина приймає в конкретній ситуації;
- здібності до впорядкування поведінки;
- цілеспрямованість і стійкість зусиль;

- можливість боротися з безсиллям та перенасиченням.

Можна допустити, що розлади динаміки діяльності пам'яті є випадком прояву виснаження розумової працездатності хворих, та її нестійкості.

Розлади динаміки діяльності пам'яті можуть виступати як наслідок афективно-емоційної нестійкості. Афективна дезорганізація хворого, часто супроводжує органічні захворювання (посттравматичного, інфекційного походження) і виявляється у: забудькуватості, неточності перетворення і відтворення матеріалу. Афективна захопленість хворого, зумовлює забування намірів, недиференційоване сприймання і утримування інформації.

Вірна класифікація розладів динаміки діяльності пам'яті, встановлення ступеня змін мають величезне значення для практики психіатрії, особливо для вирішення питань трудового відновлення чи трудових рекомендацій. Втрату своєї працездатності хворі пояснюють зниженням пам'яті, починають тренувати пам'ять, заучують, багато разів повторюють матеріал. Проте ця забудькуватість не є моно-симптомом, а лише проявом розладу працездатності в цілому.

***Розлади опосередкованої пам'яті.*** Пам'ять – діяльність, що доволі складно організована, яка, до того ж, залежить від безлічі чинників, рівня розвитку пізнавальних процесів та мотивації динамічних складових (компонентів). Відтак хвороба, змінює ці складові по-різному, і, отже, по-різному порушує процеси пам'яті.

Дослідження за допомогою піктограм показало, що недужі втрачають можливість опосередковувати (виявляти щось не безпосередньо, а іншим чином) перебіг запам'ятовування. Так, наприклад, метод А.Р. Лурія, що полягає у наступному: хворий повинен запам'ятати 14 слів. Для кращого запам'ятовування треба придумати і замалювати на папері щось таке, щоб допомогло в подальшому відтворити слова.

Завдання може бути виконано двома способами. Перший полягає в тому, що зображення повинно позначати поняття, що міститься в слові. Наприклад, для запам'ятовування слова «розвиток» можна намалювати маленьку чи велику фігуру. Другий спосіб – умовне зображення поняття. Наприклад, те саме слово «розвиток» можна зобразити у вужчому значенні, як «розвиток промисловості розумовий», «розвиток фізичний». Зображення будь-якого предмету, що пов'язане з менше загальним поняттям (фабрики, книги, спортивного снаряду) може відіграти роль того знаку, що означає поняття «розвиток». Таким чином, завдання вимагає вміння пов'язати поняття, що позначається словом з конкретним поняттям, а це можливо тоді, коли людина може відволікти свою увагу від численності конкретних значень, яке має поняття. Іншими словами, це можливо за умови наявності конкретного рівня узагальнення. *Опосередкована пам'ять* пов'язана з процесом мислення. Коли за рисунком обстежуваний не зовсім вірно чи цілком невірно відтворює слова, то значення того, що запам'ятовується, не відповідає значенню опосередкованих знаків. Сутність рисунка має чітко співпадати із значенням слова, інакше це означає, що людина «не розуміє» смислу слова.

Науковці, що займалися експериментальними дослідженнями показали, що у недужих із *симптоматичною епілепсією* спостерігається зміна опосередкувань, яку можна пояснити коливанням їх здатності до праці. Достеменно такі ж розлади пояснюються пасивністю (малорухливістю), тугорухомістю протікання психічних процесів і надмірним (перебільшеним) бажанням конче відобразити незмінно деталі рисунка.

***Розлади мотиваційного компоненту пам'яті.*** Мотиваційний компонент не відокремлений від протікання процесів пам'яті. Розлади цього компоненту виявляються у хворих з ендогенними захворюваннями – шизофренією. У хворих змінюється особисте ставлення до світу. Вони

запам'ятовують лише те, що вважають важливим. У хворих на шизофренію розлади мотиваційної сторони пам'яті виражаються у запам'ятовуванні одягу, кольору. Здорові ж люди запам'ятовують зовнішність людини. Змінене ставлення до довколишнього та своїх можливостей зумовлює розпад структури пізнавальних, вольових, емоційних процесів. Дослідження вказують на зміни закономірностей відтворення завершених і незавершених дій у хворих з різними формами патології. Так, у хворих на шизофренію, в стані психіки яких помітна емоційна в'ялість і викривлення мотивів не виникав ефект кращого відтворення незавершених дій. В нормі він рівний:  $VH/VZ = 1.9$ , а у хворих на шизофренію – 1.1. Хворі на епілепсію продемонстрували перевагу незавершених дій над завершеними – 1.8. Отримані дані доказують, що зміни значення діяльності пам'яті по-різному видозмінюють структуру мотиваційної сфери хворих.

**Гіпомнезія** – ослаблення пам'яті, чи окремих її компонентів (запам'ятовування, відтворення, збереження), що частіше можна помітити в осіб похилого віку. При цьому людина пам'ятає пережиті події, але невиразно, неповно.

**Гіпермнезія** – захворювання, що визначається раптовим загостренням пам'яті, стан, коли набігають множинні спогади, іноді образні уявлення та набувають форми окремих епізодів. Недужі тоді можуть цитувати цілі сторінки художніх творів, згадувати давні та незначні події свого життя, називати тисячі імен. Гіпермнезію зумовлюють сильні переживання, які призводять до того, що людина вельми довго пам'ятає про заповідяну образу, про грубе та вороже ставлення щодо себе. Гіпермнезія характерна для маніакальних станів, для початкових стадій сп'яніння, для шизофренії у стані гіпнозу.

## ЛЕКЦІЯ № 6

### Тема: Розлади мислення

#### План:

1. Відомості з психології мислення, що є основою симптомів і синдромів захворювань.
2. Розлади мислення – класифікація та суть.
  - а) розлади мислення за темпом: прискорення, уповільнення, затримка, туго рухомість;
  - б) розлади мислення за формою: надмірно обістійне, резонерство, розірваність, паралогічне, стереотипії, аутистичне, незв'язане, персерверації;
  - в) розлади мислення за змістом: маячні ідеї, надцінні ідеї, нав'язливі ідеї. Фобії. Синдром нав'язливих дій - ананкастичний. Форми маячення – несистематизоване (параноїдне) та систематизоване (паранойяльне). Синдроми маячення - параноїдний, парафренний, паранойяльний, синдром Котара.
3. Опанування навичками виявляти основні симптоми та синдроми розладів мислення за допомогою клініко-психопатологічного методу та із застосуванням патопсихологічного дослідження.

Для того, щоб сприяти отриманню вірних знань з об'єктивної реальності, мислення мусить відповідати таким **параметрам**, як:

- стрункність;
- продуктивність;
- цілеспрямованість;
- темп (швидкість).

**Стрункність** мислення (асоціативного процесу) виражається в необхідності мислити у відповідності з вимогами логіки, а також граматично правильно формулювати свої думки.

**Продуктивність** мислення – вимога мислити послідовно так, щоб асоціативний процес допrowаджував до нових знань.

**Цілеспрямованість** мислення – необхідність мислити заради реальної мети.

**Темп** мислення – швидкість протікання асоціативного процесу, що умовно виявляється в кількості асоціацій в одиницю часу.

Виділяють наступні **форми мислення**:

- поняття;
- судження;
- умовивід.

**Поняття** – процес виявлення істотних ознак предметів і явищ. Це найвищий рівень узагальнення, що характерний для словесно-логічного мислення. Поняття у своєму змісті мають те, що неможливо безпосередньо сприйняти органами чуття людини. Кожна особистість набуває понять спілкуючись з іншими людьми, але оволодіває поняттями впродовж особистого розумового розвитку, здобування навичок, знань, вмінь, досвіду тощо.

Розвиток понять у малечі чиниться поступово і, значною мірою, зумовлюється повсякденним життям у сім'ї.

За приклад розвитку розуміння понять залежно від віку дитини, візьмемо поняття «дерево». Це поняття не конкретне, а відноситься до цілої групи, котра характеризується ознаками, що є в будь-якого дерева (стовбур, гілки, листки). У це поняття не входить те, що характеризує лише дерево певного виду (наприклад, форма листків, особливості розташування гілок).

Від *гнучкості* понять частенько залежить реальність пізнання суттєвих якостей предметів. Гнучкість понять ми визначаємо, виходячи із суджень людини.

**Судження** – процес порівняння двох чи більше понять і формулювання на цій основі якої-небудь думки. Судження – це така форма мислення, що відбиває логічні зв'язки між предметами і явищами. Як правило, в ході свідчення чого-небудь, щось стверджується або заперечується. Судження істинне, в разі коли ствердження або заперечення відповідає очевидному, хибне – в разі коли передає зв'язок між явищами, якого насправді немає.

З кількох взаємозалежних посилок-суджень шляхом обдумування людина формулює нове судження, тобто робить умовивід.

**Умовивід** – важлива форма опосередкованого пізнання реальної дійсності, яка характеризується висновком, зробленим з кількох суджень.

Розрізняють **наступні способи умовиводів**:

- індукція;
- дедукція;
- аналогія.

**Індукція** – рух думки від одиничних тверджень до загальних знань. Результатом індуктивного умовиводу є загальне судження. Спостерігаючи, наприклад, за одним предметом (залізом), та за іншим (каменем), на які діє висока температура, бачимо, що вони під впливом тепла розширюються. Звідси формулюємо підсумок, що всі тіла в результаті нагрівання розширюються.

**Дедукція** – рух знання від більше загального до менше загального. Наприклад, знаючи, що всі тіла при нагріванні розширюються, ми формулюємо висновок, що і конкретне тіло (дерево або метал) також розширюється.

**Умовиводи за аналогією** є одиничним підсумком, що зроблений на базі подібності предметів, явищ, ситуацій за абстрактною ознакою.

**Розлади мислення** – симптом, який найчастіше зустрічається при захворюваннях психіки. Деякі з них вважаються типовими для тої чи іншої форми хвороби. Розлади мислення можуть бути найрізноманітнішими.

**Б.В. Зейгарник** поділяє всі розлади мислення на :

**розлади операційної сторони мислення:**

- а) зниження рівня узагальнення;
- б) викривлення процесу узагальнення.

**розлади особистісного компоненту мислення:**

- а) різноплановість мислення;
- б) зниження критичності мислення;
- в) зниження саморегуляції.

**розлади динаміки процесів мислення:**

- а) лабільність мислення;
- б) інертність мислення.

***розлади процесу саморегуляції пізнавальної діяльності:***

***I. розлади мислення за темпом:***

- а) прискорення мислення;
- б) уповільнення мислення;
- в) тугоухомість;
- г) ментизм;
- д) шперрунг.

***II. розлади мислення за стрункiстю:***

- а) розірваність;
- б) зсув;
- в) безладність;
- г) інкогеренція;
- д) вербігерація;
- е) паралогічне мислення.

***розлади цілеспрямованості процесу мислення:***

- а) різноплановість;
- б) обстійність мислення;
- в) резонерство;
- в) персеверації.

***розлади мислення за продуктивністю:***

- а) нав'язливі ідеї;
- б) надцінні ідеї;
- в) маячення.

Відомо, що мислення опирається на систему понять, які дають можливість відобразити дію в узагальнених і віддалених формах. ***Узагальнення*** – результат аналізу, за допомогою якого оголюються всі істотні зв'язки між предметами і явищами. Узагальнення дано людині системою мовлення, яка допомагає передати надбання людства і вийти за

межі одиничних уявлень. Деякі форми патології діяльності психічної призводять до того, що хворі втрачають можливість використовувати систему операцій узагальнення. Розлади *операційної сторони мислення* можуть мати наступні варіанти:

- зниження рівня узагальнення;
- викривлення процесу узагальнення.

*Зниження рівня узагальнення* можна спостерігати через такі зміни: в судженнях недужих переважають безпосередні уявлення про предмети і явища, встановлюються суцільно конкретні зв'язки між предметами. Особливо наглядно це можна уявити на прикладі аналізу результатів, отриманих за допомогою *методики класифікації предметів*. Наприклад, хворі поєднують в групи різні поняття: зошит і стіл (тому, що в зошиті можна писати лише на столі), книгу і диван (тому, що читати книгу можна на дивані). Предмети, які аналізують хворі поєднують на основі другорядних, а отже власне латентних (від лат. Latens – прихований, таємний) чи часткових ознак. В разі *яскраво вираженого зниження рівня узагальнення класифікація, як операція мислення, недоступна хворим. Хворі встановлюють лише конкретно-ситуаційні зв'язки.*

Аналогічні результати отримані під час виконання молодшими школярами завдань за *методикою «Четвертий зайвий»*. Наприклад, із ряду *коза, курка, кішка і корова* вилучається *кішка* (бо вона живе в квартирі, і тому домашня, а всі решта живуть в сараї, або на вулиці, вони вуличні, а не домашні тварини).

Експериментальні дані показують, що *операція класифікації, в основі якої лежить виділення провідної властивості предмету, не враховуючи багатьох інших конкретних властивостей предмету, викликає труднощі. Ці обставини є причиною того, що хворі застосовують конкретно-ситуаційне утворення груп. Наприклад, при показі предметних карток із зображенням *термометра, годинника, ваги і окулярів* хворий на*

*епілепсію* запропонував забрати *ваги*, оскільки «їх до кишені не покладеш, а все решта можна покласти».

Особливо чітко виступає нерозуміння узагальнення образу при поясненні приказок і метафор. Істинний смисл приказки стає зрозумілим лише тоді, коли людина відступає від конкретних фактів, які приводяться в приказці і конкретні одиничні явища набувають характеру узагальнення. Таке зміщення подібне до переносу способу вирішення одного завдання на інше. За переносом стоїть узагальнення, за ним аналіз, що пов'язаний з синтезом.

Часто зустрічається грубе порушення – буквальне розуміння прислів'я, що призводить до втрати узагальненого смислу його. Наприклад, прислів'я «*Куй залізо, поки гаряче*» хворий на *епілепсію* інтерпретує так: «*Залізо не можна кувати, коли воно холодне*».

Під час роботи з методикою «*віднесення фраз до приказки*» досліджуваним пропонуються окремі приказки і картки, на яких розкритий їх точний чи приблизний смисл. Наприклад, до прислів'я «*Шила в мішку не втайи*» пропонуються наступні фрази «*Швець ладнав шилом черевики*»; «*Правду приховати неможливо*», «*Швець через необережність вкинув шило в мішок*». Важкість завдання тут переноситься в іншу площину – потрібно не лише зрозуміти абстракцію, але і виключи те, що не відповідає смислові приказки.

Зниження рівня узагальнення виявляється також коли дослідження хворих проводиться за допомогою методики *пиктограм*. Так, малюнки хворих на *шизофренію* відрізняються великою схематичністю пустою символікою. Образи, що створюються хворими на *епілепсію* і *розумово відсталими* носять конкретно-ситуаційний характер і свідчать про нерозуміння ними переносу і умовності. Ці особливості виявляються в їх педантизмі, і нав'язливості.

Неузагальнений характер асоціацій у хворих на *епілепсію* і *розумово відсталих* осіб можна побачити під час проведення завдань на

*встановлення послідовності подій.* Для розміщення серії сюжетних картинок хворі керуються частковими деталями картинки, не пов'язуючи їх в єдиний сюжет. Асоціації, що виникають, зумовлюються лише окремими ізольованими елементами картинки, яка запропонована. Смислові взаємозв'язки між елементами в ситуації для хворого не відіграють ніякої ролі в виникненні асоціації.

Патопсихологічне дослідження показує, що діяльність мислення психічно хворих відображає предметний і людський світ і зв'язки в них недосконало. Повноцінний процес відображення властивостей і закономірностей явищ припускає вміння абстрагуватися від конкретних деталей.

***Викривлення процесу узагальнення*** – це розлади операційної сторони мислення, що є антиподом зниження рівня узагальнення. Даний розлад спостерігається найчастіше у хворих на шизофренію. *Викривлення процесу виражається в «відході» від конкретних зв'язків в надзвичайно викривленій формі. Хворі відображають у своїх узагальненнях лише випадкову сторону явища, предметний зміст якого вони не враховують і викручують.*

Вирішуючи завдання, хворі реалізують лише випадкові асоціації. Зв'язки, якими вони оперують, не відображають ні змісту явища, ні суті співвідношення між явищами. Наприклад, хворі можуть поєднувати *вилку, стіл і лопату за принципом твердості в одну групу. Завдання на класифікацію* вони виконують на основі настільки загальних ознак, що це виходить за межі змісту явища, або на основі зовсім зовнішніх, неістотних ознак. Наприклад, *жук і лопата* поєднуються в одну групу *«тому, що лопатою риють землю, а жук також риє землю».*

Особливо чітко видно характер суджень (без змісту) при виконанні *пiктограм*. Хворі встановлюють лише формальні зв'язки. Умовність виконаних малюнкiв доходить до абсурду і повної схематизації. Наприклад, для запам'ятовування слова «сумнів» хворий малює «сома», а

для слова «розлука» – «цибулину». Інший хворий для того, щоб запам'ятати слово «сумнів» малює «глину», тому що у «Глінки є романс "Сумнів", намалюємо глину».

Користування мовою – це перевага людини, але користування нею приховує можливість відірватися від дійсності, втекти в фантазію, якщо за словом не стоїть дійсність (І.П. Павлов). Через відсутність перевірки практикою діяльність мислення хворих стає неадекватною, а їх судження перетворюються в «розумову жуйку». Мова не полегшує виконання завдання, а ускладнює його, так як слова, що хворі говорять викликають випадкові асоціації. Хворі намагаються підвести будь-яке незначне явище під певну «концепцію».

Мислення є складною саморегулюючою формою діяльності яка визначається метою і завданням. Істотним для діяльності мислення є можливість звірити отримані результати з умовами завдання і зробити висновки. Втрата цілеспрямованості мислення призводить не лише до поверховості і незавершеності понять, але і до того, що мислення перестає бути регулятором дій людини.

*Джерело людських дій – усвідомлення потреби.* Така потреба для людини виступає у вигляді конкретних життєвих завдань і мети. Реальна діяльність людини, що спрямована на досягнення мети і завдань, корегується мисленням. *Думка, яка викликана потребою стає регулятором до дії.* Для того, щоб мислення могло регулювати поведінку, воно повинно бути *цілеспрямованим, критичним і особистісно-мотивованим.*

*Розлади мотиваційного компоненту виражаються в :*

- різноплановості мислення;
- резонерстві.

**Різноплановість мислення** – протікання суджень в різних руслах. Класифікація, виконана хворим, що страждає на різноплановість суджень, не має єдиного характеру. Весь час протягом якого виконуються завдання

,хворі поєднують картки на основі то властивостей самих зображених предметів, то особистих смаків і установок. Процес класифікації протікає в різних руслах. Наприклад, хворий поєднає в групу картки з наступними зображеннями: *лопата, ліжко, ложка, автомобіль, літак, корабель*. І пояснює «*Залізні. Предмети, що свідчать про силу розуму людського*». Хворі часто підмінюють виконання завдання виявленням суб'єктивного ставлення. Наприклад, той же хворий поєднає *шафу, стіл, прибиральницю і лопату* в одну групу, Пояснює це так: «*Меблі. Це група, яка вимітає погане з життя. Лопата – емблема праці, а праця несумісна з лінощами*».

Парадоксальність установок, смислове зміщення призводить до глибокої зміни структури будь-якої діяльності. В якості істотного виступає те, що відповідає зміненям парадоксальним установкам хворих.

**Резонерство** – це «неплідне мудрування», непродуктивне багатослівне розмірковування. Розмірковування хворого визначається не стільки змінами інтелектуальних операцій, скільки підвищенням афективним, неадекватним ставленням, намаганням підвести будь-яке незначне явище під «концепцію».

Резонерство виражається в претензійно-оцінній позиції хворого, схильності до великого узагальнення у відношенні до маленьких предметів і суджень. Афективне ставлення виявляється в самій формі висловлювання: багатозначній з пафосом. Граматична будова мови відображає емоційні особливості резонерства – своєрідний синтаксис, лексика висловлювань: використовуються ввідні слова. *Різноплановість і резонерство знаходять своє відображення в мові, яка має характер «розірваності». Розірвана мова не має основних, характерних для людської мови ознак.*

Порушення мислення може виникати в тих випадках, коли випадає постійний контроль за діями і корекція допущених помилок. Виділяючи якості розуму, науковці вказували на критичність і визначали її як вміння оцінити роботу думки, детально зважувати всі докази «за» і «проти».

Виконуючи експериментальні завдання, хворі здійснюють групу помилок, що пов'язані з:

- бездумним маніпулюванням предметами;
- байдужим ставленням до власних помилок.

Градація ставлення хворого до помилок служить показником критичності діяльності мислення.

Хворі на *шизофренію*, в основному, байдуже ставляться до своїх помилок. Це пояснюється порушенням мотивації мислення цих хворих. Хворі на *епілепсію*, навпаки, досить гостро переживають свої невірні відповіді і помилки, але оцінити якість відповіді самі не можуть. Їх реакція пов'язана з оцінкою їх відповіді експериментатором, а не змістом відповіді.

Визнання рефлексивної природи мислення означає що мислення це процес. Істинним проявом мислення як процесу є умовивід, що переходить в розмірковування. Порушення мислення, які зустрічаються в більшості випадків, не зводяться до розпаду понять, а виявляються *динамічними розладами мислення*. До них відносять:

- лабільність мислення;
- інертність мислення.

Порушення динаміки діяльності мислення може виражатися в *лабільності чи нестійкості способу виконання завдань*. **Лабільність мислення** – чергування адекватних і неадекватних рішень. Рівень узагальнення в основному може залишатися в нормі, але адекватний характер суджень може бути нестійким. Досягаючи в окремих випадках надвисоких рівнів узагальнення, недужі епізодично збиваються на неправильних і випадкових поєднаннях. *Лабільність мислення може виражатися в:*

- чергуванні узагальнених і конкретно-ситуаційних поєднань;
- підміні логічних зв'язків випадковими поєднаннями;
- утворенні однойменних груп (наприклад, осіб, що мають робочі професії).

Лабільність мислення виявляється у хворих з *маніакально-депресивним психозом у маніакальній фазі хвороби*.

*Маніакальний стан* характеризується підвищеним афективним станом і психомоторним збудженням. Хворі без перерви голосно говорять, сміються, жартують, супроводжуючи свою мову жестикуляцією і мімікою. Іноді викрикують окремі слова. Характерна надмірна нестійкість і розкиданість уваги. Асоціації, що виникають, носять хаотичний характер. Розуміючи смисл приказки, хворі не можуть на ньому зосередитися. Часом одне слово в приказці викликає асоціації, які далеко «заведуть» хворого від початкової теми розмови. У хворих спостерігається також підвищена реакція на будь-який подразник, що на них не спрямований. Одночасно характерна поява *введення* в контекст завдання слів, що означають предмети, які знаходяться перед ними. Будь-яка фраза може викликати дію, неадекватну до змісту їхньої діяльності.

Важкість переключення з одного способу роботи на інший носить назву *інертність мислення*. Зміна умов знижує можливості узагальнення матеріалу. Інертність зв'язків попереднього досвіду призводить до зниження операцій узагальнення і відвертання (наприклад, при здійсненні предметної класифікації). Хворі на *епілепсію, з наслідками важких травм, а також розумово відсталі* демонструють *значні труднощі при переключенні з одного завдання на інше. В них занижена здатність до розподілу уваги між різними видами діяльності. Хворі не здатні одразу виконувати два завдання: наприклад, малювати і розказувати вірш.*

*Розлади саморегуляції* відіграють важливу роль у здійсненні пізнавальної діяльності. Ці зміни виявляються у неможливості цілеспрямованої організації дій мислення. Деякі форми розладів мислення неможливо пояснити без врахування процесу саморегуляції: вони повинні розглядатися як прояви змін усвідомлення і підконтрольності дій мислення. Подібні змінені форми не зачіпають здійснення логічних операцій. Хворі можуть виконувати завдання, що вимагають розвинутого

абстрактного мислення, але в умовах, коли необхідно організувати свої дії (в ситуаціях невизначеності вибору, конфлікту) не здатні до здійснення цілеспрямованої дії, що є виразом дезорганізації мислення.

В якості одного із найважливіших аспектів саморегуляції мислення – рефлексивний аспект, що пов'язаний з процесом усвідомлення, перевірки, перебудови і вироблення способу діяльності. Виділяються дві *функції* – *контрольна і конструктивна рефлексії в пізнавальній діяльності*. **Контрольна функція** – виступає в формі перевірки відповідності дії до еталону. **Конструктивна** – в формі усвідомлення і перебудови дій.

*Саморегуляція не зводиться до усвідомлення, контролю і перебудови дій мислення*. Залежно від усвідомлення себе в даній ситуації, переживання її, ситуація набуває для індивідууму різного змісту. Переживання ситуації може стимулювати до продовження пошуку чи до відмови від пошуку. Іншими словами, *саморегуляція може бути спрямована на мобілізацію внутрішніх ресурсів для вирішення перешкоди, яка виникла (вирішення проблеми чи завдання) чи, навпаки, на вихід з конфліктної ситуації, або відмови від подальшого вирішення (спроба дискредитувати задачу і оправдати себе)*. Відповідно до цього, вчені виділяють ще дві *функції* саморегуляції пізнавальної діяльності – **мобілізуюча** (продуктивна з точки зору регуляції мислення) і **захисна** (непродуктивна).

*У хворих на шизофренію відбувається послаблення саморегуляції мислення, що виражається в розладі конструктивної і мобілізуючої функції, але контрольна і захисна функції залишаються відносно збереженими*. Хворі здатні до контролю своїх дій в тому випадку, коли мають еталон дій. Але, коли необхідно самостійно виробити новий спосіб дій і перебудувати попередній, хворі не усвідомлюють неадекватності своїх дій, і перебудови, по суті, немає. В таких ситуаціях посилюються захисні форми поведінки: вихід з ситуації з різних причин, відмова від продовження виконувати будь-що. Зниження усвідомлення дій мислення,

відсутність спрямованості на вихід із важкої і незнайомої ситуації, що негативно відбивається на загальній продуктивності діяльності мислення.

У хворих на *шизофренію* змінюється один із найважливіших механізмів саморегуляції – основа децентрації і самоаналізу – здатність до зміни позиції, відчуження і об'єктивності своїх дій. Так, при визначенні понять з інструкцією на зрозумілість іншій людині (так, щоб інша людина могла здогадатися про що йде мова), хворі часто не могли уявити себе в такій ситуації і використати культурний досвід. Визначення були розмиті і не дозволяли здогадатися про який предмет іде мова, здорові люди шукали ознаки, які мали достатню силу.

Подібні розлади саморегуляції вражають мотиваційну сферу та сферу потреб. Аналіз специфіки стабільних змін особистості хворих на *шизофренію* у співставленні з даними експериментально-психологічного дослідження дозволив сформулювати висновок, що *істотним фактором розладів саморегуляції є «установка на самообмеження», що виражається в спрямованості на обмеження контактів і сфер діяльності, перевазі діяти легкими способами, уникати труднощів і інтелектуальної напруги.*

**Прискорення мислення** – збільшення кількості асоціацій в одиницю часу, полегшення їх виникнення.

**«Скачок ідей»** - максимальне збільшення кількості асоціацій в одиницю часу.

**Уповільнення мислення** – зменшення кількості асоціацій в одиницю часу, сповільнення мови, яке характерне для всіх випадках загальмованого мислення. Загальмованість мислення спостерігається в *стані меланхолії або депресії* – хворий розмовляє і думає повільно, а в стані *ступору* зовсім не розмовляє.

**Ментизм** – «наплив думок», «вихор ідей», збільшення кількості асоціацій в одиницю часу, що не супроводжується зміною мови хворого, має подібний до приступу характер і виникає мимовільно. Це характерно

для хворих в *маніакальному стані* – збудження мови і «вихор думок», що змінюють одна одну. Хворий не встигає закінчити одну фразу і вже починає іншу. Спостерігається також непослідовність думок. Іноді прискорене мислення виражається в письмовій мові – хворий постійно пише листи, щоденники, в яких думки безладні (часом не встигає все записувати і навіть не встигає закінчити слово чи фразу),

**Шперрунг** – «закупорка думок», «обрив думок», раптова зупинка, перерив асоціативного процесу.

**Тугорухомість «протікання»** розумових процесів і важкість переключення. Ця форма розладу мислення характеризується запізнілими відповідями, коли послідовий подразник зберігає своє значення. Послідовий подразник дістає більшого сигнального значення, ніж актуальний. Наприклад, виконуючи завдання патопсихолога «*Назвати протилежне слово*» хворий до слова *спів* підбирає слово *мовчання*, а до слова *колесо* слово *тишина*. Аналогічно нхворий називає антоніми до слів: *обман* – *віра і голос* – *брехня*.

**Розірваність** – розлад мислення, визначити який можливо за зміненим логічним зв'язком в реченні, а збереженим граматичним зв'язком. У таких хворих окремі зв'язки і умовиводи можуть бути зовсім не поєднані між собою. Тому їх мову і письмові твори буває важко зрозуміти. Наприклад, хворий пише «яке знову щастя, 79. Він може довести до завершення ... статті будь-якого ходу справи... досліджувати малі аркуші темного паперу».

**Зсув** – легша ступінь розірваності мислення.

**Безладність** – розлад мислення, визначити який можливо за зміненими логічним і граматичним зв'язками в реченні (в мові виявляються *паралогія* – «мимомова» – відповіді на поставлені питання не по суті, невпопад, зумовлені активним чи пасивним негативізмом. *Паралогічне мислення* – поєднання обставин, явищ, положень, які не можливо протиставити; поєднання протилежних ідей, образів, з

мимовільною підміною одних понять іншими. Зсув з основного ряду мислення на другорядний, з втратою логічного зв'язку, «мислення з викрутасами». Відсутня здатність висловлювати правильне судження. Умовиводи випливають не з суджень, на яких вони ґрунтуються. Наприклад на запитання «Яка сила піднімає літак у повітря?», хворий відповідає; «Літак летить тому, що пасажирів чекають їхні родичі».

**Інкогенерція** – вища ступінь безладності мислення, втрата здібності до утворення асоціативних зв'язків, до поєднання уявлень, понять, до відображення дійсності в зв'язках і співвідношеннях. Мова хворого стає подібною на невпорядкований, набір слів, в яких немає смислу.

**Вербігерація** – такий розлад мислення, коли спостерігається ритмічне монотонне повторення якогось слова чи словосполучення, іноді нанизування подібних за звучанням фраз, слів чи складів без смислу.

**Обстійність** – такий розлад мислення, коли важко утворити нові асоціації через перевагу попередніх.

**Персеверація** – такий розлад мислення, коли важко утворити нові асоціації через тривале домінування однієї думки чи уявлення.

**Маячення** – уявлення і умовиводи, що не відповідають реальній ситуації і є помилковими, але хворий переконаний в їх правильності та переконати його неможливо. Зміст *маячення* може бути різноманітним.

**Манія впливу** полягає в тому, що недужі вважають, наприклад, що їх постійно гіпнотизують. **Манія величності** характеризується тим, що хворий вважає себе видатним музикантом, вченим, артистом, лікарем... У практиці спостерігаються також **нав'язливі ідеї зріховності і самозвинувачення** (недужий вважає себе злочинцем), **самоприниження** (хворий вважає, що він не вартий людського ставлення до себе), **матеріального руйнування** (хворий вважає, що він, його рідні, його дім, його місто – все зруйновано). Іноді маячення має *іпохондричний характер* (хворий вважає що в нього здохне новоутворення в «голові», немає серця). **Манія переслідування** – на перше місце «виступає» підозріливість

– хворому здається, що все оточення має до нього якийсь стосунок, наприклад, ним цікавиться преса, про нього пишуть в журналах, газетах, книгах. Посмішку людей, їхні розмови між собою вважає образливими, здається що більшість людей, що оточують вороги і хочуть отруїти його або вбити. У деяких хворих виникають також **маячні ідеї метаморфози** – зміни особистості.

**Надцінні ідеї** виникають як патологічна трансформація природної реакції на реальні події.

Буває так, що хворі усвідомлюють помилковість своїх думок і критично ставляться до них, але, попри розуміння безглуздість своїх суджень, звільнитися від їхнього впливу не можуть. У такому випадку йдеться про **нав'язливі думки і стани**.

Відомо кілька форм **нав'язливих станів**. Чималу групу серед них складають **фобії**: *агорафобія*, тобто страх перед широким простором; *клаустрофобія* – страх закритих приміщень. Іноді виникає боязнь чужого погляду чи впливу, боязнь почервоніти. До нав'язливих станів належить також **хворобливий сумнів**, коли хворі постійно перевіряють свої вчинки (кілька разів перевіряють чи вимкнули праску чи чайник на плиті до виходу з дому, і часто повертаються, щоб упевнитися в цьому). У випадку **хворобливого мудрування** хворий ставить безглузді запитання наприклад, «Чому собака має 4 лапи, а не 8?».

Особливі зміни мислення особистості відбуваються тоді, коли лікар діагностує **манію**. Хворі перебувають у стані нав'язливої потреби рахувати, згадувати прізвища. Якщо опираються цій потребі, то в них псується настрій, що унеможлиблює виконання своїх професійних обов'язків.

## ЛЕКЦІЯ № 7

### Тема: Розлади емоцій і волі

#### План:

1. Відомості з психології емоції, що є основою симптомів і синдромів захворювань.

2. Розлади емоцій і почуттів.

а) апатія , послідовність виникнення її проявів;

б) дисфорія: туга, злість страх, агресивність та тенденції суїциду;

в) слабкодушність – дратівлива емоційна слабкість;

г) психомоторні (рухові) розлади - гіперкінезія – рухове збудження, його різновиди (маніакальне, кататонічне, гебефренічне, епілептиформне, панічне), акінезія –загальмованість, ступорозні стани, їх різновиди (меланхолійний, кататонічний, епілептичний, реактивний ступор), паракінезія – парадоксальні рухові реакції, кататонічні розлади: кататонічний ступор та кататонічне збудження; кататонічні симптоми: негативізм (активний і пасивний), мутизм, імпульсивні дії, парадоксальні мимічні реакції, рухове заціпеніння, стереотипія, симптом повітряної подушки, воскова гнучкість, симптом драбини, ехофеномени, амбівалентність, амбігендентність.

3. Депресії у дітей та підлітків, відтінки депресивного афекту.

4. Особливості страхів та їх забарвлення у молодшому шкільному віці. Страхі підліткового віку.

5. Депресивний стан (меланхолійний синдром) та симптоми що входять до нього.

6. Маніакальний стан (маніакальний синдром) та симптоми, що входять до нього.

7. Відомості з психології волі, що є основою симптомів і синдромів захворювань.

8. Розлади волі:

а) гіпобулія;

б) гіпербулія;

в) абулія.

**Емоції** – психічні процеси і стани, поєднані з інтуїцією, потребами і мотивами, що виконують функцію регуляції активності особистості через відтворення важливості зовнішніх і внутрішніх ситуацій з ціллю реалізації проявів життя індивідууму.

**Емоції** – це переживання приємного і неприємного, що супроводжує сприймання себе і довкілля, задоволення потреб, виробничу діяльність, контакти особистості.

*Біологічна, психофізіологічна і соціальна суть емоцій і почуттів в тому, що вони мають організуючий і мобілізуючий вплив на організм та сприяють цілком відповідному пристосуванню до умов життя. Емоції і почуття відображають відношення, в яких знаходяться предмети і явища, у співвідношенні до потреб і мотивів діяльності людини.*

**Емоції** (в вузькому розумінні цього слова) – переживання, зумовлені задоволенням чи незадоволенням інстинктивних потреб в їжі, воді, повітрі, самозбереженні і сексуальному потягові. Туди ж слід зачислити й емоційні реакції, що «слідують» за відчуттями чи безпосереднім відображенням окремих властивостей предметів.

**Почуття** (вищі емоції) поєднані з потребами, що виникають в ході суспільно-історичного розвитку, із спілкуванням і відносинами між людьми. Вони – наслідок емоційного узагальнення. Почуття класифікуються так:

- морально-етичні;
- естетичні;
- інтелектуальні;
- почуття честі і обов'язку;
- дружби і колективізму;
- співчуття і співпереживання;
- поваги і любові.

**Особливості емоційних реакцій** пов'язані із ступенем прояву біологічних (інстинктивних) і соціальних потреб чи потягів, з важливістю для людини мотивів, віком, статтю, установкою, ситуацією успіху чи неуспіху, рівнем домагань, тривожності. Залежно від умов, що згадані вище, емоція може бути:

- організуючою і дезорганізуючою;
- адекватною і неадекватною;
- адаптованою і неадаптованою (відповідно до конкретної ситуації).

*До основних емоцій відносять інтерес-хвилювання, радість, подив, горе-переживання, гнів, відразу, презирство, страх, сором і провину.*

*За тривалістю і силою емоційних переживань – настрій – більша чи менша за тривалістю емоція, що визначається самопочуттям і ступенем соціального благоустрою на даний момент; афект – сильне і короткочасне переживання, що здатне набутти вигляду: гніву, люті, жаху, захоплення, відчаю без втрати самоконтролю; пристрасть – сильне, стійке і глибоке почуття, що захоплює і підкоряє собі основний напрям думок і вчинків.*

*За суб'єктивним тоном емоції і почуття поділяють на: позитивні (приємні) і негативні (неприємні); за впливом на діяльність – стеничні (мобілізуючі) і астеничні (дезорганізуючі, пригнічуючі); за механізмом виникнення – реактивні, що з'являються як реакції на усвідомлення відсутності добробуту і вітальні – розвиваються внаслідок змін функцій структур головного мозку, що зумовлюють емоції.*

#### **Класифікація розладів емоцій і почуттів**

1. Патологічне підсилення: *ейфорія і депресія;*
2. Патологічне послаблення: *параліч емоцій, апатія, емоційне сплющення, емоційна тупість;*
3. Розлади рухливості: *слабодухість (нетримання емоцій), лабільність і інертність емоційних переживань.*
4. Розлади адекватності: *неадекватність, амбівалентність емоцій, патологічна тривога і страх, дисфорія, дистимія, патологічний афект.*

**Ейфорія** – піднесений настрій, вельми помітна «різниця» між емоційним станом хворого та реальною ситуацією, неадекватність його (емоційного стану) у стосунку до ситуації. Окрім піднесеного настрою та самопочуття спостерігається прискорення протікання думок, нестійкість і відволікання уваги, зростання «бадьорості» і рухової активності, висока самооцінка, відсутність втоми.

Черепно-мозкові травми і всякі органічні захворювання головного мозку, що зачіпають лобні долі іноді дають картину так-званої “морії” – ейфорії «милостивого недотепи» з «хворобливими» вчинками, з втратою почуття дистанції і критичної оцінки поведінки. *Залишкові явища органічного пошкодження мозку не дають* симптоматики «морії», а *недоброякісні пухлини лобної долі зумовлюють* помітне наростання приголомшення, недостатнє осмислення ситуації і поведінки.

Підвищення настрою характерне для таких захворювань, як *істерія, епілепсія, шизофренія, іноді може мати особливість – екстазу* – хороший настрій із зануренням у себе.

*Депресія* – F34.81, згідно DSM-5-TR, – пригнічення настрою. Характерними ознаками депресії (крім пригнічення настрою) є зниження психічної вольової та загальної активності, поява думки про власну малоцінність, безперспективність та самогубство. Класичним варіантом є *вітальна депресія (меланхолія)*, що виражається у пригніченому настрої з тугою і тривогою, зниженні потягів, розладах сну, добових коливаннях настрою. Депресія *соматична* виникає в результаті органічного ураження головного мозку (симптоматична) відрізняється астеничним фоном, погіршенням стану до вечора. Депресія *психогенна* відрізняється наявністю в переживаннях моментів, що травмували психіку. Будь яка із вказаних депресій періодично може набувати характеру *ажитированої* депресії що відрізняється збудженням, прагненням самознищення, намірами вчинити самогубство.

Депресії також поділяють на *психотичні і непсихотичні*.

До *психотичних* відносять такі депресії, які характеризуються пригніченням настрою у поєднанні з маячними ідеями, чи ідеями самознищення, самозвинувачення, гріховності, відносинами переслідування з переживанням, вітальною тугою, відсутністю критики і вчинками самогубства.

*Непсихотичні депресії* характеризуються критичною оцінкою свого стану і ситуації, збереженням понять і зв'язків із зовнішніми і внутрішніми обставинами.

Труднощі зумовлює діагностика *депресій у дітей і підлітків*, оскільки депресивні стани мають різну етіологію (енцефалопатія, неправильні відносини між батьками, труднощі в школі, психічні захворювання батьків) і відрізняються за клінічною картиною. У дівчат депресії частіше виявляються у зниженні маси тіла, сповільненні рухової активності, тривожності і страхові, плаксивості, думках про самогубство і вчинках самогубства. У хлопців – у вигляді слабкості з головним болем і сновидіннями, рухливим неспокоєм, втечами з дому, прогулами уроків, агресивністю, послабленням уваги, нічним нетриманням сечі, нав'язливим бажанням гризти нігті.

#### ***Виділені наступні форми юнацької депресії:***

■ апатоабулічна (втрата інтересу до навчання, праці і розваг, почуття спустошення);

■ бунтарська (загострення вікових рис характеру, реакції протесту, подразливість, хуліганські вчинки, зловживання алкоголем і наркотиками, агресивність, “боротьба” зі старшими і вчинки самогубства);

■ в вигляді позиції покори, примирення, втрати цікавості до вибору професії, байдужого ставлення до власної долі й майбуття;

■ в вигляді патологічної лабільності настрою, зміни бажань і намірів.

До депресивних станів відносять ***дистимію і дисфорію***.

***Дистимія*** – короткочасні (протягом декількох годин чи днів) розлади настрою в вигляді депресивно-тривожного з гнівливістю, невдоволеністю, роздратованістю.

***Дисфорія*** – стан гнівливості з агресивними тенденціями на фоні зниженого настрою. *Дистимія і дисфорія спостерігаються коли виявлені органічніх ураження головного мозку, епілепсія чи психопатія.*

Одним із гострих проявів депресії вважають **несамовитість (раптус)** – напад відчаю, страху, глибокої туги, з психомоторним збудженням, звуженням свідомості, агресивними діями. Виникає за механізмом “вибуху” депресивного афекту, що накопичився.

**Параліч емоцій** – гостре, короткотривале їх виключення у зв’язку з раптовим шоковим впливом ситуації, що виникла – стихійне лихо, катастрофа, важка звістка. **Параліч емоцій** – це різновид *психогенного ступору*, тому що він виникає в результаті психічної травми і супроводжується руховою активністю, що виявляється нерухомістю, відсутністю спілкування, зниженою чутливістю.

**Апатія** – байдужість до самого себе, навколишніх, рідних і близьких, що супроводжується бездіяльністю і зниженням апетиту чи взагалі відмовою від їжі. *Такий стан спостерігається в результаті тривалого впливу факторів, що травмують психіку, а також при хронічних інфекційних і соматичних захворюваннях, органічних ураженнях головного мозку.*

**Емоційна сплосненість і емоційна тупість** – збідніння емоційних переживань, що наростає поступово і стосується, в першу чергу, вищих емоцій, у відношенні до себе – байдужість до себе, свого положення, долі своїх рідних і близьких. Спостерігається при *шизофренії*. **Емоційна сплосненість** часто супроводжується розгальмованими потягами, брутальністю, неохайністю, зниженням цікавості до навчання і праці.

**Підвищена лабільність** – швидка зміна емоцій, перехід від однієї емоції до іншої (від веселощів до сліз і навпаки), що спостерігається при *істеричній психопатії*.

**Легкодухість** – емоційна слабкість, що характеризується нестійкістю настрою, підвищеною емоційною збудливістю з нетриманням емоцій, подразливістю, слізливістю у хвилини сентиментального настрою. Зміна негативних емоцій позитивними і навпаки проходить за незначного приводу, що свідчить про підвищену емоційну чутливість. Спостерігається

*в період одужання після соматичних захворювань, черепно-мозкових травм і церебрального атеросклерозу.*

***Інертність емоцій*** – визначається тривалою «зупинкою» на неприємних переживаннях, почутті провини, образи, злоби та помсти, що спостерігається у хворих на епілепсію.

***Неадекватність емоційних реакцій*** – доволі частий симптом в клініці недуг психічних, наприклад, неадекватний сміх тоді, коли здійснюється чин поховання близької людини, неадекватний сміх у малечі, що особливо виявляється реакцією протесту, коли на дитину сварять, а вона сміється.

***Амбівалентність*** – одночасне існування протилежних емоцій (наприклад, любов і ненависть). *Це змушує задуматись або передбачити акцентуацію характеру або психопатію.*

***Патологічний афект*** – короткочасний психічний розлад, який виражається в несподіваному нападі надзвичайно сильного гніву чи люті у відповідь на психічну травму. Супроводжується потьмаренням свідомості, бурхливим руховим збудженням з автоматичними діями і наступною амнезією (втратою пам'яті).

*Розвиток патологічного афекту проходить за трьома стадіями:*

■ підготовча – під впливом психічної травми свідомість концентрується на вузькому колі переживань, які травмують особистість;

■ стадія вибуху – відбувся афективний розряд, що виявляється в руховому збудженні, глибокому розладі свідомості, зміні орієнтації, безладності мови. Вказані симптоми супроводжуються різким почервонінням чи зблідненням обличчя, надмірною жестикуляцією і незвичайною мімікою.

■ стадія заключна – характеризується різко вираженим психічним і фізичним виснаженням, наступає загальне розслаблення, в'ялість, байдужість, часто виникає глибокий сон. Після пробудження виявляється амнезія – забування того, що відбувалося під час патологічного афекту.

Іноді людина, яка скоїла злочин засинає біля жертви. Спостерігається при психопатії, травмах головного мозку. Під впливом виснаження під час хвороби, вагітності, втоми чи безсоння стан зниженої опірності мозку може виникати у цілком здорових людей.

***В судово-психіатричній практиці патологічний афект розглядається як тимчасовий розлад психічної діяльності, який виключає відповідальність за скоєні в такому стані вчинки.***

***Страх*** – емоційна реакція людини на реальну чи несправжню небезпеку. Страх характеризується депресивними станами психіки хворого, неспокоєм, нервуванням, прагненням вийти з непередбачуваної ситуації.

Схильність до реакцій страху залежить від статі, віку, індивідуальних особливостей, соціально набутої витривалості і соціальної установки особистості, початкового соматичного і нервово-психічного стану, а також індивідуального значення та міри загрози соціальному добробуту. Свідомий контроль відіграє важливу роль не лише через затримку проявів страху у поведінці, але також попереджає його зародження, що аргументує значення активності особистості (яка усвідомлюється) у вирішенні складних ситуацій, котрі виникають впродовж життя.

***Градації страху*** – жах, паніка, лякливість, тривожність, забитість, боязкі очікування.

### ***Класифікація страху***

#### ***I. За формою та відтінками проявів:***

*страх астеничний* – заціпеніння, слабкість, недоцільність вчинків;

*страх стеничний*, що виявляється панікою, втечею, агресією.

#### ***II. За ступенем вираження:***

*Переляк* – несподіваний і короткочасний страх, що виникає через зміну ситуації (несподівана і неприємна, але чітко усвідомлена), котра загрожує життю чи добробуту людини;

*Острах* – почуття страху, що виникає поступово і поєднане з усвідомленням тривалої небезпеки, яка може бути усунена чи на яку можна вплинути;

*Жах* – найвищий рівень страху, який характеризується пригніченою розумовою діяльністю.

### ***III. За формою прояву:***

*страх вітальний* – переживання страху походить з власного тіла, з емоціональних систем головного мозку;

*страх реальний* – небезпека походить з навколишнього оточення;

*страх моральний* (страх совісті) – виникає в результаті розладнання намірів.

### ***IV. За видом:***

*Усвідомлений «поширений» страх;*

*усвідомлений локалізований страх;*

*неусвідомлений «поширений» страх;*

*прихований локалізований страх.*

### ***V. За етапами розвитку:***

*нерішучість;*

*невпевненість;*

*зняквовілість;*

*боязкість;*

*тривогу;*

*страх;*

*жах.*

***Страх і тривогу*** поділяють також на *нормальні і патологічні варіанти*, тобто такі, що виникають за наявності реальної, усвідомленої чи недостатньо усвідомленої загрозової ситуації, або ж як хвороботворна реакція.

### ***В структурі страху виділяють 3 основні розлади:***

*Афективний* – почуття небезпеки;

*Інтелектуальний* – невпевненість;

*Вольовий* – нерішучість.

***Розрізняють 3 патологічні форми страху:***

*нав'язливий страх* (фобія) – в зв'язку з певною ситуацією, з усвідомленням абсурдності;

*іпохондричний* – виникає в ситуації, що поєднана з іпохондричними переживаннями без критичного ставлення;

*психотичний* – виявляється як розлад психіки в зв'язку з депресивними переживаннями чи як дифузний страх.

***Тривога*** – це страх без будь-якої явної причини чи об'єкту, як усвідомлений емоційний стан без конкретного змісту. ***Критеріями ознаку синдрому тривоги*** вважаються *психічні ознаки* – неспокій, тремтіння, почуття безпомічності, невпевненості, небезпеки, що загрожує, зниження критичності; *психомоторні ознаки* – відповідна міміка і жестикуляція, збудження чи пригнічення аж до раптусу чи ступору; *вегетативні ознаки* – зростання артеріального тиску, частоти пульсу та дихання, розширення зіниць, сухість в роті, блідість обличчя, пітливість.

***До патологічних змін вольової сфери особистості, насамперед, відноситься:***

- гіпобулія;
- гіпербулія;
- абулія.

*Гіпобулія* – такий стан психіки, що виявляється зниженням бажань і спонукань до діяльності. Хворі завжди мляві рухова активність у них виявляється мало, увага ослаблена. Гіпобулія може бути первинним симптомом захворювання. Вона також виникає внаслідок виснаження нервової системи через наявність деяких соматичних розладів у людей, які хворі.

*Гіпербулія* – стан психіки, для якого характерне підвищення активності хворого, що виявляється в незвичайній рухливості для

звичайної людини. Так, хворий з маніакальним синдромом багато рухається, ходить від одних знайомих до інших без потреби, знайомиться на вулицях і розповідає оточуючим про свої проекти, винаходи тощо. Якщо оточуючі не знають про те, що людина хвора, вважають її вельми діяльною і зацікавленою проблемами. Детальніше знайомство з хворим свідчить, що підвищена активність поєднується з низькою продуктивністю. Хворий, як правило, не доводить справу до логічного завершення, береться за іншу. Гіпербулія супроводжується інтенсивними емоційними станами, жестикуляцією і мімікою.

*Абулія* – патологічний розлад регуляції дій психікою. Виявляється у відсутності спонукань до праці (активності), в нездатності прийняти рішення і виконати потрібну дію, хоч необхідність її таки усвідомлюється. Глибокий прояв абулії характеризується повною відсутністю у хворого зовнішніх рухових реакцій, він нерухомо сидить або лежить.

Без допомоги обслуговуючого медичного персоналу вони не в змозі задовільнити елементарні життєві потреби. Загальмовані у них також реакції мови, у деяких випадках відсутні оборонні рефлекси.

*Ступор* – (від лат. Stupor – заціпеніння) психопатологічний розлад, що супроводжується пригніченням психічної активності яка виявляється у повній нерухомості, зниженні всіх видів чутливості, відсутності мовлення.

***Розрізняють кілька форм ступору:***

- депресивний;
- психогенний;
- кататонічний.

*Депресивний ступор* – здебільшого «супроводжує» маніакально-депресивний психоз. Хворі не здатні виконати будь-яку дію чи рух, на запитання відповідають неохоче, окремими словами, а на обличчі спостерігається вираз туги і скорботи.

*Психогенний ступор* – хворі нерухомі, спілкування з оточенням відсутнє, але під час розмови про ситуацію, яка травмувала психіку,

виявляють ту чи іншу емоційну вегетативну реакцію (плачуть, червоніють, бліднуть).

*Кататонічний ступор* – хворі нерухомі, годинами можуть сидіти, лежати або стояти не змінюючи пози. Внаслідок зростання м'язевого тонусу спроба змінити положення тіла не вдається. Найчіткіше стан рухового «гальмування» виявляється в тому, що хворі спонтанно обирають «внутрішньоутробну позу» з притиснутими до тулуба кінцівками. Рухова пасивність, за якої тонус м'язів занижений та хворим легко можна надати будь-якої пози, в якій вони «застигають» має назву **каталепсія** або *воскова гнучкість*.

Ступор може супроводжуватися симптомами негативізму. Хворі чинять немотивовану протидію за будь-якої спроби вплинути на них, наприклад, провести медичну процедуру, одягнути, нагодувати. На прохання показати язик, розплющити очі, хворі судомно стискають щелепи і заплющують очі. Одним з виявів негативізму (триває від кількох годин до кількох місяців) є довготривале мовчання (*мутизм*) – німота за умови збереження розуміння мови оточуючих і відсутності органічних уражень центрів.

Іноді ступор змінюється збудженням. Хворі виконують безглузді рухи, здатні на прояв агресії та стають небезпечні для оточення. Збудження іноді виявлятися в одноманітних рухах або у вимовлянні одних і тих же слів.

***До розладів волі і потягів належать також розлади сфери інстинктів – харчового і статевого.***

*Послаблення харчового інстинкту* може мати органічне функціональне і психогенне походження. Послаблення харчового інстинкту виявляється у зниженні апетиту, аж до анорексії з відмовою від прийому їжі. Часто спостерігається при депресивних станах. При шизофренії відмова від їжі є відображенням маячних ідей чи негативізму. При неврозах в юнацькому віці спостерігається психогенна анорексія.

*Підвищення харчового інстинкту* спостерігається при органічному ураженні чи подразненні структур мозку, пригніченні регулюючої функції кори головного мозку чи при ендокринних розладах. **Поліфагія** (ненажерливість, розгальмованість харчового інстинкту за відсутності підвищеного апетиту) буває при розумовому недорозвитку, деменції і деяких органічних ураженнях головного мозку.

*Розладами потягів* вчені вважають, так звані, імпульсивні потяги, що виявляються в непереборних прагненнях їх реалізувати. До них відносяться:

- дромоманія – потяги до бродяжництва;
- клептоманія — F63.2, згідно DSM-5-TR, – потяги до крадіжок без корисливих цілей;
- піроманія — F63.1, згідно DSM-5-TR, – потяги до підпалювання.

Окрім перерахованих в дитячій клініці описані наступні синдроми патологічних потягів:

- трихотілломанія – патологічний потяг видирати волосся;
- оніхофагія – патологічний потяг гризти і з'їдати нігті;
- арифмоманія – патологічний потяг рахувати вікна в будинках, сходини на драбині.

До *розладів рухового акту* належить *апраксія* (бездіяльність) – порушення цілеспрямованої дії за умови збереження елементарних рухів, що складають її. Хворий втрачає здатність користуватися предметами за призначенням, наприклад, не може одягнутися, запалити сірника.

До розладів вольової сфери належать також *сексуальні збочення*, серед яких: *мазохізм* – бажання відчувати фізичний біль або моральне приниження, що їх завдає сексуальний партнер; *садизм* – статевого задоволення досягають у ході того, що завдають *партнерові* фізичного болю, *гомосексуалізм* – сексуальний потяг до осіб своєї статі, *зоофілія* – здійснення статевого акту з тваринами.

Особливим різновидом патологічних ознак вольової сфери є *симптом аутизму*, що проявляється втратою потреби спілкуватися з навколишніми з формуванням патологічної замкнутості, відгородження і нелюдськості.

Виділяють також *симптом автоматизмів*. Автоматизми характеризуються мимовільним і неконтрольованим здійсненням ряду функцій, які не мають зв'язку з імпульсами, що їх викликали.

***Виділяють наступні різновидності автоматизмів:***

- «амбулаторний»;
- сомнамбулічний;
- асоціативний;
- сенестопатичний;
- кінестетичний.

«Амбулаторний автоматизм» – варіант розладу свідомості у хворих з епілепсією, виявляється в тому, що хворий може здійснювати зовнішньо впорядковані і цілеспрямовані дії, про які після епілептичного нападу забуває.

Подібні дії людина здійснює при *сомнамбулічному автоматизмі*, коли вона знаходиться в стані між сном і неспанням чи в гіпнотичному трансі.

Більш складні автоматизми зустрічаються *синдромі психічного автоматизму Кандинського-Клерамбо*. Цей синдром є ознакою шизофренії і проявляється такими видами автоматизмів:

- асоціативним – при якому людина відчуває, що мислення і мова відбуваються поза її волею (клінічно проявляється ментизмом і шперрунгом).
- сенестопатичним – при якому відчуття в тілі розцінюються як чужі, нав'язані, «пороблені».
- кінестетичним – при якому втрачається відчуття контролю власних рухів і дій.

## **ЛЕКЦІЯ № 8**

### **Тема: Розлади пов'язані з розвитком, розумова відсталість**

#### **План:**

1. Затримка психічного розвитку – види і коротка характеристика.
2. Методи патопсихологічної діагностики.
3. Визначення поняття «олігофренія». Поширеність розумової відсталості та затримки розвитку.
4. Ступені олігофренії: ідіотія, імбецильність, дебільність.
5. Диференційовані форми олігофренії: амавротична ідіотія, мікроцефалія, гідроцефалія, кретинізм, мікседема, хвороба Дауна, ензимопатії інфекційного походження.
6. Діагностика та диференційна діагностика олігофреній.
7. Профілактичні та реабілітаційні заходи. Особливості експертизи хворих на олігофренію.

**Затримка психічного розвитку** – це уповільнення темпів розвитку, що виявляється в недостатності загального резерву знань, незрілості мислення, перевазі ігрових інтересів, швидкій втомі від інтелектуальної діяльності.

Затримка психічного розвитку станом, що межує між нормою та дебільністю. На практиці необхідність визначення затримки психічного розвитку у дошкільнят виникає, коли дитина вступає до школи, у підлітків у зв'язку із судово-психологічною експертизою, для розв'язання питання про відповідність рівня розвитку вікові.

#### **Виокремлюють такі типи затримки психічного розвитку (ЗПР):**

- гармонійний психофізичний інфантилізм;
- органічний інфантилізм;
- церебрально-органічна затримка;
- соматична затримка;
- педагогічна та мікросоціальна занедбаність.

**Гармонійний психофізичний інфантилізм** – затримка психічного розвитку конституційного походження. Часто незрілість властива також іншим членам сім'ї, але не досягає патологічного рівня. В деяких випадках незрілість зачіпає не лише психіку, а й фізичний розвиток дитини.

Гармонійний психофізичний інфантилізм характеризується тим, що дитина має зріст та масу тіла дещо нижчу, ніж ровесники, відрізняється жвавістю моторики та емоцій, а коло інтересів поширюється лише на ігри (як вид діяльності). Однак, в такому випадку, гра досить добре розвинута, сюжетно-рольова; граючись, дитина демонструє чимале самовладання та креативність. Водночас, навчально-пізнавальна діяльність стає малопривабливою, виконання навчальних завдань обумовлює швидке перенасичення. Емоції і мотивація відповідають молодшому вікові. Самооцінка диференційована слабо. Але істотних порушень психічних процесів При цьому не спостерігаємо. Незрілість зачіпає, переважно, сферу емоцій та волі особистості, зумовлюючи недостатність довільної регуляції практичних та теоретичних дій, мислення запам'ятовування, зосередження уваги. Організуюча допомога та постійне заохочення допомагає дітям показати достатні досягнення в інтелектуальній сфері.

**Органічний інфантилізм** виникає як наслідок перенесених органічних ушкоджень у ранньому дитинстві (травма, інфекція). У випадку, що вказаний, спостерігаємо явні ознаки незрілості емоційно-вольової сфери: нездатність до довільного зосередження під час розумової діяльності, та, головним чином, ігрова мотивація.

Виражені такі особливості емоційно-вольової сфери: при переважанні підвищеного фону настрою спостерігається непосидючість, рухливість. Дитина не здатна на вольове зусилля та самоорганізацію під час діяльності. Вчителі скаржаться на дітей як на розгальмованих та недисциплінованих.

В таких дітей спостерігаються також риси органічного ураження центральної нервової системи: інертність психічних процесів, незграбність моторики, висока орієнтація на реакцію дорослого, прагнення удостоїтися похвали. Тоді дитина мало заінтересована змістом завдання, не може самостійно оцінити успішність власної діяльності. Дослідження інтелекту визначає нижню межу вікової норми. Самооцінка висока, ставлення до

навчання не виявляє позитивного ставлення (“нудно”, “важко”, “краще погратися”).

В малечі з перевагою рис гальмування та розчарування легко виникає шкільна тривожність. Вона (малеча) переймається через свої невдачі в навчанні, хоча, в загальному, переважає ігровий інтереси. На заняттях діти підкоряються вимогам дисципліни, але бояться відповідати біля дошки і перед однокласниками. Пасивність та повільний темп сенсомоторики стає причиною того, що дитина не може зрозуміти і виконати завдання одночасно з іншими школярами. Усвідомлення своїх недоліків ще більше гальмує особистісний розвиток дитини.

В дітей з органічним інфантилізмом спостерігаємо значне поліпшення поведінки та успішності завдяки регулярному лікуванню та оздоровленню.

**Розумова відсталість** широко розповсюджена у всьому світі (1-3% населення). Приблизно 75% осіб розумово відсталих мають легку відсталість ( $IQ > 50$ ). Решту, тобто ті, у кого  $IQ < 50$ , складають приблизно 4 на 1000 населення 10-14 років. За ostatтій час помітне збільшення кількості розумово відсталих. Чим це пояснюють науковці? Насамперед, зростанням загальної тривалості життя, а також «виживанням» дітей з вадами розвитку і дефектами центральної нервової системи через успіхи медицини. Також має значення точний облік таких осіб в багатьох країнах світу.

**Олігофренія** – це затримка розвитку інтелектуальної сфери, що повстає під впливом спадкових, внутрішньоутробних несприятливих факторів або перенесених у ранньому дитинстві захворювань і характеризується, передусім, різним рівнем розумового недорозвитку.

**Етіологія:**

- спадкові, в тому числі, пов’язані з ураженням генеративних клітин;
- внутрішньоутробні, що діють на зародок і плід;

■ перинатальні і перших 3 років життя.

Не дивлячись на велику різноманітність клінічних форм, олігофренії властиві загальні ознаки психічного недорозвитку:

Насамперед, олігофренія виявляється в тотальному нервово-психічному недорозвитку. Недорозвиток зачіпає не тільки інтелект дитини, але й усі інші функції та психічні процеси (сприймання, пам'ять, увагу, мову, моторику, емоції, волю...).

По-друге, *важливою особливістю психічного недорозвитку є ієрархічність*: пізніші вищі форми психічних процесів уражені сильніше, ніж елементарні. Наприклад, відносно збережені елементарні функції моторики: ходи, хапання, змінена точна координація рухів, дрібна моторика китиці.

В дітей ми спостерігаємо уповільнене формування *рухових навичок*, порівняно з нормою, вони значно пізніше розпочинають сидіти, робити перші кроки. Надалі ми зауважуємо помилковість зорово-моторної координації, уповільнення швидкості реакцій. Помітний розлад *довільної уваги*, в деяких випадках недостатні обсяг уваги, її розподіл та переключення. *Сприймання* в таких дітей визначається бідністю і недостатністю: меншим порівняно з нормою обсягом, утрудненнями в сприйманні зорово-просторових співвідношень, матеріалу та форми предметів. Специфічним є *порушення пам'яті*: механічне запам'ятовування порушене незначно, або ж взагалі не порушене. Трапляється хороше механічне запам'ятовування цілих речень без розуміння суті. Опосередковане і асоціативне запам'ятовування розвинуто гірше.

*Розлади функції мови* виявляється по-різному залежно від важкості та причин олігофренії. Трапляються зміни моторики мови, що призводить до невірної вимови звуків. Низька переконливість мови: недостатній загальний запас слів, змінена граматична будова мови. Пасивний словниковий запас більший за активний, проте специфічним є вкрай

обмежене розуміння слів та виразів, які виходять за межі повсякденного життя, змінена регулююча функція мови. Її використання для саморегуляції діяльності дитини утруднене.

*Інтелект* теж уражений цілком і рівномірно. Спостерігається неспроможність формування понять, нездатність до самостійного узагальнення та виокремлення. Змінена функція предметного аналізу. Дослідження вербального та невербального інтелекту не виявляє суттєвої різниці в рівні досягнень.

*Емоційно-вольова регуляція* недостатня. Мають значення тільки безпосередні подразники, низька спроможність до вольового сприймання і контролю емоційних імпульсів.

*Загальна незрілість особистості* виявляється в пасивності, сильній навіюваності, недорозвитку пізнавальних інтересів та вольової регуляції.

***Класифікація олігофренії.*** Існують різні класифікації олігофренії. Найбільше вживана базується на групуванні олігофренії за рівнем слабоумства. Спостерігаються такі ступені олігофренії:

- ідіотія;
- імбецильність;
- дебільність.

Поширена також етіологічна класифікація. За етіологією розрізняють наступні групи і форми олігофренії:

*Перша група, олігофренії, зумовлені спадковими факторами:*

- істинна мікроцефалія;
- синдром Крузона і Апера;
- ксеродермічні форми (синдром Рада);
- ензимопатичні форми, зумовлені зміною білкового, вуглеводного, ліпідного і інших видів обміну – фенілкетонурія, галактоземія, синдром Морфана;

■ хвороба Лоуренса-Муна-Барде-Бідля і інші рідкісні спадкові захворювання;

■ олігофренії, зумовлені хромосомними абераціями: хвороба Дауна, синдром Шерешевського-Тернера, синдром Клайнфелтера;

■ олігофренії, викликані мутацією генеративних клітин батьків (іонізуюча радіація, хімічні агенти).

*Друга група, олігофренії, зумовлені внутрішньоутробним ураженням зародку і плоду (ембріо- і фетопатії):*

■ вірусними інфекціями – рубеолярна ембріопатія;

■ вродженим сифілісом, токсоплазмозом та іншими інфекціями;

■ гормональними змінами та іншими ендогенними факторами.

*Третя група, зумовлені шкідливими факторами перинатального періоду і перших 3 років життя:*

■ імунологічною несумісністю крові матері і плода;

■ асфіксією плоду новонародженого і родовою травмою;

■ перенесеними інфекціями і черепно-мозковими травмами;

■ атипові через вроджену гідроцефалію, краніостеноз, дитячий церебральний параліч.

*Залежно від температури олігофренів поділяють на:*

■ торпідних (заторможених);

■ еретичних (збудливих).

**Ідіотія** – найглибший рівень психічного недорозвитку з майже повністю відсутньою мовою і мисленням, потребою в постійному догляді і нагляді – F73, згідно DSM-5-TR, ( $IQ = 0-5$ ).

У недужих або взагалі відсутня реакція на звичайні подразники, або вона неадекватна. Сприймання осіб неповноцінне, увага відсутня чи вкрай нестійка. Мова не розвинута, обмежується лише звуками, окремими словами, розуміння зверненої до них мови відсутнє. Хворі діти або зовсім не володіють статичними чи локомоторними навиками, або набувають їх

дуже пізно. Часто вони не можуть жувати і ковтають їжу непрожованою, можуть харчуватися лише рідкою їжею, яка-небудь осмислена діяльність недоступна. Хворі не володіють навіть простими навиками самообслуговування, неохайні. Покинуті самі на себе, вони впадають в безперервне несмислове збудження з монотонними рухами, автоматичним розгойдуванням, стереотипним розмахуванням руками, плесканням в долоні тощо. Особи з ідіотією не відрізняють рідних від чужих. Емоції елементарні і пов'язані лише з задоволенням чи незадоволенням, що виражається найбільше примітивним чином, в вигляді збудження чи крику. Дуже легко виникають афекти злоби, що виявляються в сліпому гніві і агресивних тенденціях, які спрямовані на себе (кусають, драпають і б'ють себе). Часто хворі їдять нечистоти, жують все, що потрапляє під руку. Глибокий недорозвиток психіки часто поєднується з грубими дефектами фізичного недорозвитку.

Діти з таким ступенем недорозвитку інтелекту, як правило, утримуються в інтернатах соціального забезпечення. Істотної позитивної динаміки їхнього стану в міру подорослішання не спостерігається, вони залишаються непристосованими до елементарного обслуговування себе.

**Імбецильність** – середній рівень недорозвитку психіки. Мова і психічні функції розвинуті більше, але такі особи не надаються до навчання, нездатні працювати, їм доступні лише елементарні навички обслуговування себе – F71, 72, згідно DSM-5-TR, ( $IQ = 5-49$ ).

*Імбецили* мають досить добре диференційовані різноманітні реакції на навколишнє. Їхня мова аграматична, спостерігається невміння правильно і чітко вимовляти звуки. Вони можуть говорити нескладними фразами, запас слів рідної мови складає іноді 200-300 слів. Хоча підтримання певної пози та рухової активності формується зі значною затримкою, хворі, усе ж, засвоюють навички охайності, самостійно їдять, здатні обслуговувати себе самостійно. Таким хворим доступні нескладні узагальнення, вони мають деякий запас відомостей, непогано орієнтуються

в звичайних життєвих обставинах. В зв'язку з відносно доброю механічною пам'яттю і пасивною увагою, вони спроможні опанувати найпростіші знання, котрими користуються постійно як «трафаретом». Окремі хворі обізнані з порядковим рахунком, знають букви (іноді не всі), але оволодіти їм вдається лише тільки вельми простими трудовими навиками, як от: прибирання, прання, миття посуду, окремими найпростішими функціями на виробництві. Помітна крайня несамостійність, погане переключення. Емоції бідні, одноманітні, психічні процеси малорухомі чи інертні. На зміну обставин хворі реагують негативно. В той же час, особистість їх більше розвинута, ніж за умов наявності ідіотії, вони кривдні, соромливі (коли зачерпити недоліки), вміють відповідно реагувати на суперечку чи похвалу. Не мають ініціативи і самостійності, легко губляться в незвичних обставинах і потребують постійного нагляду та опіки. Хворі мають також підвищену навіюваність і схильність до сліпого наслідування.

Виокремлюють такі рівні імбецильності:

*Глибока імбецильність*, досить близька до ідіотії (IQ = 5-19), але вже таким хворим не так складно виробити навички охайності. Вони здатні опізнати рідних та близьких, реагують на їх повсякчасні прохання, використовують окремі слова з ціллю спілкування, але, все ж, мовлення роздільними фразами відсутнє.

*Чітко виражена імбецильність* (IQ = 20-30), недужі здатні опанувати навичками охайності, а й можуть обслуговувати себе самостійно (правда, це стосується лише найпростіших потреб особистості). Мова бідна, проте таки складається з окремих фраз із 2-3 слів, які використовуються у зв'язку з реальними повсякденними ситуаціями.

*Помірна імбецильність* (IQ = 35-49), хворі володіють фразовим мовленням, впізнають та відтворюють букви, склади, найпростіші слова. Можливе засвоєння найпростіших (елементарних) трудових навичок.

**Встановлюється імбецильність** у віці 1-3 років за характерними скаргами родичів і близьких на те, що у малечі пізніше зформувались навички тримати голівку, повзати, сидіти, ходити, бігати, писати, розмовляти ... . Довго відсутні точні рухи китиці – дитина не хапає і не утримує іграшок, ложку. Довго не виявляється цікавість до іграшок. Доволі пізно формується також фіксація погляду на предметах. Тричотирирічним дітям важко зрозуміти мову, що звернена до них, самотійно малеча не спілкується ані з дорослими, ані з рідними і близькими, ані з ровесниками. Надалі родина та близьку зауважують бідність гри, котра обмежується лише маніпуляціями з предметами, правила гри (найпростішої) є недоступними, несформовані навички охайності і обслуговування себе (навіть елементарного). Помірна імбецильність в молодшому шкільному віці виявляється нездатністю правильно називати кольори, геометричні форми, не вдається навчити поняття числа та часу, упізнавання предметів за їх зображеннями також нерозвинене, недоступним є встановлення зв'язку та послідовності подій у серіях з 2-3 малюнків.

**Дебільність** – легкий рівень слабоумства, котрий характеризується конкретністю мислення, нездатністю до творчої поведінки, необтяжливостю (що не створює великі труднощі) інтересів та почуттів. Дебілі здатні до навчання, оволодівають нескладними трудовими процесами, можливе їх соціальне пристосування в певних межах – F70, згідно DSM-5-TR, (IQ = 50-70).

Легку дебільність вельми непросто відрізнити від психіки, що знаходиться на нижній межі норми. Дебілі часто мають добре розвинуту мову. Їх поведінка у більшості випадків адекватна і самотійна, що якоюсь мірою, маскує слабкість мислення. Цьому сприяє добра механічна пам'ять і наслідування. Але спостереження і обстеження виявляють: поняття числа несформоване, немає уяви про збереження кількості предметів за умови їх переміщення (*феномен Піаже*). Вкрай недостатній запас знань про

довколишню дійсність – дитина часто не знає свого прізвища, імен та фаху батьків, пір року. На відміну від тяжких форм олігофренії, емоції адекватні, проте трапляються підвищена запальність і упертість.

Розвиток особистісний значно відстає від нормативного: зберігаються підвищена навіюваність, інертність, схильність до усталених життєвих стереотипів. Різка зміна звичного життя може викликати реактивний стан.

У підлітковому віці за рахунок гормональної перебудови організму та недосконалості гальмівних механізмів можливе виникнення підвищеної сексуальності, розладів статевого потягу. В деяких випадках трапляються зміни у поведінці, потяг до блукань та мандрів. Підлітки з дебільністю можуть бути учасниками протисупільних угруповань.

Доступне впізнавання простих побутових предметів за малюнками, сприймання складніших зображень (сюжетних) не завжди цілком відповідне.

Не цілком розвинене довільне мислення, фіксуються інертність, тугорухомість психічних процесів, часом нездатність до концентрації уваги, невгамовність та рухова збудливість.

Працездатність не порушена, проте спостерігається більша продуктивність у виконанні стереотипної механічної роботи та реакції пересичення, коли необхідно осмислення завдань.

Часто трапляється інертність психічних процесів, уповільнений темп сенсомоторних реакцій. Механічне запам'ятовування доволі успішне. Опосередковане і асоціативне є значно гіршим. Це спричинене неможливістю встановлення логічних та асоціативних зв'язків, через що дитина сприймає завдання як запам'ятовування вдвічі більшої кількості слів. Мовлення формується із значним запізненням: надовго зберігаються короткі фрази, аграматизми, порушена вимова звуків. Жести використовуються не часто і малоефективні. Гра примітивна, переважає

предметно-маніпулятивний рівень. Під час сюжетної гри спостерігається стереотипність. Відсутність розвитку сюжету.

Дитина байдужа до оцінки та заохочення. Неспособна критично оцінювати рівень своїх досягнень і не цікавиться думкою дорослого щодо них. Самооцінка завищена настільки, що при дослідженні свій інтелект є найвищий, у своїх товаришів – дещо гірший, педагог сприймається як нерозумний.

Переривання діяльності виявляє цікаві особливості: в дітей з дебільністю повернення до перерваної дії трапляється частіше, ніж у звичайних (з нормальним розвитком психіки). Виконання того самого завдання іншим способом не призводить до насичення. Утруднене розуміння прихованого змісту. Їм доступна розповідь за серією картинок, але за умови збільшення кількості фрагментів у картинках, спостерігається утруднення. Коли займатися навчанням дитини, вона здатна на прості узагальнення.

З метою профілактики порушень соціальної адаптації у дітей з дебільністю необхідно вирішити питання щодо місця навчання. Навчання у спеціальних допоміжних школах-інтернатах дає змогу максимально розвинути можливості дитини, адаптувати її до життя. Навчання в масовій школі зумовлює гальмування психічного розвитку та виникнення реакцій пристосування, оскільки дитина не може засвоїти шкільну програму і тому потрапляє до розряду тих, хто хронічно не встигає.

Вирішення питання місця навчання має труднощі поєднані з розвитком окремих здібностей у дитини.

За умови правильного навчання і виховання дітей з дебільністю цілком можливо адаптувати до самостійного життя, адже недужі здатні до засвоєння трудових навичок, вміння розпоряджатися грошима, обслуговування себе та, навіть за потреби членів родини,. Відставання в розвитку чіткіше помітні на ранніх етапах. З роками помірна дебільність стає менше вираженою та не виступає настільки помітно.

### ***Окремі форми олігофренії***

***Істинна (первинна) спадково обумовлена, мікроцефалія*** зустрічається не часто. Окрім малих розмірів черепа, існує диспропорція між невеликим черепом і нормальним зростом, різкий недорозвиток мозкової частини черепа у відношенні до лицьової, низький покатий лоб, надмірний розвиток надбрівних дуг, витягнута форма голови. Інтелектуальна недостатність відповідає ідіотії чи глибокій імбецильності. Не дивлячись на значне слабоумство, помітна емоційна жвавість, підвищена подразливість і навіюваність. Мікроцефали емоційно-нестійкі і схильні до сильного і глибокого переживання, до зниження самоконтролю та гніву.

***Несправжня (вторинна) церебрпатична мікроцефалія*** зумовлена внутрішньоутробним ураженням зародку чи плоду. Поряд з ознаками недорозвитку часто зустрічаються вогнищеві неврологічні симптоми і судомні приступи; деформація черепа груба, більше, ніж при істинній мікроцефалії, поєднується з диспластичною будовою тіла; більше відставання в зрості і масі тіла. Слабоумство важке, хворі в'ялі, апатичні, похмурі. Чіткої межі між істинною і несправжньою мікроцефалією немає.

***Синдром Рада*** рідкісна аномалія, поєднання *іхтіозу з олігофренією*. Успадковується за рецесивним типом. Шкіра покрита сухими лусочками, які легко відходять, нагадують луску риб. При важких формах іхтіозу діти помирають. Психічний недорозвиток супроводжується судомними приступами. Існують форми іхтіозу без слабоумства і інших психічних розладів.

***Фенілкетонурія (фенілпіровиноградна олігофренія)*** поєднана з змінами проміжного обміну фенілаланіну; успадковується за рецесивним типом. Слабоумство поєднується з депігментацією (від альбінізму до світлого кольору волосся і райдужної оболонки ока) іноді судомними приступами. Слабо розвинута мозкова частина черепа. Помітна специфічна поза, рухи погано координовані, стереотипні, тонус м'язів змінений. Різко

виражене слабоумство. Ознаки психічного недорозвитку помітні ще з грудного віку. Протягом першого року життя можлива тенденція до прогресування слабоумства, після 4-8 років стан стабільний.

**Арахнодактилія (синдром Морфана)** спадково зумовлена аномалія розвитку, що майже не зустрічається; передається за домінантним типом. Характерним є зовнішній вигляд хворих: високий зріст, худоба, подовжені і тонкі кінцівки, “павукоподібні” пальці. Аномалії розвитку скелету поєднуються з аномаліями серцево-судинної системи і очей. Слабоумство від глибокого до найлегшого; іноді розумової відсталості взагалі немає. В основі патогенезу захворювання порушення будови колагену і еластичних волокон і сполучної тканини.

**Хвороба Лоуренса-Муна-Барде-Бідля** рідкісний різновид спадкової олігофренії з 5 основними симптомами: гіпогеніталізм, ожиріння, розлади очей (пігментний ретиніт, атрофія зорових нервів), синдактилія чи полідактилія і психічний недорозвиток значного рівня.

**Хвороба Дауна** відноситься до олігофренії, зумовленої хромосомними аномаліями, зумовлена зайвою 21 хромосомою. Частота захворювання серед новонароджених коливається в межах від 1:600 до 1:900. Встановлено, що старший вік матері визначає більшу ймовірність появи дитини з хворобою Дауна. Сучасні дослідження поєднують захворювання із проблемами зі сторони батька (з «старінням генетичного матеріалу»). Діти мають невеликий зріст, короткі кінцівки, в порівнянні з довжиною тулуба, короткі пальці (великий палець розміщений низько, мізинець викривлений), невеликий череп із сплющеним переніссям, зуби, що неправильно ростуть, високе піднебіння. Верхня щелепа недорозвинута, нижня виступає. Язик товстий з грубими поперечними заглибинами. Вуха маленькі деформовані. Волосся на голові сухе і рідке. Шкіра шорсткувата, червоний колір обличчя. У новонароджених на райдужній оболонці ока ділянки депігментації; пізніше вони мають вигляд світлих плям. Нетипово розміщені складки на долоні, зміна

дактилоскопічного узору. Статеві органи і вторинні статеві ознаки недорозвинуті. Спостерігаються вроджені вади серця, загальна гіпотонія м'язів, і специфічна хода з рухами. Моторика погана, обличчя маловиразне, тупе, рот напіввідкритий. Розумова відсталість у 75% випадків досягає імбецильності, в 20% ідіотії, в 5% дебільності. Хворі відрізняються підвищеним навіюванням і подразливістю. В порівнянні з глибиною інтелектуального дефекту, емоційна сфера відносно збережена.

**Синдром Шерешевського-Тернера** зустрічається у осіб жіночої статі. Зумовлений відсутністю однієї X-хромосоми (*формула каріотипу 45, XO*) в зв'язку з тим, відсутній і статевий хроматин. Хворим властиві інфантилізм, дисплазії, малий зріст, коротка широка шия з характерною крилоподібною складкою шкіри від сосцевидного до акроміального відростку лопатки. Вуха розміщені низько, деформовані. Спостерігаються вади серцево-судинної системи. Розумова відсталість спостерігається не завжди, буває різного рівня, частіше слабка.

**Синдром трипло-X** спостерігається у жінок, характеризується зайвою X-хромосомою і подвійним статевим хроматином в ядрах клітин (*формула каріотипу 47, XXX*). Частота синдрому трипло-X вища, ніж синдрому Шерешевського-Тернера. Клінічна картина подібна, але більше поліморфна. Відставання в розумовому розвитку спостерігається майже у всіх хворих і сильно виражене, статевий інфантилізм менше виражений, ніж при синдромі Шерешевського-Тернера. Зріст та фізичний розвиток в нормі.

**Синдром Клайнфелтера** спостерігається у осіб чоловічої статі, зумовлений збільшенням загальної кількості хромосом (*47, 48 і більше*) через зайві X-хромосоми (*формула каріотипу найчастіше 47, XXY, може бути більше X- і Y хромосом, але кількість X-хромосом завжди переважає*). Клінічні ознаки синдрому складаються із гіпогеніталізму і ознак змішаної статі. Слабо розвинуті вторинні статеві ознаки. Хворі мають високий зріст, євнухоподібні пропорції, гінекомастію і безпліддя.

Рівень психічного недорозвитку коливається в значних межах, переважає легка дебільність; в невеликій частини хворих зниження інтелекту немає. У хворих з незначною розумовою відсталістю усвідомлення своєї неповноцінності викликає реактивні психічні стани.

**Синдром дубль-Y (XYU)** зустрічається лише у мужчин і поєднаний з зайвою Y-хромосоною. Характерне поєднання високого зросту з євнухоподібними пропорціями і агресивною поведінкою. Недостатній розвиток психіки мало виражений, помітний у 80% хворих.

**Рубеолярна олігофренія** найбільше вивчена вірусна ембріопатія, пов'язана з ураженням зародку вірусом краснухи від хворої матері. Частота рубеолярної олігофренії корелюється з частотою краснухи. Ймовірність ураження ембріону залежить від терміну вагітності (частіше 5-9 тижнів). Слабоумство поєднується з типовою тріадою симптомів: вади розвитку очей, серцево-судинної системи і слухового апарату. Часті дефекти зубів і загальний фізичний недорозвиток, вади розвитку скелету і сечостатевого органів. Психічний недорозвиток буває, зазвичай, дуже глибоким, супроводжується збудженням.

**Гіпотиреоїдна олігофренія (креатинізм)** вроджений гіпотиреоз, найчастіша із всіх форм слабоумства, зумовлених ендокринними розладами. Розрізняють *ендемичний креатинізм, тобто* вроджений гіпотиреоз, що виникає в утробі в результаті недостатнього вмісту йоду в питній воді, і *спорадичний, що* викликаний спадковим дефектом синтезу гормону щитоподібної залози. Самостійний різновид гіпотиреозу *вроджена чи рано набута мікседема*, в основі якої ембріональна вада розвитку чи атрофія щитоподібної залози.

Клінічні прояви ендемічного креатинізму і вродженої мікседеми подібні і залежать від недостачі тиреоїдину. Основні ознаки – затримка фізичного і психічного розвитку і “слизистий набряк” (мікседема). Психічний недорозвиток варіює від легкої дебільності до важкої ідіотії тим виразніший, чим раніше виник гіпотиреоз і чим більше продовжувався

його вплив на розвиток хворого, особливо без специфічної терапії. Дефіцит тиреоїдину значно змінює критичну картину олігофренії додає до неї симптоми ендокринного походження (розлади потягів та настрою, послаблення намірів).

Соматичні ознаки креатинізму і мікседеми – відставання фізичного розвитку і диспропорція будови тіла (довгий тулуб, короткі кінцівки з широкими китицями і стопами, викривлення гомілок, різкий лордоз), недорозвиток статевих органів і вторинних статевих ознак, “набряк” на обличчі і шиї. Щитоподібна залоза зменшена чи збільшена в результаті компенсаторної гіпертрофії (зоб). Низький лоб, широке перенісся з коротким носом, неправильний розвиток зубів, деформація вух, товсті губи, великий язик, що не поміщається в роті, рідке і сухе волосся, глухий низький голос визначають зовнішній вигляд хворих.

***Олігофренія, зумовлена гемолітичною хворобою новонароджених,*** виникає в результаті імунологічної невідповідності крові матері і плоду за резус-фактором. В результаті відбувається гемоліз еритроцитів новонародженого і розвивається гіпербілірубінемія, що зумовлює ураження кори головного мозку (“ядерна жовтуха” чи білірубінова енцефалопатія). Тріада симптомів: екстрапірамідні рухові порушення, порушення слуху і ознаки слабоумства. Розумові здібності коливаються від нормальних – до вираженої відсталості; однак, стійке збіднення психічної діяльності, що визначається зниженням пізнавальних процесів (пам’яті, уваги, мислення...), зубожінням емоцій, розладами пристосування до довкілля, спостерігається не часто.

***Олігофренія, викликана гідроцефалією*** спостерігається за наявності важкої водянки головного мозку. Слабоумство коливається від легкої дебільності до ідіотії. Мова розвинута краще, аніж мислення; завдяки добрій механічній пам’яті хворі володіють відносно великим запасом слів, користуються завченими штампами і важкими зворотами, не розуміючи їх змісту. У хворих добрий музикальний слух, вони здатні до усного рахунку,

говірливі, в ейфорії або спокійні, лише іноді похмурі і схильні до афективних спалахів. Іноді бувають судомні напади. Фізичні ознаки вродженої гідроцефалії досить типові: великий череп з випуклим лобом, сплющеними орбітами, трикутне обличчя маленьке порівняно з великим черепом. Тім'ячко довго не заростає і сильно вибухає. Шкіра на голові тоненька з підсиленим малюнком вен, що просвічує. У всіх хворих спостерігаються рухові розлади (парези і паралічі кінцівок), атрофія зорових нервів. А також ураження слуху і вестибулярного апарату.

**Краніостеноз** наслідок передчасного зростання швів черепа, різка деформація черепа, на рентгенограмі зміна форми і структури кісток черепа, відсутність одного чи декількох швів. В клінічній картині підвищення внутрішньочерепного тиску (головні болі, розлади свідомості, зниження зору). Розумова відсталість виражена по-різному.

## ЛЕКЦІЯ № 9

### Тема: Психопатичний розвиток, види неправильного виховання

#### План:

1. Психопатія, визначення та критерії діагностики.
2. Систематика психопатії: астенічна, психастенічна, істерична, шизоїдна, епілептоїдна, циклоїдна, параноїчна.
3. Форми динаміки психопатії: реакція, декомпенсація, компенсація, фаза, розвиток.
4. Біологічні та психологічні методи лікування психогенних розладів.
5. Соціальна, судова та військова експертиза хворих на психогенні психічні розлади та психопатії.
6. Види неправильного виховання:
  - а) потворна гіперпротекція;
  - б) домінуюча гіперпротекція;
  - в) гіпопротекція;
  - г) безнаглядність;
  - д) „попелюшка”;
  - е) „їжаківі рукавиці”.

*Зустрічаються випадки психопатій, коли вирішальним фактором формування патологічного характеру є несприятливий вплив навколишнього середовища. Подібні випадки отримали назву «соціопатія», «набута психопатія», «патохарактерологічне формування» чи «психопатичний розвиток», оскільки в літературі під терміном «розвиток» прийнято розуміти зміну особистості в певному напрямі під дією несприятливих впливів соціального середовища чи хронічної травми психіки.*

Можливість змін характеру в результаті соціальних і психологічних впливів не викликає сумнівів. Але до цього часу не припиняється дискусія про те, чи можуть ці зміни досягнути патологічного рівня, чи може психопатія бути набутою, другими словами, чи можуть набуті зміни характеру стати незворотними.

З однієї точки зору зміни характеру, зумовлені середовищем, можуть бути подібними до психопатій лише ззовні, а насправді такими не є.

З іншої точки зору психопатії можуть бути набутими. Це трапляється навіть тоді, коли людина має здорову і стійку психіку, якщо

психічна травма відрізняється надзвичайною важкістю. Роль подібної травми можуть відігравати *фізичні недоліки, глухота тощо*.

Значно частіше формування набутої психопатії проходить, коли особистість належить до крайніх варіантів норми. Акцентуації характеру, як крайні і нестійкі варіанти норми, являють собою базу для формування набутих психопатій.

Для психопатичного розвитку на основі акцентуації характеру необхідне дотримання трьох умов несприятливого впливу середовища:

- вплив має бути особливо значним для даного типу акцентуації, адресуватися до «*місця найменшого опору*»;

- вплив має бути достатньо тривалим і повторюватися багаторазово;

- вплив має співпадати з критичним періодом формування характеру, тобто для більшості психопатій на підлітковий вік.

Що може бути критерієм діагнозу психопатичного розвитку (*набутої психопатії*):

- має спостерігатися відносна тотальність і стабільність характеру, що зумовлює соціальну дезадаптацію;

- стадії, що передують формуванню психопатії, *патохарактерологічні реакції, пубертатний поліформізм*.

***Отже, взаємозалежність між типом акцентуації характеру, видом неправильного виховання і типом психопатичного розвитку є основою для діагнозу останнього.***

***Психопатія*** – стійка аномалія особистості, що характеризується дисгармонією емоційно-вольової сфери, і специфічним, переважно афективним, мисленням. Психопатичні особливості виявляються в дитинстві чи в юнацькому віці і без значних змін зберігаються протягом всього життя, вони пронизують всю особистість, визначають її структуру і перешкоджають повноцінній адаптації особистості до навколишнього середовища.

**Психопатія** розглядається як *аномалія характеру*, особистості і не є захворюванням психіки.

Для встановлення психопатії як нозологічного діагнозу важлива наявність *тріади П.Г. Ганнушкіна*:

- Тотальність патологічних рис характеру;
- Відносна стабільність їх виявів протягом життя;
- Соціальна дезадаптація.

**Психопатії** виникають на основі взаємодії природженої чи рано набутої біологічної неповноцінності центральної нервової системи (ц.н.с.) та впливу довколишнього середовища. Але одного впливу зовнішніх факторів для утворення психопатії недостатньо. Від нормального характеру, на який наклало відбиток неправильне виховання чи педагогічна занедбаність, психопатія відрізняється *неповноцінністю нервової системи, що лежить в її основі*.

**Причини виникнення психопатій різноманітні.** Дисгармонія особистості може виникнути під впливом спадкових факторів, внутрішньоутробного впливу шкідливих речовин, травм під час пологів, патології раннього постнатального періоду. Причиною психопатій може бути також тривалий несприятливий соціальний вплив, наприклад неправильне виховання, що створює неадекватні стереотипи емоційного реагування.

**Незрілість психіки проявляється:**

- Підвищеною навіюваністю, схильністю до перебільшень і фантазій (особистості *істеричні*);
- Емоційною лабільністю (особистості *збудливі*);
- Слабкістю волі (особистості *нестійкі*);
- Незрілістю мислення (*параноїчні особистості*).

### ***Класифікація психопатій***

У різних класифікаціях психопатій (за Є. Крепеліним, П. Ганнушкіним, Г. Сухаревою, О. Кербіковим) виділяються різні види та групи психопатій.

О. Кербіков (1971) виділяє психопатії за причинами їх виникнення:

- Конституційні;
- Органічні;
- Крайові.

Як узагальнення основних видів психопатій та їх перехідних форм можна користуватися схемою, що запропонована Б. Шостаковичем:

- Збудлива;
- Істерична (істероїдна);
- Паранойяльна - – F60.0, згідно DSM-5-TR;
- Шизоїдна - – F60.1, згідно DSM-5-TR;
- Астенічна;
- Епілептична (епілептоїдна);
- Психостенічна;

Окрім перелічених слід зазначити ще нестійку психопатію (за Г. Сухаревою) та циклоїдну (за Г. Ганнушкіним).

**Збудливу психопатію пов'язують** з раннім ушкодженням центральної нервової системи у внутрішньоутробному періоді, під час пологів, у перші роки життя. Це призводить до зміни функції вищої нервової діяльності (ВНД), посилення процесів збудження й послаблення процесу гальмування.

Вже в 2-3 роки діти привертають до себе увагу легкістю виникнення емоційних реакцій, люті, агресії. Провокують ці спалахи обмеження дитини (заборони), що унеможлиблюють «негайне задоволення її потреби». Такі стани збудження наступають раптово, одразу ж із відчуттям незадоволення потреби або внаслідок виснаження психічних процесів.

*Діти* важко «входять в обстеження», виконують тільки ті завдання, що є привабливими для них, у яких розраховують на успіх. Настійні вимоги виконати якесь завдання викликає крик, агресію.

Достатній обсяг та переключення уваги, поєднується зі слабкістю довільної концентрації уваги.

Механічне запам'ятовування успішне. Мислення у звичайному або дещо прискореному темпі. Рівень домагань відповідає віковій нормі.

У мові, навіть за згоди зі співрозмовником, лунає слово “Ні”.

Самооцінка визнає збудливість, дратівливість, неможливість утриматися в гніві від агресивних незважених дій.

Зображення *“Неіснуючої тварини”* насичене ознаками агресії і захисту: пазурі, ікла, шипи, панцирі.

*Основними рисами характеру* таких осіб є підвищена подразливість, збудливість, в поєднанні із спалахуванням, злобою, злопам'ятністю, схильністю до коливань настрою з перевагою гнівно-злобного фону, мстивістю, в'язкістю афективних реакцій, схильність до бурних проявів афектів в відповідь на незначний привід, що проходить червоною ниткою через усе життя таких особистостей. Вони частіше всього “незадоволені всім і вся” люди, що постійно шукають приводу для сварок. Коливання настрою у них зумовлені зовнішніми причинами, може спостерігатися навіть підвищений настрій, але він не досягає радісного ставлення до життя. Зазвичай, *збудливі психопатичні особистості* злостиві, вони не можуть холодно і розумно оцінити ситуацію, яка склалася, тому дрібні щоденні неприємності викликають у них виражений спалах емоцій, іноді без підстав виникають спалахи гніву. Особливо чітко це виявляється в частих сімейних суперечках.

Такі особистості дуже нетерпимі до чужої думки. Ці властивості, у поєднанні з егоїзмом, властивим їм, небажанням рахуватися з інтересами інших дають багато приводів для поганих взаємостосунків з навколишніми. Щоденні сутички призводять до уяви про якесь особливе їх

значення. Появляються думки і вислови про те, що їх *“не розуміють”* і *“недостатньо цінують”* на роботі і вдома. Такі особи схильні до переоцінки своїх розумових здібностей, часто рахують себе людьми, що стоять вище *середнього рівня розвитку інтелекту*. На фоні несприятливих стосунків з навколишніми ці властивості виливаються в дріб'язкову підозріливість, образливість. Насторожене ставлення до близьких, які часто не приймають їх вимог, що зумовлює розвиток конфліктів.

Особи цієї групи часто стають сварливими, вступають в спір з будь-якого приводу. При цьому виявляють надлишкову гарячність, намагаються доказати свою правоту не стільки логічними доводами, скільки спробами *“перекричати”* опонентів. Їм властива прямолінійність, відсутність гнучкості, яка виливається у впертість. У деяких з них виробляється специфічна поза *“бійця за справедливість”*, *“за свої права”*. Вони намагаються показати себе чесними, прямими, справедливими, більше, ніж навколишні. Іноді викликають конфлікти, коли несправедливість стосується *“третіх осіб”*, але швидко переключаються на свої власні егоїстичні інтереси.

Більшості осіб властиві дріб'язковість і скарעדність, інтереси їх обмежені питаннями особистого благоустрою, власного здоров'я і матеріального забезпечення. Нахил до подразливості і спалахування без причини призводить до того, що такі особистості не вживаються в колективі і часто змінюють місце роботи.

На фоні основних властивостей особистості, характерних для збудливої психопатії, виявляються додаткові риси, що дозволяють виділити різні варіанти цієї групи. В одних випадках – це *захисні риси*: педантичність, акуратність, жорстокість, що нагадують епілептичні риси, в інших випадках – нестриманість, відсутність спроб приховати свої почуття, театральність проявів, схильність до слізливості в стані збудження, тобто особливості, що нагадують істеричні ознаки. Ці додаткові властивості служать для надбудови над основною структурою

психопатичної особистості , надаючи відповідних відтінків афективному прояву.

**Істерична психопатія** частіше зустрічається у дівчат, аніж у хлопців. Характерним для таких дітей є “прагнення визнання”. У дошкільнят це має вигляд капризування, вигадок, підвищеного фантазування. У своїх фантазіях дитина виступає в ролі героя або жертви (але ніколи – побічного спостерігача). У школярів додається своєрідність одягу та зачіски, фактична поведінка спрямована на привернення (повернення) уваги оточуючих. Виражений конфлікт між високим рівнем домагань, прагненням визнання та нездатністю до тривалого вольового зусилля. В цілому світ сприймається як зал для глядачів і головне прагнення домогтися його реакції.

**Патопсихологічне обстеження** Діти цього типу охоче, часто самостійно вступають в контакт, з задоволенням повідомляють про свої успіхи, іноді скаржаться на невдачі, перекладаючи провину за них на людей з оточення.

Темп процесів мислення швидкий. Легке переключення та хороше розподілення уваги іноді поєднується із недостатньою концентрацією. Механічне запам'ятовування успішне. Мислення з достатнім рівнем узагальнення і вилучення. У малюнку за методикою **“Неіснуюча тварина”** багато орнаментальних елементів: пір'я, довгі вії, бантики, квіточки.

Емоційний стан пов'язаний з оцінкою експериментатора. За наявності серії невдач можлива демонстративна відмова від контакту.

Спостерігається високий але нестійкий рівень домагань. Самооцінка дещо завищена.

**Характерна особливість** істеричних особистостей будь-що звернути на себе увагу навколишніх. Тому поведінка характеризується демонстративністю, театральністю, немає простоти і природності. Їм необхідно бути в центрі уваги, щоб про них говорили, ними захоплювалися, для досягнення цього для них всі засоби добрі. Істеричним

особистостям властива психічна незрілість, що робить недосяжним здійснення своїх вимог шляхом розвитку своїх здібностей. Їх почуття поверхневі і нестійкі, зовнішньо оформлені, емоційні реакції неадекватні і носять демонстративний характер, глибина реакцій невелика. На висоті афективного розряду зберігається здатність контролювати свою поведінку, враховувати ситуацію. Характерні часті коливання настрою. Швидкі зміни симпатій і антипатій, своєрідне перекручення почуттів, яка виражається в поєднанні “показної” доброзичливості з внутрішньою емоційною холодністю. Вольові аномалії характеризуються підвищеною навіюваністю і самонавіюванням, яка носить вибіркового характеру: лише по відношенню до того, хто відповідає їх потребам звернути на себе увагу. Вони не здатні до тривалої вольової напруги в ім’я мети, що не обіцяє їм моментальної позитивної оцінки зі сторони навколишніх.

Для істеричних психопатичних осіб характерний “художній тип мислення”. Судження їх суперечливі. Замість логічного співставлення фактів і тверезої оцінки дійсності їх займає видумане, що є продуктом багатой фантазії. Межа між фантазією і реальним не зникає повністю. Вони завжди можуть розмежувати дійсне від надуманого, не дивлячись на те, що часто повністю “входять” у своє переживання.

Такі особи досягають успіхів в позитивній, творчій діяльності, їм заважають наміри бути в центрі уваги, бути оригінальними. Часто вони намагаються викликати цікавість незвичайними явищами – наявністю якоїсь незвичайної хвороби.

В них легко виникають бурні афективні реакції з демонстративними риданнями, криками, нанесенням тілесних ушкоджень, агресією у відношенні до навколишніх і істеричними нападами, іноді в формі істеричних фізичних симптомів (втрата чутливості за типом “панчіх” і “рукавичок”).

З врахуванням клінічних особливостей у взаємостосунках істеричних особистостей з навколишніми можна виділити два типи структури особистості:

- Збудливу;
- Тормозну.

*Збудливі* – яскраві натури, стійкі у досягненні своєї мети, екстраверти, екстравагантні, “прагнуть визнання”, нетерпимі до зауважень і заперечень. Будь яка протидія і нерозуміння зі сторони довколишніх викликає афективну реакцію.

*Тормозні* – ранимі і чутливі натури, люблять фантазувати, схильні до швидкої невротичної реакції, здатні “замкнутися в собі, “втікати” в світ своїх фантазій і думок.

Провідним патохарактерологічним проявом при **паранойяльній психопатії** є особлива схильність до “надцінних” утворів, що поєднуються з малою гнучкістю психіки, підозріливістю, з підвищеною самооцінкою. Виражені “надцінні” ідеї і перші типові паранойяльні реакції появляються лише в 20-25-літньому віці. Але, в ранньому віці наявні патохарактерологічні особливості, що вказують на своєрідність емоційно-вольової сфери таких особистостей. З дитинства їм властиві односторонні захоплення, що поєднуються з впертістю і прямолінійністю. Переоцінка своїх здібностей, гіперстенічність виявляються у прагненні до лідерства, самоутвердження. Такі особи надміру чутливі до ігнорування думки, схильні до перебільшення значення розходження у думці між людьми, вкрай образливі і злопам’ятні. Їм властивий егоїзм, безкомпромісність, бажання в будь-якій ситуації чинити по-своєму, безапеляційність і категоричність суджень заважають підтримувати рівні стосунки в сім’ї і колективі.

З віком властиві цим особам конституційні особливості підсилюються. Хворі стають консервативними ще більше, нетерпимість до чужої думки переростає у відкриту ворожнечу. Принципіальність набуває

характеру дріб'язкового педантизму. “Боротьба за справедливість” розвивається у зв'язку з незначними подіями, що захоплюють егоїстичні інтереси цих осіб. Схильність до наявності домінуючих ідей, що стосуються емоційно-значущих переживань, як правило, поєднується з конкретністю і вузькістю мислення, наївністю і поверховістю уявлень, банальністю і трафаретністю суджень і висловлювань.

На фоні конфліктних стосунків в осіб загострюється недовіра, підозріливість і навіюваність. В стані афекту в таких випадках спостерігається одностороння оцінка дійсності, специфічний відбір і інтерпретація подій в плані підтвердження власної точки зору. В результаті цього “підозра” “обростає доказами”, набуває форми маячіння. Таким чином, у *психопатичних осіб* можна спостерігати *паранойяльне маячіння*, зміст якого поєднаний з обставинами, що травмують особистість.

**Шизоїдна психопатія** може проявитися ще в дошкільному та молодшому шкільному віці у вигляді змінювання контакту з однолітками, незвичності інтересів.

У дитини виникає сильне бажання до усамітнення, зменшення обсягу емоційно-значущої інформації, змінюється сприймання світу; пересічні подразники – гучні голоси рідних, ігри дітей, дотики сприймаються як дуже сильні і ворожі. В результаті відбувається захисне гальмування, що призводить до видимої черствості, відсутності контактів з близькими, уникнення контактів із сторонніми людьми. Незграбність моторики, яка є характерною для дітей цього типу, спричинює ще більший потік негативно забарвлених вражень від фізичного контактування з оточенням.

Для багатьох дітей із шизоїдною психопатією характерним є виражений потяг до логічного, абстрактного пізнання довколишнього світу, рано виникають розумові інтереси до читання, фізики, математики. У дітей і підлітків із шизоїдною психопатією виникає специфічний запал до малювання карт та схем, колекціонування, розведення комах тощо.

Починаючи з підліткового віку можливе приятелювання з підлітками чи дорослими на основі спільних захоплень.

**Патопсихологічного обстеження** Привертає увагу ряд особливостей: за умови достатнього формального контакту з дітьми цього типу спостерігається негативна емоційна реакція на спробу скорочення дистанції, встановлення нормальних стосунків. Поза досліджуваного нерідко відбиває суперечність мотивації його поведінки. Наприклад, фраза “це захоплює завдання” промовляється байдужим тоном і супроводжується відвертанням голови в протилежний бік від картки з завданням. У мові часто вживається конструкція “Так, але ...”, яка дає змогу без конфлікту зберегти власний погляд на світ, уникнути зміни своїх уявлень та переконань. Не часто в мові з’являються вирази, що відбивають чуттєву, наочно-образну сферу сприймання: “яскравий”, “гучний”, “теплий”. Механічне і смислове запам’ятовування в межах норми.

Під час виконання завдань на узагальнення і вилучення предметів в окремих випадках можлива орієнтація на незначні ознаки предметів. При виконанні завдань за методикою “пиктограм” можливе виникнення суб’єктивно-значущих асоціацій.

У ході виконання завдань за методикою “**Неіснуюча тварина**” для дітей із шизоїдною психопатією характерним є включення механічних деталей у тіло тварини.

Самооцінка суперечлива, однак стабільно виділяються риси замкненості і сором’язливості.

Коло інтересів значно відрізняється від вікової норми, відбиваючи особливості компенсаційних механізмів. Вольова регуляція діяльності має своєрідний характер: дитина неохоче виконує нав’язані інструкції, але власної мети досягає великою наполегливістю, незважаючи на перешкоди і думку оточуючих.

**Характерні особливості таких особистостей** сором’язливість поруч із схильністю до “внутрішнього аналізу” своїх переживань,

складністю контактування з особами ближнього оточення, схильністю до фантазій на далекі від реальності теми, холодність і сухість у ставленні до близьких. Виявляється також відсутність почуття гумору, надмірна серйозність і сентиментальність, мрійливість і чудакуватість. Часто такі особи мають достатньо високий освітній рівень, добрі здібності до навчання при поганій моторній вмілості. Професії і захоплення стосуються літератури, мистецтва, музики, теоретичних розділів науки. Захоплення нестандартні із наміром до незвичайності (східні науки, телепатія). Часто змінюють свою професію, роботу і місце проживання. Ця зміна діяльності і проживання мотивується пошуками цікавих занять “для душі”, місць проживання “романтичних і незвичайних”. Пошуки спрямовані на максимальне самозадоволення без наміру до матеріального успіху і до слави. Нерівно складаються в них сімейні стосунки з повторними розлученнями через відсутність спільних інтересів із партнером.

*Характерною особливістю астеничної психопатії* є пасивний характер реакцій на різні події, що травмують психіку.

*У астеничних особистостей* з дитинства спостерігається підвищена нерішучість, вразливість. Особливо сором'язливими вони стають за нових обставин, серед малознайомих людей, де їх не покидає почуття власної неповноцінності, вони губляться, замовкають і стають ще більше нерішучі, ніж звичайно. Підвищена чутливість у таких осіб виявляється як у відношенні до психічних подразників, так і до фізичного навантаження. Спостерігається коливання працездатності, спади настрою, втомлюваність і розбитість.

З дитинства постійною властивістю таких осіб є лабільність, що виступає у вигляді спалахів афекту за будь-якого непосильного напруження. Характерний пригнічений фон настрою, з тривожністю і невпевненістю в собі при зустрічі з незначними труднощами.

Такі люди з пониженою самооцінкою, самолюбиві. Вони реагують на найменші нюанси в поведінці навколишніх, хворобливо сприймають

грубість і нетактовність. Астеніки реагують сильні подразники (шум, різкі звуки), не виносять вигляду крові, різких перепадів температури. Їм властива дратівливість, але її прояви непостійні і короточасні, частіше незадоволене бурчання, ніж справжній напад гніву. Спалахи дратівливості призводять до втоми і слабкості, і супроводжуються розкаянням і самозвинуваченням. Фон настрою майже постійно занижений. Такі люди схильні до іпохондричних переживань, скаржаться на поганий сон і неприємне відчуття у всьому тілі. Іноді виникають окремі нав'язливі страхи. Прагнуть до збереження звичного образу життя, педантичні і вимагають того ж від близьких. У психопатичних особистостей цього типу часто формуються компенсаторні особливості: стриманість, надмірна уважність, консерватизм, що полегшує їм адаптацію до навколишнього середовища.

*Астенічні психопатії* виявляються в дитинстві.

*Епілептична психопатія* може виявлятися з 2-3 років у вигляді бурхливих і довготривалих негативно забарвлених емоційних реакцій. У подальшому відбувається поступове нарощування напруження (сили) емоцій, іноді сильних проявів люті.

Інертність психічних процесів у таких дітей зумовлює виражене накопичення негативних емоційних станів, а відпруга (зниження напруги) може бути спричинена навіть незначним приводом.

Діти і підлітки, в яких формується епілептична психопатія, відчувають себе добре і упевнено тільки за умови достатнього стабільного (незмінного) оточення, чіткого режиму дня та сталого обсягу вимог. Зміни, які вносяться оточуючими, навіть якщо вони самі по собі приємні для дитини, але вимагають швидкого переключення на інший вид діяльності викликають немотивовану впертість. Прагнення дотримуватися своїх правил, нормативів та цінностей викликає в таких дітей потребу в лідерстві і володарюванні. Непідкорення інших дітей ставить в нові умови, перед необхідністю швидкого прийняття рішення, а неможливість

цього породжує вибухи гніву, агресії. Можливий розвиток гіперкомпенсаторних механізмів: формування педантичності, підвищеної орієнтованості на соціальні норми та правила, іноді виражена тривожність з приводу свого здоров'я.

**Патопсихологічне дослідження** Діти та підлітки поступово входять в контакт, прагнуть точно і правильно виконувати завдання, однак потребують постійного схвалення їх діяльності. Невдачі у виконанні завдання штовхають їх на виконання його ще кілька разів, водночас, не змінюючи способу дії. Після чого роздратовуються, обвинувачуючи в невдачі психолога.

Обсяг уваги в межах низької норми, переключення уваги також. Механічне запам'ятовування з повільним збільшенням кількості слів, що відтворюються.

У малюнках, що виконані за методикою **“Неіснуюча тварина”**, наявні елементи захисту, агресії, повторення стереотипних деталей, часті зображення вимерлих тварин.

У мові виявляється обгрунтованість. Голос без інтонації, проте достатньо гучний. Типовими оцінками оточуючого є “правильно-неправильно” і “справедливо-несправедливо”.

Вольова активність не порушена. Виявляються незначні коливання рівня вимог, залежно від успіхів і невдач.

**Особистості такого типу** живуть у постійній напрузі з роздратованістю, що досягає нападу гніву, причому сила реакції не відповідає силі подразника. Зазвичай, вслід за спалахом гніву, хворі шкодують про те, що сталося, але за відповідних умов знову чинять так само. Їм властиві підвищена вимогливість до навколишніх, небажання рахуватися з думкою інших, егоїзм і любов до себе, образливість і підозрливість. Значне місце займає в'язкість і тугорухомість мислення, в'язкість афекту і педантичність. Можливі напади розладу настою в вигляді злобної туги іноді з острахом. Ці люди схильні до конфліктів,

невживчиві, вперті, дріб'язкові. Вимагають цілковитої покори і підпорядкування. З незначного приводу здатні образити навколишніх, в гніві стають агресивними. Б'ються, наносять рани під час бійки, не зупиняються перед убивством. Іноді афекти відбуваються на фоні звуженої свідомості з частковою амнезією деталей того, що сталося. Подібні особи часто зустрічаються в судово-психіатричній практиці. В деяких випадках на перший план виступає не злоба і агресія, а надмірна сила потягів. Серед психопатичних осіб епілептоїдного типу зустрічаються алкоголіки і азартні гравці, особи з нестримним наміром до бродяжництва, особи з сексуальними збоченнями.

*Циклоїдний тип психопатії* характеризується немотивованими коливаннями настрою від зниженого (суб-депресивного) до підвищеного (маніакального). Циклоїдний тип психопатії не часто фіксується в дитячому віці. Звичайно він виявляється в середньому шкільному. Частіше буває гіпертимний варіант з перевагою підвищеного настрою. В дітей цього типу спостерігається задоволення і адаптація до довколишнього світу. Задоволення викликають голосні і ритмічно повторювані звуки, яскраві кольори, нові смаки та запахи. Ці діти схильні до жартів, веселощів, витівок, ризику. Через безсумнівне прискорення темпу психічних процесів виникає палке бажання “дістати втіхи, насолоди, «кайфу» тут і зараз”, не переносять будь-яких обмежень та заборон. Дитина цього типу не висловлює відверто свій власний протест проти обмежень, а спокійно нехтує ними, займаючись тим видом діяльності, котра приваблює більше. Спілкування викликає велике задоволення, але глибока емоційна прихильність виникає не часто. Однолітки сприймаються, переважно, як партнери зі спільної гри та розваг. У 10-12-річному віці в дітей можуть виникати досить тривалі періоди (дні, тижні) протягом яких вони відчують спади настрою, лінощі, безпідставну слізливість і роздратованість. Такі стани лякають дитину. Вона гостро переживає зміни свого настрою. Нерівномірність емоційного тону

позначається і на успіхах в навчанні, на стосунках з батьками і однолітками. Діти з циклоїдним типом психопатії через високу схильність до ризику в періоди підвищення настрою і підсвідомих прагнень покарати себе часто досить важко травмуються.

Самостійна компенсація циклоїдної психопатії в дитячому віці неможлива, в підлітковому – чітке усвідомлення тимчасових депресивних фаз поліпшує стан.

*Під час патопсихологічного обстеження* виявлено, що поведінка і ставлення до обстеження тісно поєднані зі станом дитини в момент дослідження. Якщо вона перебуває в даний момент часу у гіпоманіакальній фазі, то тоді спостерігаємо підвищений фон настрою, прискорений темп мовлення і мислення, простих сенсомоторних реакцій. Механічне запам'ятовування успішне. Але може бути нерівномірним внаслідок коливань уваги. Рівень узагальнення і вилучення не знижений однак наявні поспішливі рішення, які легко коректуються, коли звернути на це увагу.

Самооцінка завищена. Як основну властивість особистості демонструють енергійність. У цілому, якщо дитину цього типу «вдається втягнути у виконання завдань», то тоді вона показує достатньо високий рівень досягнень, але при цьому потребує організуючої допомоги.

У разі депресивної фази контакт утруднений внаслідок заниженого фону настрою. Найменші невдачі у виконанні завдань або згадки про власні проблеми викликають сльози. Темп простих сенсомоторних реакцій уповільнений. Пам'ять та мислення в межах норми.

Самооцінка занижена, досліджувані вважають, що вони вельми ліниві, пасивні і замкнуті, іноді із «прохолодою» ставляться до рідних та близьких.

*Циклоїдний тип* включає в себе багаточисельну групу осіб з афективною нестійкістю. Їх настрої постійно коливається від почуття суму до веселого чи радісного. В спокійному стані – це привітні люди. В них

немає різкого протиставлення свого “Я” навколишньому вони найкоротшим і природнім шляхом знаходять спільну мову з людьми. Це реалісти, що розуміють чужу індивідуальність. В роботі, до якої вони ставляться добросовісно, в них не буває послідовності і системи. Вони енергійні з перевагою гіпо-маніакальних рис – ділові, люди що вміють знайти вихід з становища. Ніколи не здійснюють асоціальних вчинків. Їм властиві спалахи гніву але без напруги, які швидко забуваються. Депресію, хоча і неглибоку вони зносять важко. Підйом настрою сприймають як здоров’я, але очікують депресивної фази. Скаржаться на втомлюваність через періодичні зміни душевної рівноваги.

В підлітковому віці найчастішим впливом, що відповідає всім вимогам є *неправильне виховання*.

*Називаючи даний фактор* люди розуміють лише відсутність добробуту чи неповні сім’ї, де батьки (чи один із них) випивають, ведуть аморальний образ життя, а також конфліктні сім’ї, де дитина постійно бачить сварки, скандали і бійки. Безумовно, всі ці ознаки входять в поняття несприятливих умов виховання, але це не все. Вони відображають поверхневий погляд на явище, вловлюють лише очевидне і не розкривають внутрішньої суті.

Для формування особистості дитини важливі не стільки факти, події, що відбуваються в сім’ї, скільки їх значення для неї.

#### ***Основні типи неправильного виховання:***

- ***потворна гіперпротекція, «кумир сім’ї»;***
- ***домінуюча гіперпротекція, гіперопіка;***
- ***гіпопротекція, гіпоопіка;***
- ***безнаглядність***
- ***«попелюшка»***
- ***«їжаківі рукавиці»***

*Гіперопіка* невмотивовано збільшена опіка дитини, вона звільнена від самостійності, також спостерігаємо надмірний контроль за поведінкою, дрібничковий контроль за кожним кроком, кожною хвилиною, кожною думкою, що згодом переростає в цілу систему постійного контролю за дитиною та характеризує виховання за типом гіперопіки. Коли батьки бояться «дурного впливу» та самі обирають друзів сину чи доньці, організують відпочинок своєї дитини, насильно впихають свої погляди, смаки, інтереси, норми поведінки, то це *домінуюча гіперпротекція*.

*Безперервна заборона*, відсутність найменшої можливості приймати власні рішення лякають дитину, створюють враження, що «їй все не можна», а «іншим все можна». Гіперпротекція не дозволяє вчитися з ранніх років на своєму власному досвіді, розумно користуватися свободою, не привчає до самостійності, а пригнічує почуття відповідальності і обов'язку, бо за дитину все вирішують, все вказують, і вона робить висновок, що *сама не може відповідати ні за що*.

Часто такий тип виховання зустрічається в авторитарних сім'ях, де дітей «натреновують» підкорятися батькам чи одному із дорослих членів сім'ї, волю якого виконують всі решта. Емоційні відносини надміру стримані. В дітей немає глибокого душевного контакту з батьком чи з нянькою, оскільки постійна суворість батьків, їх контроль і приниження ініціативи дитини заважають природньому розвитку дитячої приязні, а формують лише повагу і острах і жах... .

*До домінуючої гіперпротекції належить виховання в умовах високої моральної відповідальності*. В такому випадку надмірна увага до дитини поєднана з очікуванням успіхів, що набагато більші, аніж вона може здобути. Емоційні стосунки тепліші, дитина з усіх сил щиро намагається виправдати надії батьків. В цьому випадку невдачі зносяться досить гостро, аж до нервових зривів чи формування «комплексу неповноцінності». В результаті такого стилю виховання виникає страх

перед ситуацією напруги випробуванням і стає поштовхом до вживання психотропних речовин.

Виховання за типом домінуючої гіперпротекції у дітей підліткового віку викликає перебільшену реакцію емансипації. Батьки реагують на такі наміри дитини адекватним, з їхньої точки зору, способом – ще жорстокіше вимагають послуху, ще строгіше повелівають, ще більше контролюють, намагаються повністю відгородити від ровесників. Все це має лише зворотній ефект – ще більше підсилює реакцію емансипації. В результаті створюється коло – підліток все більше виявляє непослух, батьки все сильніше вимагають покори своєму дороговказу. В якийсь момент підліток підіймає бунт проти і взагалі «виходить з під контролю батьків», стає некерованим (перший варіант) чи формується конформний тип особистості (другий варіант) – дитина виростає безвільна, у всьому залежить від впливу мікросередовища чи лідера, активнішого, ніж сама. Не розвивається почуття відповідальності за свої дії, самостійність у прийнятті рішень, немає мети в житті. Дитина опиняється безпомічною в новій ситуації та непристосованою до неї.

Протисупільні групи привертають таких підлітків, тому що вони відчують психологічну захищеність, відсутність «тиску» зі сторони батьків. В такому випадку легко ідентифікувати себе з підлітками, і підпорядковуються лідеру, як раніше корилися батькам та слухалися їх. Це відбувається під час тривалого терміну перебування поза межами дому, наприклад навчання у вищих навчальних закладах.

На підлітків з *психастенічною, сенситивною і астено-невротичною акцентуацією домінуюча гіперпротекція впливає по-іншому, а саме: підсилює несаможітність, невпевненість, безвільність, нерішучість, невміння постояти за себе. Подібне виховання здатне довести дитину до психопатичного розвитку.*

***Потворна гіперпротекція*** в граничному випадку має назву «***кумир (божество) сім'ї***». Тут справа не стільки в надмірному контролі, скільки в

щохвилини опіці, в намаганні звільнити дитину, яку «люблю понад усе» від найменших труднощів, від нудних і неприємних обов'язків. Все це доповнюється безперервним захопленням легендарними талантами і перебільшенням дійсних здібностей, з дитинства панує в домі атмосфера захоплення, похвали і обожнювання. Це культивує егоцентричне бажання завжди бути в центрі уваги навколишніх, ловити повні цікавості до своєї особи погляди, слухати розмови про себе, а все бажане отримувати легко без докладання найменших зусиль.

«Кумир сім'ї» не означає також, що «об'єкт обожнювання» повинен бути обов'язково оточений великою кількістю очей, що дивляться на нього. Сім'я може складатися з двох осіб, наприклад, одинокої матері, яка обожнює свою дитину до божевілля, потакає їй у всьому, поспішає вгодити, любить нею. І підліток, з ранніх років звикає моментально отримувати все, що захоче, не задумуючись над тим, що це означає для матері і скільки це вартує.

Таке виховання рано чи пізно створює кризову ситуацію. З однієї сторони, з дитинства утверджується бажання завжди бути в полі зору, бути лідером серед ровесників, звідки безперечно постає непомірно високий рівень домагань, жадоба престижного статусу. З іншої сторони, *потворна гіперпротекція* заважає виробляти навички систематичної праці, наполегливості в досягненні мети, вміння постояти за себе і свої інтереси, здійснювати функції лідера, підкоряти собі, керувати іншими.

За умови наявності *істеричної акцентуації потворна гіперпротекція штовхає на психопатичний розвиток за таким же типом. Вона також сприяє розвитку істеричних рис на основі лабільної і гіпертимної, рідше епілептичної і шизоїдної акцентуацій характеру.*

**Гіпопротекція** – виховання за цим типом вказує на занижену увагу до дитини. В такому випадку батьки мало цікавляться справами, успіхами, потерпаннями дитини. Номінальні заборони і правила сім'ї існують, вимоги до дитини проговорюються, але батьки зовсім не контролюють їх

виконання, забуваючи що вони вчора вимагали від сина чи дочки. Ситуація *безконтрольності або безнаглядності дитини* зумовлена відсутністю зацікавлення батьків чи надмірною зайнятістю, чи надмірним зосередженням на важливіших (на їх думку) життєвих проблемах.

Недарма у підлітків, які стали залежними від алкоголю, батьки або зовсім не працювали і вели паразитарний, протисуспільний образ життя, чи навпаки були дуже відповідальними, адміністративними чи науковими працівниками.

Коли гіпопротекція поєднується з хорошим емоційним контактом, тобто батьки люблять дитину, хоча і не займаються вихованням, то дитина виростає в ситуації *цілковитого свавілля*, в неї не виробляється звичка до дисциплінованості, планування свого поведіння. Переважають імпульси, відсутня увага про те, що «хочу» повинно бути на другому місці, а на першому те, що «треба». В таких дітей до підліткового віку не розвивається саморегуляція, їх поведінка аналогічна до поведінки нестійкого типу акцентуації.

Негативні наслідки має виховання в умовах гіпопротекції в поєднанні з емоційною холодністю батьків, відсутністю душевного контакту. Дитина постійно відчуває свою непотрібність, обділена ласкою і любов'ю, переживає байдуже ставлення батька і матері, це переживання сприяє формуванню «комплексу неповноцінності». Діти без ласки і уваги батьків виростають злобливими і войовничим. Вони звикають розраховувати лише на самих себе, у всьому бачать ворогів, а своєї мети досягають силою і ошуканством.

Виховання за типом гіпопротекції залишає дитину один на один з життєвими труднощами. Без управління, скерування, захисту і підтримки дорослого, дитина відчуває негативний емоційний стан частіше, ніж може витримати її особистість. Замість того, щоб силкуватись розвинути вміння переборювати труднощі чи шукати вихід із ситуації, дитина шукає спосіб зняти напругу, змінити свій психічний стан.

**Приховану гіпопротекцію** спостерігаємо тоді, коли контроль за поведінкою і життям дитини ніби здійснюється вкрай формально. Підліток відчуває, що дорослим не має до нього ніякого діла, що це лише відчуття обов'язку, а насправді батьки були б задоволені звільнитися від виховання.

Прихована гіпопротекція іноді поєднується з *емоційним відторганням*. Підліток вчиться оминати казенний контроль дорослих і починає таємно жити своїм життям. Ситуація ще погіршується, коли є поруч хтось інший – брат, сестра, особливо зведені, вітчим чи мачуха, той, хто значно дорожчий та ліпший (**виховання за типом «попелюшка»**).

Гіпопротекція несприятлива для акцентуації за *нестійким і конформним типом*. Такі підлітки швидко опиняються в протисуспільній братії, легко переймають «святковий, повний пошуків і задоволення» спосіб життя. Але це негативно також і за наявності всіх інших типів акцентуації *при гіпертимній, епілептичній, лабільній, шизоїдній*, зумовлюючи нашарування на них рис нестійкого типу. При *сенситивній і психастичній акцентуації* – *стійкість до змін поведінки в умовах гіпопротекції*.

**Приховане емоційне відторгнення** спостерігається тоді, коли батьки самі не визнають, що для них дитина є тягарем, відганяють від себе схожу думку, ба ще більше обурюються, коли їм вказують на це. Силами розуму і з власної волі батьки приглушують в собі емоційне відторгнення дітей і зазвичай гіпер-компенсують його через підкреслене хвилювання чи увагу. Але дитина відчуває неприродність і вимушеність цього, недостачу справжнього емоційного тепла.

Становище нежаданого члена сім'ї неоднаково віддзеркалюється на підлітках з різним типом характеру. *За наявності гіпертимної та епілептичної (епілептоїдної) акцентуації* виступає реакція емансипації: перші з них борються за незалежність та свободу, другі борються за матеріальні блага. *Істероїди* демонструють дитячу реакцію опозиції. І хоча

форми її вияву змінюються, але вчинки: крадіжки, показова цікавість до алкоголю і інших засобів, демонстрації самогубства і переконання у оманливій розпутності – використовуються як сигнали рідним про прагнення уваги і любові. Інші істероїди в такій ситуації шукають уваги на стороні. *Шизоїди на подібну ситуацію реагують втечею в себе і відгороджуються душевно від сім'ї. Нестійкі діти дуже переживають, але знаходять продуктивну компанію підлітків.*

**Умови нещадних (немилосердних) стосунків.** Ці умови поєднуються з крайнім рівнем емоційного відсторонення. Нещадне ставлення (*«їжаківі рукавиці»*) може виявлятися відверто (явно) – суворими розправами за дрібні провини, панує у всій атмосфері, що оточує, хоча може навмисно приховуватись від поглядів сторонніх.

Це – душевна прохолодність один до одного, до інтересів і тривоги інших членів сім'ї, стіна між ними, сім'я, де кожен може розраховувати лише на себе самого, не очікуючи (не сподіваючись) ні допомоги, ні підтримки, ні розуміння – все це може бути без сварок, скандалів і бійок, але має негативні наслідки.

Таке виховання особливо пагубне для *епілептоїдного і конформного типу акцентуацій характеру.*

**Потворна гіпопротекція** – безконтрольність і вседозволеність у ставленні батьків до дитини поєднується з некритичним ставленням до його поведінки. Батьки намагаються оправдати всі вчинки перекласти провину на інших, відгородити від суспільного осуду, а, тим більше, від заслуженого покарання. Врешті, опинившись без батьківського нагляду, підлітки не здатні пристосуватися до життя. У виховних закладах зі строгим режимом виявляють схильність до істеричних реакцій. Цей тип неправильного виховання виступає у 10% деліквентних підлітків чоловічої статі.

**Виховання в атмосфері культу хвороби** – перебільшене хвилювання про здоров'я, підняття до культу режиму і лікування наявних

захворювань по суті справи є однією з форм *домінуючої гіперпротекції*. Врешті, таке виховання сприяє егоїстичній фіксації на піклуванні про власне здоров'я, розвитку установок з підвищеними вимогами «у всьому повинні йти назустріч». На труднощі істеричний спосіб реагування з іпохондричними проявами.

**Суперечливе виховання** – члени сім'ї в такому випадку (батьки, дід, бабуся) використовують несумісні підходи до виховання, висувають до дитини протилежні вимоги. Члени сім'ї конкурують, а іноді і конфліктують один з одним. Може поєднуватися домінуюча гіперпротекція зі сторони батька і потворна зі сторони матері; емоційне відсторонення зі сторони батьків і гіперпротекція зі сторони бабусі. Подібні ситуації погано впливають, створюючи ризик для удару по слабких сторонах характеру.

**Американські психіатри виділили виховання з використанням «парадоксальної комунікації» чи «подвійного примушування».** Даний тип виховання спостерігається у матерів з шизофренією. Суть його в поєднанні непослідовності вимог, що ставляться до дитини і відсутністю емоційного контакту з нею. Дитина в ситуації подвійного примусу не може виробити стилю поведінки, не розуміє який вчинок вважати правильним, а який ні. Наприклад, мама купила дитині дві машинки (одну зеленого, одну синього кольору), питає яка з них подобається більше. Отримавши емоційно-підкреслену відповідь, що зелена, вона з образою говорить: «Отже синя тобі не сподобалась?» У такому вихованні видно парадоксальну комунікацію. Будь-яка відповідь викликає негативну реакцію і дитина не знає яка відповідь є правильною.

**Виховання поза сім'єю** в умовах інтернату в підлітковому віці не є негативним психогенним фактором. Навпаки, для підлітка корисно деякий проміжок часу пожити в середовищі ровесників – це сприяє розвитку самостійності. Тимчасова ізоляція від сім'ї корисна у випадку важкої конфліктної ситуації.

Негативним психогенним фактором є недоліки закритого режиму, що межує з гіперпротекцією, з формалізмом, що відкриває шлях до безнаглядності, таємного поширення дурних впливів, жорстоких взаємовідносин між вихованцями, а також недолік емоційного тепла зі сторони вихователів. Усунути ці дефекти в інтернаті набагато важче, ніж в сім'ї. Тому виховання в гармонійній сім'ї, доповнене, розширене і кореговане суспільним вихованням залишається найкращим для встановлення особистості.

***Вважається, що передумовою формування різних типів характеру є типи неправильного виховання.***

***Психологічні особливості підліткового віку отримали назву «підліткового комплексу», а зумовлені ними зміни поведінки – «пубертатного кризу».***

***Підлітковий комплекс*** має в своєму складі ***часті зміни настрою*** від нестримних веселощів до пригнічення настрою і в зворотному напрямку без достатніх на те причин, а також ряд інших полярних якостей, що наступають навпереміну.

***Чутливість*** до оцінки сторонніми своєї зовнішності, здібностей, вміння, поєднуються з надлишковою самовпевненістю і безапеляційними судженнями у ставленні до навколишніх.

***Сентиментальність*** вживається з вразливою черствістю, хвороблива соромливість – з розпутністю, бажання бути визнаним і оціненим – з обожнюванням випадкових кумирів, а чутливі фантазії – з сухим мудруванням.

«Пубертатний криз» включає:

- кризу ідентичності;
- кризу авторитету;
- кризу сексуальну.

Широко поширена концепція Е. Еріксона (1968) про «***кризу ідентичності***» як про головну особливість підліткового періоду. Під

ідентичністю розуміють визнання себе як особистості, як індивідуальності. Формування ідентичності – результат розпаду «дитячого Я» і синтезу нового «дорослого Я». З кризою ідентичності пов'язують схильність до психогенних депресій і схильності до самогубства.

**«Криза авторитету»** виводиться як **«едіпів комплекс»** чи **«протест проти батька»**. Слабка роль батька чи відсутність його в неповних сім'ях призводить до поширення цього протесту на всі авторитети світу дорослих. Крайнім проявом є втечі з дому і бродяжництво.

**«Криза сексуальності»** по З. Фройдю пояснюється зміною ерогенних зон з анальної на генітальну.

За О.Е. Личко, суть **«підліткового комплексу»** – властиві цьому віковій певні психологічні особливості, поведінкові моделі, специфічні підліткові поведінкові реакції на вплив навколишнього соціального середовища. До них відносяться:

- реакція емансипації;
- реакція групування з ровесниками;
- реакція захоплення (хобі-реакція);
- реакція зумовлена формуванням сексуального потягу;
- дитяча поведінкова реакція.

**Реакція емансипації як підліткова поведінкова реакція.** Ця реакція виявляється у підлітковому віці прагненням звільнитися з під опіки, контролю, протекції, догляду старших – рідних, вчителів, вихователів, наставників, старшого покоління взагалі.

Ця реакція зумовлена впливом соціо-психологічних факторів: надмірної опіки з боку старших, дріб'язкового контролю, позбавлення мінімальної самотності і всякої свободи, ставлення як до малої дитини.

*Реакція виявляється по-різному:*

- у поведінці;

- *у бажанні всюди і завжди поступати по-своєму, самотійно;*
- *в думках;*
- *словах;*
- *вчинках,*

*Звільнення від кого:*

- *батьків;*
- *вчителів;*
- *вихователів;*
- *наставників;*
- *старшого покоління взагалі.*

*Звільнення від чого:*

- *опіки;*
- *контролю;*
- *протекції;*
- *залежності;*
- *догляду.*

*Реакція емансипації поширюється на встановлені старшими:*

- *порядки;*
- *правила;*
- *закони;*
- *стандарти;*
- *духовні цінності;*
- *ідеали.*

Реакцією емансипації може бути вступ на навчання чи на роботу обов'язково в іншому місці, щоб жити окремо від батьків. Однією з крайніх форм *демонстрації реакції емансипації* є втечі з дому блукання і мандри, в разі, коли вони зумовлені бажанням «пожити вільним життям».

*Підліткам властиве* інстинктивне групування з ровесниками.

Існує два типи підліткових груп:

**Перший тип відрізняється** одностатевим складом, наявністю постійного лідера, досить жорсткою фіксованою роллю кожного члена, його твердим місцем на ієрархічній драбині внутрішньо-групових взаємних стосунків (підпорядкування одним і знування над іншими). В цих групах кожен має свою роль. Є такі ролі, як *«ад'ютант лідера»* - фізично сильний підліток, з невисоким інтелектом кулаками якого лідер тримає групу в підпорядкуванні; є *«антилідер»*, який намагається зайняти місце лідера; є *«шістка»*, якими всі помикають. Часто така група має *«свою територію»*, яка оберігається від вторгнення ровесників інших груп, в боротьбі з якими протікає життя групи. Склад групи *стабільний*. Прийом нових членів поєднаний з особливими *«випробуваннями»* чи ритуалами. Приєднатися до цієї групи без згоди лідера неможливо. Лідер оцінює нового члена групи з точки зору небезпеки отримати сильного антилідера. Є схильність до внутрішньо-групової символіки – *умовні знаки, своя мова, свої клички, свої обряди – «братання кров'ю»*.

*До цієї групи належать: панки, рокери або байкери, неонацисти, любери, металісти.*

*Подібні групи утворюються лише з підлітків чоловічої статі.*

**Другий тип** відрізняється незлагодженим розподілом ролей, відсутністю (сталого) лідера – його функцію виконують різні члени групи, залежно від того, чим в даний момент група займається. Склад групи *різностатевий і нестабільний* – одні ідуть, інші приходять. Життя такої групи регламентовано мінімально, немає чітких вимог, задоволення яких необхідне для вступу в неї.

*До цієї групи належать хіпі, мажори, фанати, брейкери, попері (диско).*

**Для підліткового віку** захоплення – найважливіша риса. Підлітковий вік без захоплення аналогічний до дитинства без гри. Захоплення особлива категорія психічних феноменів, структурних компонентів особистості, розміщуючись між інстинктами і потягами з однієї сторони, і нахилами і

інтересами – з іншої. На відміну від потягів, хобі не має безпосереднього зв'язку з інстинктами. На відміну від інтересів і нахилів, захоплення емоційно забарвленні, хоча і не є основною трудовою спрямованістю особистості, не є професійною діяльністю і засобом заробітку.

Виділені наступні типи захоплень:

**Інтелектуально-естетичні захоплення** – пов'язані з глибокою цікавістю до справи (музики, малювання, радіотехніки, древньої історії, розведення квітів, пташок тощо). До цієї групи відносяться любителі постійно щось винаходити чи конструювати. Подібні заняття для старших здаються непотрібними і дивними. Але для підлітка вони надзвичайно цікаві і важливі, йому байдуже, як на це дивляться зі сторони. Захоплені цікавою справою, підлітки запускають навчання.

**Тілесно-мануальні захоплення** – пов'язані з бажанням здобуття сили, витривалості, спритності чи інших тонких мануальних навичок. Сюди відносяться заняття різними видами спорту, прагнення щось майструвати, вишивати, їздити на велосипеді, керувати мотоциклом чи автомашиною. Але ці всі захоплення відносяться до даного типу, якщо за ними стоїть прагнення фізичного удосконалення. Задоволення викликає не сам процес занять, а досягнуті результати.

**Лідерські захоплення** – призводять до пошуку ситуацій, де можна керувати, організовувати, направляти інших, навіть, коли це стосується випадкових моментів і подій в житті. Різні захоплення, чи то гуртки, види спорту, суспільні обов'язки, легко змінюються, поки не попадає група, яку вдається підпорядкувати собі.

**Накопичувальні захоплення** – це колекціонування (накопичення) у всіх його видах. Враховуючи, що будь-яка колекція, досягаючи певної величини, набуває матеріальної цінності, можна допустити, що в основі цього роду захоплень лежить схильність до накопичення матеріальних благ. Стійка пристрасть до колекціонування мусить поєднуватися з акуратністю.

**Егоцентричні захоплення** – заняття, показова сторона яких дозволяє опинитися в центрі уваги навколишніх. Найчастіше – це художня самодіяльність, особливо модні її форми – участь в любительських естрадних ансамблях, перш за все, спортивні змагання – все, що дає можливість публічного виступу, зосередження на собі уваги. Сюди відносяться захоплення екстравагантною одежею, що привертає погляди зі всіх сторін. Все це має певний мотив, що відрізняє його від справжньої цікавості до мистецтва чи спорту, чи в випадку з одежею – наївного слідування моді. З метою привернути увагу вибирають такі заняття, як вивчення іноземної мови, літературну діяльність, захоплення старовиною, малюванням, спроби стати знавцем в модній галузі. Всі ці заняття мають одну мету – демонстрацію своїх успіхів, привернути увагу оригінальністю своїх захоплень, бажанням возвеличення в очах навколишніх.

**Азартні захоплення** – гра в карти, ставки на хокейних і футбольних матчах, різного роду парі на гроші, захоплення спорт-лото. Види захоплень змінюються, але кожне з них поєднане з почуттям азарту.

**Інформативно-комунікативні захоплення** – виявляються жадобою отримання нової легкої інформації, що не вимагає критичного напруження інтелекту, а також потребою поверхневих контактів, що дозволяють обмінюватися інформацією. Пуста балаканина з випадковими приятелями, огляд всього, що відбувається навколо, детективні фільми, книги того ж змісту, години перед телевізором – зміст цього роду захоплень. Переважають легкі контакти і знайомства, так само, як і інформація. Все засвоюється на поверхневому рівні і для того, щоб передати іншим. Отримані відомості легко забуваються, в істинну сутність ніхто не вникає і висновків не робить. Все це можна було б рахувати не захопленням, а лише манерою поведінки, формою спілкування. Але все це займає час і місце захоплень, і справедливо розцінене як найпримітивніший їх рівень. Зазвичай, коли сам підліток говорить, що в нього немає ніяких захоплень, мова йде про подібне інформативно-комунікативне хобі.

***Реакції, зумовлені сексуальним потягом до котрих належать:***

- онанізм (включаючи сумісний і взаємний з іншими);
- петтінг – подразнення ерогенних зон з відчуттям оргазму (29% підлітків);
- ранні сексуальні зв'язки (до 16 років) (52%, до 14 років - 4%);
- проміскуїтет – безладні статеві зв'язки;
- транзиторий підлітковий гомосексуалізм (4% підлітків);
- вибіркова агресія і демонстративні дії, що можуть призвести до самогубства, зміни поведінки, що, однак, не мають сексуального змісту.

Все це свідчить про те, що сексуальна поведінка підлітків відрізняється надмірною нестійкістю і легко наближається до патологічних форм. Причиною цієї нестійкості є недиференційована сексуальність підлітків. Статеве збудження у хлопчиків-підлітків викликається багатьма подразниками – напругою м'язів під час боротьби з товаришем, тряскою при їзді на транспорті, страхом чи біллю. Коли збудження досягає оргазму, то замикається умовно-рефлекторний зв'язок.

***До дитячих поведінкових реакцій належать:***

***Реакція відмови*** від контактів, ігор, від їжі – виникає у дітей, раптово відірваних від матері, сім'ї, звичного місця в житті (вступ до дитячого садочка, переїзд на нове місце проживання). Ця реакція спостерігалася навіть у інфантильних підлітків, яких насильно відлучили від дому, від звичного життя і ровесників.

***Реакція опозиції*** – пов'язана з надмірними претензіями до дитини, непосильним для неї навантаженням, вимогою відмінно вчитися, виявляти успіхи в заняттях (музика). Але найчастіше ця реакція – наслідок втрати чи зменшення уваги зі сторони матері і близьких. В дитинстві це трапляється з появою вітчима чи мачухи. Дитина намагається різними способами повернути собі попередню увагу (наприклад, імітує хворобу), чи досаждає

супернику, щоб позбутися його і повернути увагу. Реакція опозиції може адресуватися не лише рідним в сім'ї, але й вихователям чи педагогам.

*Прояви реакції опозиції різноманітні* – прогули, втечі з дому, крадіжки, спроби самогубства – несерйозні і демонстративні, що мають на меті позбутися труднощів чи привернути увагу. Покинувши дім, підлітки тримаються недалеко від нього, намагаються потрапити на очі знайомим чи міліції, чи йдуть туди, де сподіваються, що їх будуть шукати. З цією ж метою – повернути втрачену увагу, підлітки використовують алкоголізацію, зухвалу поведінку в суспільних місцях. Всі ці демонстрації говорять: *«Зверніть на мене увагу! Позбавте мене від труднощів, бо я пропаду!»*.

*Реакція імітації* – виявляється в намаганні наслідувати у всьому якусь особу чи образ. В дитинстві предметом для наслідування є рідні чи старші, з найближчого оточення, пізніше – герої книг і кіно.

У підлітків моделлю для імітації стають яскраві товариші чи кумири молодіжної моди. Приклад для наслідування підліток підбирає не сам, йому це диктується тою групою ровесників, до якої він належить. Дорослий може стати об'єктом для індивідуальної імітації, коли він є взірцем успіху в тій галузі, де сам підліток прагне чогось досягти. В силу цього в одязі, манері поводити себе, підліток, захоплений, наприклад, якимось видом спорту, починає наслідувати спортивного тренера, а підліток, що мріє про кар'єру, артиста чи відомого актора кіно і естради.

Причиною зміни поведінки реакція наслідування може стати, коли для наслідування вибраний антисоціальний герой. Не випадково культ насильства, вбивств, грабежів, наслідування «злочинця-супермена» в американському кіно, сприяло росту злочинності в США.

*Негативна імітація* – зустрічається у підлітків не часто. Мова не про наслідування негативних моделей поведінки, а про те, що весь модус поведінки будується за принципом протилежного від взірця. Прикладом служить підліток, який підкреслено відмовляється від матеріальних благ у

сім'ї, від можливості вступити в вищий навчальний заклад, віддає перевагу поношеній одежі і фізичній праці, яка скромно оплачується, компанії «невдах»-друзів. Його поведінка – негатив з моделі, якою був батько – стягувач грошей. У іншого підлітка викручені моральні вимоги до себе поєднані з тим, що зразком для негативного наслідування була мати – одинока жінка, яка вела розпутне життя.

*Реакція негативного наслідування може розглядатися як форма протесту, але відрізняється від реакції опозиції бо немає прагнення повернути до себе увагу, чи вимоги уникнути труднощів. Ця реакція ближче до боротьби за самостійність, поєднується з реакцією емансипації.*

**Реакція компенсації** – бажання свою слабкість і невдачу в одній галузі заповнити успіхами в іншій, що властива як дітям, так і підліткам. Хворобливий, фізично слабкий хлопчик, що нездатний постояти за себе в бійці, показати себе в рухливих іграх, предмет насмішок на заняттях фізкультури, компенсує себе відмінними успіхами в навчанні, які вражають енциклопедичними знаннями в галузях, що цікавлять товаришів, які вимушені звертатися до нього за довідками і визнавати його певний авторитет. І навпаки, труднощі в навчанні компенсуються «сміливою» поведінкою, керівництвом групою шибеників.

**Реакція гіперкомпенсації** – у підлітків зустрічається частіше, ніж в дитинстві. Тут наполегливо добиваються результатів в тій галузі, де почувають себе слабо. Наприклад, дитина, що перенесла поліомієліт, посилено займається акробатикою і досягає помітних успіхів, чи підліток, що заїкається, займається художнім читанням і виступає на любительських концертах. Полохливість в силу реакції гіперкомпенсації може штовхати на сміливі дії, які здаються банальними порушеннями поведінки. Власне, в силу гіперкомпенсації полохливі і спокійні діти обирають види спорту, які вимагають грубої сили, як бокс, самбо чи карате.

## ЛЕКЦІЯ № 10

### Тема: Формопрояви розладів поведінки

#### План:

1. Поняття про деліквентну поведінку.
2. Формопрояви розладів поведінки:
  - а) втечі з дому і бродяжництво;
  - б) рання алкоголізація як форма токсикоманії;
  - в) девіації сексуальної поведінки;
  - г) поведінка, що спрямована на умисне спричинення власної смерті.
3. Особливості руйнівної поведінки за умови наявності акцентуації характеру у підлітків.

*Деліквентна поведінка* це ланцюг злочинів, дрібних правопорушень (від лат. «Делінкво» – здійснювати злочин, провинитися), що відрізняються від криміналу, тобто таких, що караються згідно з Карним кодексом серйозних правопорушень і злочинів.

*Деліквентність починається* з шкільних прогулів– Z72.810, згідно DSM-5-TR, і приєднання до асоціальної групи ровесників. За дрібне хуліганство, знущання над молодшими і слабшими, відбирання дрібних кишенькових грошей у менших, крадіжка (з метою покататися) мотоциклів, які потім кидають, де заманеться. Рідше зустрічається шахрайство, зухвала поведінка в суспільних місцях. До цього приєднуються «домашні крадіжки» невеликих сум грошей. Всі ці дії в неповнолітньому віці не є приводом для покарання в відповідності з Карним кодексом, та й подібна поведінка у дорослих частіше є предметом розгляду на товариських судах і причиною адміністративних покарань.

Але підлітки можуть виявляти велику деліквентну активність і тим спричиняти багато неприємностей. Деліквентність є найчастішою причиною розгляду в комісіях у справах неповнолітніх.

Іноді усі ці розлади поведінки називають *девіантною поведінкою*, що не зовсім вірно відображає суть справи. Девіантність – відхилення від прийнятих норм – поняття ширше, до нього входить не лише деліквентність, але і інші розлади поведінки – від ранньої алкоголізації до спроб самогубства.

Підліткова деліквентність в більшості випадків має *соціальні причини* (недоліки виховання, перш за все). 85% деліквентних підлітків, за даними різних джерел виростають в неповній сім'ї, тобто без батька або в деформованій (з вітчимою чи мачухою).

Немале значення має безнаглядність виховання за типом гіпопротекції. Зростанню деліквентності серед підлітків сприяють соціальні заворушення, що тягнуть безбатьківщину і втрату сімейної опіки.

Деліквентність далеко не завжди пов'язують з аномаліями характеру, з психопатіями. Але за наявності окремих із цих аномалій, включаючи кінцеві (крайні) «різновиди норми» у вигляді акцентуацій характеру, спостерігається менша стійкість до несприятливого впливу безпосереднього оточення, більша сприйнятливість пагубних впливів. Від 40% до 70% деліквентних підлітків мають зміни характеру.

Проявами найчастіше є прогули, ухилення від навчання і праці, дрібні крадіжки, бійки з ровесниками. Рідше зустрічаються такі форми, як хуліганство, відбирання грошей, крадіжка велосипедів, випрошування грошей, зухвала поведінка в суспільних місцях.

Схильність до деліквентності пов'язана зі ступенем аномалії характеру та його типом. Таким типам як *сенситивний і психастенічний*, деліквентність взагалі не властива. *Циклоїди* здатні на епізодичні деліквентні вчинки під час гіпертимної фази, рідше під час субдепресивної. Найчастішими типами акцентуації характеру, за наявності яких спостерігається деліквентна поведінка є *епілептоїдний і істероїдний*. Деліквентність *шизоїдів* виявляється, коли відхилення характеру від норми

досягає ступеня психопатії. У *нестійких, істероїдів і гіпертимів* деліквентність часто зустрічається на фоні акцентуації характеру.

Кожному типові акцентуації характеру і психопатії властиві певні особливості поведінки.

У *нестійких* спостерігається два вікових піки деліквентності. Один з них співпадає з переходом в 4-5 класи школи – від одного вчителя до предметної системи з ускладненими програмами навчання і одночасно з початком статевого дозрівання. Другий пік співпадає з закінченням 8-річної освіти і переходом до професійного навчання. Деліквентність їх на 90 % поєднується з ранньою алкоголізацією. У *гіпертимів* початок деліквентності в 50% попадає на передпідлітковий вік – 10-12 років.

У *істероїдів* розпочинається в різні роки – від 10 років до 15 років. В них виявляється особлива схильність до дрібних крадіжок, шахрайства і зухвалої поведінки, алкоголізація зустрічається в 35%. В 60% підлітків загроза покарання за вчинки штовхала на демонстративну поведінку, що імітувала власне самогубство.

Вікові особливості початку деліквентності у епілептоїдів подібні з нестійкими, але бійки з надмірною жорстокістю в них зустрічаються частіше, ніж крадіжки.

У *шизоїдів* початок деліквентної поведінки в 60% 15-16 років виявляється сексуальною деліквентною поведінкою – ексгібіціонізмом, гомосексуалізмом.

**Мотиви деліквентних вчинків** різні – крадіжки, як шлях мати гроші для розваг і задоволення (у нестійкого підлітка), показати сміливість і відвагу – у гіпертимного, відчуття ризику і насолоди – у епілептоїдного, з метою поповнення колекції – у шизоїдного.

Втечі з дому і «бажання мандрувати» розглядаються як одна з форм деліквентності та одночасно як форма розладів поведінки.

Втечі з дому стартують ще з дитинства, до початку періоду статевого дозрівання. Рішення покинути власний дім вперше приймається через

острах покарань, чи як реакція опозиції, а коли ситуація, що вказана, повторюється, то це згодом перетворюється в «умовно-рефлекторний трафарет».

Н. Stutte (1960) виділив:

- втечі як наслідок недостатнього нагляду, з метою розваги і задоволення;
- втечі як реакція на протест на надмірні вимоги і на недостатню увагу зі сторони близьких;
- втечі як реакцію тривоги через страх покарань у похлиплих дітей;
- «специфічні пубертатні втечі» внаслідок фантазерства і мрійливості.

Коли складаються «визначені» соціальні умови втечі підлітків набувають пошесного (заразного) характеру, от наприклад, ситуація масової безпритульності, що створюється в період війн та післявоєнних руйнацій чи важких економічних криз.

*Серед причин масових втеч* також варто згадати: суперечки з батьками, рішуча незгода з системою в школі, сім'ї та стилем життя в цілому, пошук розваг і свободи. Втечі, як правило, синхронізуються із «поштовхами» соціальними, пориванням стосунків і, як наслідок, «розвалом сімейних зв'язків», заповненням вільного часу повністю лише переглядом телебачення, що замінило взаєморозуміння та спілкування з батьками і значно ослабило емоційну прихильність до них. Тому підлітки-втікачі є соціальною проблемою.

В останні роки втікачів замінює «вуличне плем'я», до якого відносять підлітків, які формально з дому не втекли, але приходять додому лише ночувати, іноді не завжди. Ці підлітки не вважають, що їхнє положення важке. Вони часто походять із зовні неупорядкованих сімей середнього достатку. Своє життя на вулиці із зловживанням наркотиками, сексуальною свободою, пошуками їжі і місця для ночівлі, сутичками з

поліцією вважають цікавим і захоплюючим. Відносини з батьками вкрай напружені, особливо схильні звинувачувати батька. За їх словами, батьки не відносяться до них, як самостійних людей, не сприймають серйозно. Дівчатка особливо нарікають з приводу осудження батьками манери одягатися, вибирати друзів, розваги тощо. Мова про поступове накопичення незадоволення, яке передує втечі.

На основі даних А. У. Нураєвої (1973) виділені типи втеч у підлітків:

- емансипаційні;
- імунітивні;
- демонстративні;
- дромоманічні.

**Емансипаційні втечі** найчастіші (45%) і здійснюються з метою звільнення від нагляду та контролю рідних, близьких чи педагогів-вихователів, від зобов'язань, які надокучили і примушування з прагненням «святкового», «легкого» життя. Початок таких втеч у 12-15 років. Приводом для першої втечі є сутичка з батьками чи вихователями. Але не страх перед ними, а жадоба звільнитися від нагляду, надокучливого режиму, образу життя штовхає на втечу. Емансипаційні втечі здійснюються з 2-3 приятелями чи знаходяться такі в процесі втечі. У 85% втечам передують прогули занять, в 75% вони поєднані з деліквентністю, в 32% - з алкоголізацією під час втечі.

Емансипаційний тип втечі властивий психопатіям і акцентуаціям характеру *гіпертичного і нестійкого типу*.

**Імунітивні втечі** (від англ. Імуніті – безкарність). Цей тип складає 26%. Втечі вперше – наслідок немилосердної поведінки, нещадних покарань, «розправ» зі сторони рідних і приятелів у сиротинці. Підштовхує до втечі також стан вигнанця чи «попелюшки» в родині, цькування старшокласників у школі. Втечі здійснюються на самоті. Під час втеч поведінка така, що допомагає забутись, відірватися від важкої ситуації, яка на неї штовхнула. Під час втечі ніяких провин немає (наприклад, їду

добуваються шляхом збирання пустих пляшок). Повторні втечі стають поведінковою реакцією на будь-яку важку ситуацію. Під час повторних втеч шукають супутника і здатні до деліквентної поведінки.

Вік початку таких втеч від 7 до 15 років. В 16-17 років замість втечі характерна інша форма віддалення від сім'ї (навчання, робота з гуртожитком). Імпунітивні втечі спостерігаються у 13% *шизоїдів*, 8% - представників *лабільного* і *сенситивного* типів, у 6% - *гіпертимів*.

**Демонстративні втечі** як підсумок реакції опозиції (спостерігалися у 20%). Їх перша ознака, відмінна від інших видів втеч, – відносно невелика відстань та перебування в місцях, де зберігається висока ймовірність, що їх знайдуть та повернуть назад. Під час втечі поведінка така, що звертає на себе увагу навколишніх. Причина таких втеч єдина – прагнення відновити увагу до себе близьких і рідних, яка втрачена чи послаблена через захворювання або народження брата чи сестри, появу вітчима тощо. Іноді підліток вимагає не стільки уваги, як переваг, виконання бажань, певних благ, особливо тих, які дозволили б йому піднятися в очах ровесників. Демонстративні втечі розпочинаються протягом підліткового віку, тобто частіше 12-17 років. Велика їх частина припадає на представників *істероїдного* типу (10%) також при *лабільному* і *епілептоїдному* типіві психопатій і акцентуацій.

**Дромоманічні втечі** – такий вид втеч доволі нечасто зустрічається в підлітковому віці (лише 9% підлітків-втікачів). Дромоманічним втечам передуює зміна настрою несподівана та «ні з того ні з сього». Раптом появляється нічим не виправдане бажання змінити місцевість. Покидають місце проживання самотійно, хіба що зовсім випадково разом з товаришем (товаришами). Регіон перебування поширюється (від однієї втечі до наступної). Під час втечі знову раптово виникає бажання повернутися до родини, повертаються вимучені, притихлі і слухняні. Чому втікали з дому пояснити не можуть, вчинку свого соромляться. Конкретні запитання про втечу здатні підштовхнути до нової. Дромоманічні втечі

поєднуються з дисфоріями і розладами потягів у вигляді гіперсексуальності, намірів «напитися до відключення», садомазохістськими діями. Деякі підлітки зауважували, що під час втечі знижується апетит, вони сплять менше, ніж звичайно, знаходяться в незвичайно збудливому стані.

Дромоманічні втечі зустрічаються при *епілептоїдному* типі психопатій.

***Рання алкоголізація як форма поведінки, що сприяє токсикоманії*** – до ранньої алкоголізації слід віднести знайомство з дозами алкоголю в віці до 16 років і більш чи менш регулярне вживання спиртних напоїв в віці 17-18 років. Таким чином, мова не про ранній алкоголізм, а про підлітковий еквівалент побутового пияцтва дорослих. Однак чисельність алкоголіків зрілого віку поповнюються, в основному, за рахунок тих, хто починає випивати ще з підліткового. Наукові дані свідчать: за умови побутового пияцтва дорослих алкоголізація розпочинається у 76% до 20 років, в тому числі у підлітковому віці.

Рання алкоголізація виникає спочатку як один із проявів деліквентності. Невипадково серед деліквентних підлітків, що знаходяться на обліку, 38% зловживали алкоголем. Перші випивки здійснюються, як правило таємно від дорослих зі «своєю» групою ровесників. Мотивами є небажання відставати від товаришів і цікавість, викручене поняття дорослості. Мотивом повторних випивок стає бажання відчувати «веселий настрій», почуття самовпевненості, тоді алкоголізація виступає формою поведінки.

З цією ж метою в компанії товаришів використовується не лише алкоголь, а й інші засоби, які здатні зумовити незвичайне підвищення настрою чи дають можливість відчувати і пережити ще незвідане, аж до галюцинацій. Проте лише алкоголь залишається вельми поширеним способом ейфорії.

Така поведінка ще не свідчить про формування токсикоманії, зокрема алкогольної. Їй властива поява спочатку психічної, а згодом фізичної залежності від алкоголю. У підлітковому віці на формування психічної залежності впливає реакція групування з ровесниками.

**Групова психічна залежність** – це особливий підлітковий феномен. В такому випадку потреба випити виникає в той самий момент, коли тільки підліток потрапляє в «свою» компанію. За межами своєї групи немає прагнення до випивки. З чужими і малознайомими не випивають. Відрив від «своєї» групи означає припинення алкоголізації. Наявність групової психічної залежності ще не свідчить про потребу алкоголю, а лише є загрозливою передумовою алкоголізму «справжнього».

**Індивідуальна психічна залежність** – це рідкісне та виняткове явище є початковою ознакою алкоголізму. В такому випадку підліток розпочинає активно вишукувати будь-який привід чи ситуацію для випивки. Відокремлення від «своєї групи» зумовлює пошук іншої компанії підлітків, в якій випивають. Часто самостійно використовуються неалкогольні засоби, що дурманять.

**Типологічні особливості алкоголізації:** залежність особливостей поведінки від типу психопатії чи акцентуації характеру в підлітковому віці виявляється чітко. Цілком очевидно, що тип аномалії характеру має вирішальне значення.

За даними О.Е. Личко, зловживання алкоголем, що не досягало рівня алкоголізму, спостерігалось у 45% осіб нестійкого типу; 35% - епілептоїдного; 28% істероїдного і істероїдно-нестійкого; 25% - гіпертимного чи гіпертимно-нестійкого.

Висока частота алкоголізації підлітків *нестійкого типу* зрозуміла, адже пристрасть до розваг і задоволення – головна риса цього типу. Вино розглядається як необхідний атрибут для розваг. Тому випивки здійснюються в групі ровесників, і навіть, коли вже формується алкоголізм, продовжується в компанії. В якості мотиву – прагнення мати

веселий настрій. В основному характерні глибокі стадії сп'яніння. Вино до вподоби більше, ніж горілка.

Подібний модус поведінки властивий підліткам *гіпертимного типу*, вони довго утримуються на рівні алкоголізації не досягаючи рівня алкоголізму. Очевидно, високий біологічний тонус, прагнення діяльності, наявність планів на майбутнє робить їх стійкішими до розвитку психічної залежності.

Шлях алкоголізації *епілептоїдного підлітка* інший. Випивка не дає легких і приємних ейфорій, а супроводжується злобою, агресією, дикими і жорстокими діями, самокаліцтвом і іншими вчинками. Після перших спроб виникає потреба пити до «відключення», а тяга до випивки набуває характеру інстинкту. Випивають переважно міцні спиртні напої.

Особливості алкоголізації інших типів підлітків зводяться до наступного:

*Циклоїди* в періоді підйому в ставленні до алкоголю поводять себе як гіпертими, а в субдепресивній фазі не випивають.

*Лабільні ж підлітки*, починають випивати, коли потрапляють в асоціальну групу, але обмежуються невеликою кількістю солодких вин.

Підлітки *сенситивного типу* негативно ставляться до алкоголю.

*Шизоїди* використовують малі дози в якості допінгу, що полегшує контакти, знімає полохливість і сором'язливість.

*Істероїди* схильні перебільшувати свою алкоголізацію, доказуючи, що вони «все можуть» і поступово дійсно звикають до алкоголю.

*Конформні* підлітки стають на шлях алкоголізації коли опиняються в асоціальній компанії.

Оцінка діагностичних критеріїв відхилень в сексуальній поведінці людини має ряд особливостей, оскільки є істотні відмінності в розумінні сексуальної норми. *Сексуальні девіації* – це будь яке кількісне чи якісне відхилення від сексуальної норми, а в поняття норми входить поведінка, що відповідає статево-ролевим онтогенетичним закономірностям

популяції за віком, що здійснюється в результаті вільного вибору і не обмежує вільного вибору партнера.

***В сексології розрізняють поняття:***

- індивідуальна норма;
- партнерська норма.

***Індивідуальна норма*** націлена на аналіз потенційних можливостей людини до сексуальних контактів в силу анатомічної і фізіологічної норми, а також комунікаційних здібностей індивіду, бажання і вміння будувати стосунки з людьми, що сприяють статевим відносинам.

***Партнерська норма*** – всі види статевої активності, сексуальної поведінки і хтивих дій, що мають місце між двома зрілими особистостями, сприймаються ними і спрямовані на досягнення насолоди, не шкодять здоров'ю і не порушують норм спільного проживання. Отже, в структурі партнерської норми принципове значення мають наступні критерії:

- кількість партнерів, що взаємодіють одночасно;
- їх зрілість;
- прагнення до досягнення згоди;
- відсутність шкоди власному здоров'ю;
- відсутність шкоди здоров'ю і комфорту інших людей.

***Критерій кількості партнерів***, що взаємодіють націлює на парні сексуальні контакти, які відповідають нормі адекватності в зв'язку з значенням принципу інтимності для встановлення гармонічних сексуальних стосунків, відсутності наміру до уникнення партнерських зв'язків.

***Критерій зрілості*** – можливість розуміти біологічну і соціальну суть сексуальних дій і відповідати за наслідки.

***Критерій наміру до досягнення згоди*** – здійснення вільного вибору місця, часу і способу сексуальної взаємодії, згода у «діапазоні прийнятності» і «сексуальних сценаріях».

*Критерій відсутності шкоди для свого здоров'я* – реальна самооцінка людини в сфері власних сексуальних здібностей.

*Критерій відсутності шкоди здоров'ю і комфорту інших людей* – врахування зовнішніх соціальних наслідків сексуальних дій, зокрема цинічного і образливого спілкування.

**Підлітковий вік** – визначений термін формування **статевого потягу**, якому властиві недостатня диференційованість і надмірна збудливість («юнацька гіперсексуальність»), а також незавершеність статевої ідентифікації в психологічному «плані».

Тому під впливом ситуативних факторів легко виникають девіації сексуальної поведінки, що є особливо загрозливими для підлітків з прискореним чи сповільненим фізичним та сексуальним розвитком. У перших сильний статевий потяг виникає задовго до соціальної зрілості. У інфантильних в силу реакції гіперкомпенсації породжується намір «не відстати» і «обігнати» ровесників в сексуальному плані. **Гіперсексуальність** є однією з базових характеристик, що сприяє формуванню більшості сексуальних девіацій і характеризується значним підвищенням цінності сексуального життя і витісненням інших цінностей. Вважається, існує чотири царини життя, які формують співвідношення цінностей тих чи інших видів діяльності:

- сім'я; ■ хобі; ■ робота; ■ секс.

У випадку девіацій гіперсексуальна поведінка стає не стільки засобом для досягнення задоволення, самоціллю. З'являються різні форми відхилень від сексуальної поведінки;

- секс як приниження;
- секс як гординя;
- секс як розвага;
- секс як спорт;
- секс як робота тощо.

Гіперсексуальність відсуває звичайні цілі і мотиви на другий план, звільняючи місце егоїстичному мотиву.

На відміну від істинних девіацій в підлітковому віці девіації зумовлені ситуацією і проходять. Коли особа виростає з підліткового віку, з початком нормального статевого життя від девіацій не залишається сліду. Лише в деяких випадках сексуальні девіації зберігаються поряд з нормальним статевим життям.

***Форми транзиторних підліткових девіацій сексуальної поведінки:***

- онанізм;
- петтинг;
- раннє статеве життя;
- підлітковий проміскуїтет;
- транзиторний підлітковий гомосексуалізм;
- вуайєризм;
- фетишизм;
- ексгібіціонізм;
- трансвестизм подвійний;
- транссексуалізм.

***Онанізм*** у підлітків не прийнято розглядати як патологічне явище, якщо тільки лише не починається раніше 14 років, не досягає надмірної інтенсивності (по декілька разів на день), не поєднується з тривожністю, страхом, швидкою зміною настрою, фрустрацією та відчуттям самотності і не супроводжується депресивною реакцією на прагнення від нього відмовитися. Вважається, що не менше 70% підлітків-хлопчиків і 15 підлітків-дівчаток після 14 років регулярно займаються онанізмом. Прийнято говорити про «мастурбацію періоду юнацької гіперсексуальності» і пояснювати її тим, що сексуальний потяг виникає значно раніше, ніж можливість вступити в шлюбні стосунки.

Не розглядається як патологічний феномен й «груповий (спільний) чи наслідувальний» онанізм, коли мастурбацією займається двоє чи

декілька підлітків на очах один в одного. Ця форма сексуальної активності поєднана з підлітковою реакцією групування, імітацією поведінки ровесників. Але взаємний онанізм може бути першим проявом гомосексуальних нахилів.

**Петтинг** – ця форма задоволення статевого потягу щось середнє між онанізмом і справжніми статевими стосунками полягає у взаємному подразненні ерогенних зон до оргазму. Практикується в гетеросексуальних стосунках.

**Ранні статеві стосунки** гетеро-сексуального типу розглядаються як патологічна девіація, коли вони починаються до фізичного дозрівання.

*Ознаками фізичного дозрівання юнаків є:*

- поява волосся на лобку за чоловічим типом;
- поява волосся на щоках, грудній клітці, середній лінії живота;
- чоловічий тембр голосу;
- сповільнення росту тіла.

*Ознаками фізичного дозрівання у дівчат є:*

- поява волосся на лобку за жіночим типом;
- поява менструацій;
- зупинка росту.

Подібна зрілість у юнаків настає в 16-18 років, дівчат - 15-17 років.

**Підлітковий проміскуїтет** часті статеві стосунки з безперервною зміною партнерів. Сексуальна взаємодія з метою поставити рекорд з кількості партнерів чи з тривалості одного контакту. Проміскуїтет поєднується з ранньою алкоголізацією (особливо у дівчат). В стані алкогольного сп'яніння потяг вивільняється, настає пасивне підпорядкування старшим партнерам. У дівчаток проміскуїтет як форма сексуальної поведінки має тенденцію до закріплення і тоді прагнення до постійної зміни партнера стає чимось на зразок несправжньої перверзії.

Найвідомішим нетрадиційним для суспільства поведінковим сексуальним стереотипом є гомосексуальна поведінка.

*Транзиторний підлітковий гомосексуалізм* – ця девіація є ситуативно зумовленою, її прояви найчастіше в закритих закладах де скупчуються підлітки однієї статі. У старшому підлітковому віці він буває викликаний сильним статевим потягом за відсутності об'єктів протилежної статі, у молодших - наслідуванням, захопленням, іноді примушуванням зі сторони старших. Від взаємного онанізму і поцілунків, що залишають крововиливи на тілі, переходять до взаємного петтингу, сосання статевих органів, а хлопчики навіть до педерастичних актів.

У хлопчиків транзиторний підлітковий гомосексуалізм зустрічається частіше, ніж у дівчат.

Причина транзиторного підліткового гомосексуалізму в тому, що періоду становлення статевого потягу властива мала диференційованість. За умови транзиторного підліткового гомосексуалізму об'єкт протилежної статі все ж залишається більше привабливим. В присутності представника протилежної статі навіть без всякої статевої близькості з ним, гомосексуальна схильність зникає.

Транзиторний підлітковий гомосексуалізм зустрічається серед *епілептоїдів і шизоїдів (активна форма), а також лабільних і нестійких (пасивна форма).*

**Перші прояви** істинного гомосексуалізму у підлітковому віці. Диференційно діагностичними ознаками зародження істинного гомосексуалізму, на відміну від транзиторного підліткового, слугує повна відсутність потягу до ровесників протилежної статі, навіть почуття відрази при уяві фізичної близькості з ними, еротичні сні гомосексуального змісту. У старших підлітків до цього приєднується активний пошук гомосексуальних партнерів, а також ситуації, де можна побачити геніталії представників своєї статі (туалети, бані). Але істотних відхилень в структурі істинного гомосексуалізму не спостерігається. Людина критично ставиться до того, що її сексуальна орієнтація є нетрадиційною і

опозиційно сприймається більшістю членів суспільства, близькими, родичами і знайомими людьми.

**Садизм** – F65.52, згідно DSM-5-TR, – , **мазохізм** – F65.51, згідно DSM-5-TR, – і **садо-мазохізм** є близькими один до одного сексуальними девіаціями, оскільки виходять з гіпер-рольової поведінки і містять поєднання сексуального задоволення з насильством, агресією, що спрямована на себе чи на партнера, чи на обидвох разом. Садистська поведінка виявляється у прагненні придушити сексуального партнера, принизити його, чинити психологічний вплив. Агресивність сприяє вищому ступеневі сексуальних можливостей і найвищому почуттю насолоди. Чим більше принижений, ображений і пригнічений партнер – тим яскравіші відчуття з'являються. Садизм переплітається із задоволенням потреби домінувати і владарювати в житті, яка не повністю задоволена. При мазохізмі ж, зворотній процес, людина намагається бути приниженою і пригнобленою і лише таке почуття здатне викликати оргазм. Іноді два почуття поєднані для сексуального задоволення однієї людини.

**Вуайєризм** – F65.3, згідно DSM-5-TR, – форма сексуальної поведінки, що відхиляється від прийнятих у суспільстві норм і правил та полягає в отриманні сексуального задоволення від підглядання (чи підслуховування) за роздяганням чи сексуальним життям людей. Особливістю є анонімність індивіду, схильного до девіантної поведінки.

**Ексібіціонізм** – F65.2, згідно DSM-5-TR, – сексуальна девіація в вигляді отримання сексуального задоволення шляхом демонстрації власних статевих органів чи свого сексуального життя навколишнім. Суть ексгібіціонізму – гіперкомпенсаторне переборення почуття сорому в зв'язку з оголенням з ціллю зняти емоційну та сексуальну напругу. В такому випадку акт ексгібіціонізму розглядають як емоційну розрядку після періоду особистих проблем. Виділено декілька етапів акту ексгібіціонізму:

- підготовчий, при якому проходить внутрішня боротьба мотивів;

- етап порушеної свідомості;
- етап виходу із стану.

**Фетишизм чи сексуальний символізм** – F65.0, згідно DSM-5-TR, – найпоширеніша сексуальна девіація, що характеризується заміщенням об'єкту чи суб'єкту сексуального потягу якимось символом (частиною його одягу, особистим предметом). Такі підлітки займаються онанізмом, переодягаючись в білизну і одягу протилежної статі чи використовують для онанізму предмети туалету протилежної статі.

**Нарцисизм (аутоеротизм)** – сексуальний потяг спрямований на себе. Виявляється самолюбіванням, підвищеною самооцінкою, підвищеною цікавістю до власної зовнішності, статевих органів. Часто нарцисизм поєднується з істеричними рисами характеру.

Для сексуальної поведінки, яка відхиляється від прийнятих у суспільстві норм і правил, що називається **трансвестизм подвійної ролі** – F65.1, згідно DSM-5-TR, – визначальним є носіння одягу протилежної статі з метою отримання сексуального задоволення від нетривалого відчуття своєї приналежності до протилежної статі, однак без бажання постійної зміни статі чи пов'язаної з цим хірургічної корекції.

При **транссексуалізмі** істотно порушується статева ідентифікація і людина усвідомлює себе представником протилежної статі, в результаті чого, вибирає відповідний спосіб і манеру поведінки, що активно спрямована на хірургічну корекцію статі з метою зняти внутрішньо-особистісний конфлікт і дискомфорт, зумовлений невідповідністю усвідомлення статевої ролі і нав'язаними ззовні стереотипами поведінки. Трансвестизм і транссексуалізм не є ознаками адиктивного типу відхилення поведінки, а входять в структуру пато-характерологічного чи психопатологічного типів.

Протилежністю гіперсексуальності є **асексуальна девіантна** поведінка, під час якої людина знижує значення і цінність сексуального життя чи заперечує його існування повністю і виключає з свого життя

вчинки, спрямовані на сексуальні контакти. Людина обґрунтовує це моральними чи світоглядними розмірковуваннями, відсутністю цікавості чи іншими мотивами. Асексуальність поєднується з особливостями характеру (астенічного напрямку).

**Вибір сексуального партнера** в нормі здійснюється з врахуванням вікового фактору. Адекватною в дорослої людини вважається спрямованість на особу близької вікової категорії. Розкидання меж зумовлене, з однієї сторони, естетичними критеріями, коли норма оцінюється на основі «пристойної» різниці у віці сексуальних партнерів; з іншої сторони – ознакою зрілості. Виділяють ряд сексуальних девіацій, діагностика яких ґрунтується на невідповідності вікової спрямованості та потягу.

**Педофілія** – F65.4, згідно DSM-5-TR, – спрямування сексуального і еротичного потягу дорослої людини на дитину. Людина з такою спрямованістю не знаходить повного сексуального задоволення в контактах з ровесниками і здатна відчувати оргазм лише тоді, коли взаємодіє з дітьми.

**Ефебофілія** потяг дорослої людини до дитини підліткового віку. Мотивом поведінки людини, що схиляється до вибору партнера-підлітка є, зі слів, пошук «невинності», відсутність сексуального досвіду і почуття сорому інтимних стосунків.

**Геронтофілія** сексуальний потяг до партнера старечого віку (зустрічається лише у мужчин).

Термін **«суїцидна поведінка»** – T14.91XA, згідно DSM-5-TR, – перше звернення, поєднує всі прояви активності до суїциду, а саме: думки, наміри, висловлювання, загрози, спроби замаху. Цей термін використовується в підлітковому віці, коли прояви суїциду відрізняються багатогранністю.

Помітно, що до 13 років спроби суїциду рідкісні. З 14-15 років їх активність різко зростає і досягає максимуму в 16-19 років. За даними О.Е.

Личко, 32% спроб припадає на 17-літніх. 31% - на 16-літніх, 21% - на 15-літніх, 12% - на 14-літніх, 4% - на 12-13 літніх дітей.

Лише в 10% підлітків є істинне бажання піти з життя (спроба самогубства), в 90% така поведінка є криком про допомогу. Не випадково 80% спроб здійснюється вдома, вдень чи ввечері, тобто крик про допомогу адресований до ближніх, перш за все.

Дії з наміром самогубства у підлітків часто мають несерйозний демонстративний характер, можуть набувати рис «шантажу». Але в підлітковому віці диференціація між істинними спробами і демонстративними діями досить важка.

***Види самогубства (поведінки з метою вчинити самогубство):***

- демонстративне;
- афективне;
- істинне.

***Демонстративна*** поведінка з наміром розіграти театральні сцени з зображенням спроб самоубивства без всякого наміру дійсно покінчити з життям, іноді з розрахунком, що вчасно врятують. Всі дії з метою привернути чи повернути втрачену увагу, викликати співчуття, уникнути неприємності (наприклад, покарання за здійснений вчинок), щоб показати людину, яка образила, привернути увагу навколишніх. Місце, де здійснюється демонстрація свідчить про те, кому вона адресована – вдома - рідним; в компанії ровесників - комусь із них; при арешті – владі.

Демонстративні за задумом дії в результаті неправильного розрахунку чи випадковості можуть обернутися роковим наслідком. Оцінка вчинку як демонстративного потребує детального аналізу.

***Афективна поведінка*** – спроби суїциду, що здійснюються на висоті афекту, який триває хвилини, а іноді розтягується на години і добу. В якийсь момент проблискує думка покінчити з життям, чи така можливість допускається. Але тут також присутній в більшій чи меншій мірі компонент демонстративності. Існує ціла гама переходів від імпровізованої

на висоті афекту вистави до бажання покінчити з собою. В першому випадку мова про демонстративну поведінку на фоні афекту – афективна демонстрація. В другому випадку афективна спроба суїциду може бути оточена демонстративними діями, бажанням, щоб смерть «справила враження».

*Істинна поведінка, спрямована на самогубство* – обдуманий намір покінчити з власним життям. Поведінка будується так, щоб спроба була ефективною, щоб ніхто не завадив. В записках звучать ідеї самозвинувачення, служать для того, щоб не звинуватити близьких. **Соціально – психологічні фактори** відіграють роль в стимуляції всіх видів поведінки. **Серед них:**

- сімейна дезорганізація (розлучення, відсутність батька, деспотична мати);
- шкільні проблеми (в навчанні і праці, втрата контактів з товаришами);
- сексуальні проблеми (втрата коханої людини, сором через вагітність, зміни, пов'язані із статевим дозріванням).

## ЛЕКЦІЯ № 11

### Тема: Неврози

#### План:

1. Неврози. Причини і механізми виникнення неврозів.
2. Класифікація неврозів.
3. Характеристика різних типів неврозів.
4. Невротичні розлади у підлітковому віці.

**Неврози** – зриви в суспільних відносинах особистості, що болісно переносяться, супроводжуються розладами соматичної сфери, викликаються психічними факторами і не зумовлені органічними змінами.

Точних даних про поширення неврозів немає. Відомості про випадки є лише по окремих регіонах. За цими даними приблизно 2-2,5% людської популяції мають неврози.

В вітчизняній літературі виділяють **3** клінічні форми неврозів:

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

Вживаються також поняття:

- депресивний невроз;
- невротична депресія.

В міжнародній класифікації виділяють:

- невроз страху;
- іпохондричний невроз.

Психічна травма основна **причина виникнення** неврозів. Але настільки прямолінійний зв'язок спостерігається досить нечасто. Виникнення неврозу зумовлене часто не прямою і безпосередньою реакцією особистості на несприятливу ситуацію, а більше чи менше тривалим переживанням особистістю ситуації і її наслідків та нездатністю адаптуватися до нових умов.

Можна уявити співвідношення травматизації психіки за умов виникнення неврозу наступною схемою: *чим більша схильність до неврозу,*

*тим менша психічна травма достатня для його розвитку.* При цьому психічна травма завжди суб'єктивно значуща і для різних особистостей значення мають різні сторони і наслідки однієї й тої ж психічної травми.

Поняття “*схильність до неврозу*” неоднозначне, воно складається із факторів спадковості, особливостей формування особистості і факторів, що передують виникненню неврозу. Звичайно, можуть успадковуватися деякі особливості особистості, такі, як *замкнутість, тривожність, педантичність* тощо, хоча ці риси можуть також виникнути під впливом постійних контактів з батьками, що мають такі ж особливості особистості.

В виникненні неврозів мають значення затримки розвитку на різних вікових періодах формування певних структур особистості, соматичні хвороби, втрата близьких. Розлука з батьками і неприємні ситуації, пережиті в дитинстві, можуть порушити послідовність формування певних структур особистості і призвести до збереження рис інфантилізму. В працях багатьох авторів зазначено, що величезне значення в виникненні неврозів має раннє сирітство.

Відомо, що для періоду 7-11 років характерні безпосередність і нестійкість емоційних реакцій, швидка їх зміна, життя сьогоднішніми подіями, недостатня оцінка майбутнього. Якщо в цьому віці дитина переживає психічну травму, втрату батьків, конфлікт між ними, розпад сім'ї, розлуку з рідними, соматичну хворобу і тривале перебування в лікарні, це не минає безслідно для формування особистості. Проходить затримка розвитку дитини і в подальшому в структурі особистості можуть зберігатися такі риси, як *емоційна нестійкість, безпосередність в реагуванні на події тощо*. Ці особливості ускладнюють адаптацію особистості в навколишньому середовищі, зумовлюють втрату здатності оцінювати ситуацію, будувати плани на майбутнє.

Якщо така дитина виховується в умовах “*кумиру сім'ї*”, то її адаптація ще більше ускладнена: виникнення конфліктних ситуацій

викликає схильність до істеричних реакцій і істеричних невротичних станів.

В віці 11-14 років свідомість дитини збагачується поняттями, судженнями, виникає потреба будувати самостійно складні висновки, з'являється можливість попереднього планування дій, вчинків в думці. Здатність продумувати, послідовно обговорювати факти, і відкривати закономірності – доступна підліткові в цьому віці, який утверджує себе, протиставляючи іншим. Таке протиставлення набуває усвідомленого характеру, зумовленого формуванням індивідуальності особистості. Це головна риса діяльності в цьому віці. В *ситуації* травми активність і зацікавленість, емоційний зв'язок пригнічуються переживаннями. Діяльність набуває характеру відсторонення від реальності. Зовні це виявляється тим, що підліток, який пережив травму, стає “дорослішим”.

Величезну роль у зміні формування особистості відіграє *неправильне виховання*. Гіперопіка – пригнічує активність дитини, нав'язуючи інтереси батьків, батьки вирішують всі проблеми, вибирають друзів і заняття, ставлять підвищені вимоги до успіхів в школі, принижують гідність. Ці особливості виховання передують виникненню неврозів.

Наявність лише *психічної травми* для виникнення неврозу недостатня. Необхідно, щоб психічна травма знайшла в особистості, в її психічному складі, достатньо чіткий резонанс. Другими словами, окрім психічної травми, необхідна наявність специфічної структури особистості і ряд змін в ній. Психічна травма відіграє роль першого поштовху.

***Неврастенію*** пов'язують з занадто швидким розвитком цивілізації, з тим, що нервова система не в стані витримати вимоги і темп життя, наступає втома. Втома є захисним сигналом до призупинення діяльності. Але волевим зусиллям людина здатна побороти втому і продовжити діяльність – це спостерігається під час виконання великого обсягу роботи в малі терміни. В тому випадку мова не про надмірне навантаження, але про афективне навантаження, яке стимулює волюву напругу. Перевантаження

в разі наявності термінової роботи, ігнорування втоми, безсоння, що не дозволяє організму відпочити і відновити сили, зменшують резерви організму і призводять до нервового виснаження. Цей симптом основний для розвитку неврастенії.

**Для істерії** характерне поширення емоцій на всі ділянки психічних і соматичних функцій і перетворення їх в симптоми хвороби, що відповідають викривленим і перебільшеним формам душевних переживань.

Клінічні спостереження підтверджують, що істеричні розлади – це захисна реакція особистості на виникнення складної ситуації.

Психогенний фактор вегетативно-соматичних розладів при істеричному неврозі дозволив говорити про *конверсивні розлади*. **Конверсія** (від лат. *converto* – направляти) помітна в тих випадках, коли під впливом факторів емоційного характеру виникають зміни фізичного самопочуття. *Конверсивні симптоми* поділяють на 3 групи:

- зміни рухових актів;
- зміни чутливості;
- зміни всіх форм поведінки і оцінки навколишнього.

**Нав'язливі стани (фобії)** це вогнище застійного збудження, не досить сильного, без зони індукційного тормозу.

**Неврастенія** – цей невроз виявляється підвищеною збудливістю, подразливістю в поєднанні з виснаженням і втомою.

Для неврастенії, як і для всіх неврозів характерним є *послідовність включення* систем організму в хворобу: на перших етапах виявляються вегетативні розлади, особливістю яких є “*подразлива слабкість*”.

У хворих при хвилюванні виникає серцебиття, пітливість, похолодання кінцівок, порушується сон і апетит. Раптово виникнувши, ці розлади швидко зникають. Хворі легко засинають, швидко пробуджуються, відчувають голод, але апетит зникає після кількох ложок їди.

На послідуєчому етапі виявляються *сенсомоторні розлади*: надмірна чутливість до різних подразників, відчуття зі сторони внутрішніх органів. Хворі погано зносять перепад температури, яскраве світло і голосні звуки. Відчуття від внутрішніх органів стають свідомими: людина відчуває *“роботу серця”*, *“перистальтику кишечника”*, *“шум в вухах”*.

*Однією із найчастіших скарг є головний біль*. Хворі скаржаться, що *“голову стискає”*. Відчуття посилюються, коли людина хвилюється та довше, ніж зазвичай, працює.

Далі хворим стає важко виконувати дрібні і точні рухи, довго зберігати одну і ту ж позу, вкрай важким стає очікування, приєднуються *афективні розлади*. Хворі не володіють своїми почуттями, нестримані з найменшого приводу плачуть, ображаються, але швидко заспокоюються. Самопочуття нестійке, помітні значні коливання в залежності від зовнішніх подій, але настрої, як правило, *занижені*, з почуттям незадоволення собою і постійною готовністю зреагувати на образу. *Зранку самопочуття зовсім погане, на людях почувають себе краще, з появою втоми знову повертаються ознаки хвороби*.

*Коли хворий продовжує працювати*, то на перший план виступає важкість у виконання інтелектуальної діяльності. Хворі не можуть зосередити увагу на довший термін. Ловлять себе на думці, що часто відволікаються і думають зовсім про інші речі, не можуть відтворити прочитане, забувають імена, номери телефонів. При спробі згадати виникає незадоволення собою, слабкість і розбитість.

*Хворі схильні до аналізу свого відчуття, з тривогою до них прислуховуються*. Поганий настрої породжує думки про серйозні хвороби і хворі знаходять в себе їх ознаки.

Хвороба переходить в хронічну стадію – невротичний астенічний розвиток особистості.

Для *істеричного неврозу* характерні підвищена навіюваність і самонавіювання. Цим пояснюється мінливість і різноманітність істеричних

розладів. Симптоми можуть нагадувати прояв найрізноманітніших захворювань.

В розвитку істеричних невротичних розладів прослідковується характерна для всіх неврозів послідовність від вегетативних, сенсомоторних до афективних.

Раптова масивна травматизація можлива причина розвитку істеричного, невротичного синдрому, що включає в себе комплекс розладів вегетативних, сенсомоторних і афективних, наприклад, вмразі отримання звістки про зраду чоловіка.

Не досить часто, але все ж можна побачити клінічну картину *розгорнутого нападу істерії*. В структурі вегетативних розладів – тотальний тремор. Замість втрати чутливості за типом “носочка”, “рукавиці” спостерігається оніміння кінцівок, замість паралічів – слабкість в руках і ногах, замість мутизму (відсутність відповіді на запитання) – заїкання і зупинки в мовленні. Афективні розлади характеризуються лабільністю емоцій, швидкою зміною настрою, нахилом до бурних афективних реакцій зі сльозами, що переходять в ридання.

***Невроз нав'язливих станів*** зустрічається рідше. Хвороба проявляється *нав'язливим страхом, фобією*. Під час формування фобії спостерігається характерна для неврозів послідовність розладів.

Виокремлено **три** стадії в розвитку фобії як етапу неврозу нав'язливих станів:

***На першій стадії*** характерне виникнення страху тоді, коли безпосередньо відбувається зустріч із з ситуацією, що травмує психіку.

***На другій стадії*** фобії виникають через очікування такої ситуації.

***На третій*** лише через уявлення про можливу зустріч з ситуацією, що може травмувати психіку.

До нав'язливих страхів (фобій) часто приєднуються різні захисні дії (ритуали). На початковому етапі захисні дії мають характер прямого захисту – хворий гонить думку про страх, впевнює себе у відсутності

страху, відволікає увагу від ситуації. Пізніше хворі намагаються уникати всіх ситуацій, що травмують психіку.

*За умови несприятливого протікання* неврозу нав'язливих станів може спостерігатися динаміка самого синдрому, до фобій приєднуються нав'язливі контрастні потяги (бажання зробити недозволене, протиріччя до установок і прагнень). Так, у одного чоловіка виник страх переходити залізничну колію після того, як він почув розповідь очевидця про нещасний випадок на станції (людина не помітила поїзда, що наближався). З тих пір, як тільки хворий підходив до залізничної колії, виникав страх. Хворий намагався переходити колію з кимось, відволікатися розмовою, не дивитися на шпали, проходити пішки декілька кілометрів для того, щоб перейти колію через міст. Потім одна лише думка про залізничну колію викликала страх. Одного разу, стоячи на платформі, хворий раптово відчув, що його настійливо “тягне” кинутися під поїзд. Бажання було настільки сильним, що довелося триматися за перила платформи і повернутися спиною до поїзда.

Депресивний невроз. *Виділено 2 варіанти ситуацій, які травмують психіку і* призводять до депресивної невротичної симптоматики.

*Перший варіант* – “все життя не вдалося”. При цьому у всіх сферах діяльності складаються несприятливе становище.

*Другий варіант* – вимушене життя в ситуації емоційної ізоляції (тривала розлука: відсутність емоційного контакту з близькими; взаємовідносини, які потрібно приховати; незадоволеність життям; “відсутність емоційної віддушину”). Другими словами, людина вимушена жити в таких обставинах, де немає стимулів для емоційно-позитивних реакцій. Змінити ситуацію неможливо через особливості особистості. Ситуація продовжується тривалий проміжок часу і зовнішній прояв негативних емоцій відсутній.

Після цього етапу переважає пригнічений настрій, який самі хворі не пов'язують з ситуацією, що склалася. Погіршення стану викликає підвищену слізливість з будь-якого приводу і без нього. Зранку, спостерігається пригнічення настрою, в'ялість і розбитість. *У хворих невротичною депресією не спостерігається пригніченість у ставленні до майбутнього.* Хворі скаржаться на безперспективність майбутнього але “мають надію на світле майбутнє”.

*У підлітковому віці неврози* майже не спостерігаються, оскільки ті фактори, що зумовлюють виникнення неврозів в дитячому віці, в підлітковому викликають розлади поведінки. Неврози спостерігаються у 12% учнів шкіл. У підлітків наявні ті ж форми розладів, що і в дитячому віці.

*Окрім цього,* трапляються специфічні пограничні стани:

- а) дисморфоманія;
- б) нервова анорексія;
- в) надцінні інтереси і захоплення.

*Неврастенія* – стан, що виявляється підвищеною втомою та роздратованістю.

Спостерігаються розлади сну, головні болі і зниження настрою. Підлітки ледве (через перевтому) справляються з шкільною програмою, помітна дратівливість і плаксивість. Можуть бути соматичні скарги – почуття в'ялості, сонливості і болі в серці та животі, запаморочення тощо.

*Патопсихологічне обстеження* виявляє виражену виснажливість психічних процесів. Пам'ять та увага, як правило, в межах норми, іноді дещо знижені. Розладів мислення та інтелекту не спостерігається. Самооцінка, звичайно низька, особливо за фактором “здоров'я”. За результатами, одержаними при застосуванні проєктивних методів, на перший план виступає задум переживань з приводу стану власного здоров'я. Часто спостерігається акцентуація *астено-невротичного та лабільного типу.* Якщо не проводити своєчасно лікування, то можливий

невротичний розвиток особистості з зосередженням уваги на соматичних розладах, виникнення страху смерті.

*Фобічний невроз* у підлітковому віці виникає під дією ситуації, а іноді як загострення рис *сенситивної і психастенічної акцентуації*. Зміст страхів залежить від віку: якщо дошкільнята бояться темряви, самотності і собак, то в підлітків переважають страхи смерті і тривоги, пов'язані з ситуаціями спілкування. В підлітковому віці спілкування з ровесниками посідає одне з провідних місць в ієрархії цінностей. Важливе також бажання бути “таким як всі”; якщо підліток не впевнений у собі, то може бути достатньо однієї ситуації конфлікту з ровесниками, щоб виник страх спілкування. Це *можуть бути досить різноманітні* страхи: страх мови, публічних виступів в деяких випадках підліток боїться, що може почервоніти, чи в нього забурчить у животі (страх, направлений на своє тіло). Через ці страхи починає уникати ситуацій спілкування з ровесниками, а потім з дорослими. За умови необхідності спілкування поводить ся сковано, напружено, і за реакцією оточуючих упевнюється, що “справді не такий як всі”, що “всі звертають на нього увагу”.

**Патопсихологічне обстеження** істотних розладів психічних процесів не виявляє. Самооцінка занижена, але на відміну від депресивних станів це заниження не є рівномірним, а зачіпає саме ті особливості особистості, що пов'язані з неврозом. Виражені проєкції страху на спілкування, але потреби в контактах збереженні. При проведенні *ПДО* відзначається акцентуація характеру сенситивного чи лабільного типу.

Найчастіше страхи спілкування минають з віком. В деяких випадках зберігаються протягом життя.

*До іншої групи фобічних станів належить страх смерті, що може бути скерований на себе – підліток боїться заразитися, захворіти на СНІД чи онкологічну хворобу. Здебільшого страх спрямований на інших людей – побоюється смерті матері від якихось причин чи боїться своїми діями завдати шкоди оточуючим. Ці страхи супроводжуються виникненням*

захисних ритуалів: миттям рук, здійсненням ритуальних дій – постукування по меблях, ходіння по прямій лінії. Ці дії виконуються, щоб уникнути негативної події.

**Патопсихологічне обстеження** виявляє психічні процеси в нормі. Іноді спостерігається легка інертність, недостатнє переключення уваги. При обстеженні за методикою *ПДО* переважає психастенічний і шизоїдний тип акцентуації.

Нервова анорексія – наполегливе вперте прагнення схуднути, впевненість в наявності надлишкової маси тіла.

Нервова анорексія виникає переважно у дівчат 12-15 років з дещо прискореним темпом сексуального дозрівання. Для таких підлітків характерне поєднання *епілептоїдного типу акцентуації з рисами демонстративності, високою конформністю*. При дослідженні *ПДО* наявне перевищення індексу маскулітності над фемінітністю. Завдяки такому типу особистості дівчата звичайно успішно справляються з навчанням, вирізняються великою ретельністю та наполегливістю. В підлітковому віці через швидке статеве дозрівання у дівчат помітна надлишкова маса тіла. Для виникнення анорексії буває досить одного натяку, що повнота потворна чи насмішок ровесників. У окремих випадках не вдається знайти таких факторів, а дівчинка сама робить висновок про те, що її зовнішність не відповідає ідеалу. Після цього, знову самостійно приймає рішення схуднути, лімітуючи себе в їжі. Якщо на початку ці обмеження стосуються, в основному, калорійності лише їжі, яка містить вуглеводи, то з часом це поширюється на всеняку їжу. Іноколи дієта вирізняється вигадливістю. Дівчатка харчуються лише чимось одним, іноді самовільно викликають блювотний рефлекс. Крім дотримання режиму харчування, дівчатка займаються виснажливими фізичними вправами, годинами. Це призводить до швидкого зменшення маси тіла, але незважаючи на це, голодування не припиняється. Апетит на початку захворювання нормальний, потім знижується. Через фізичне виснаження

припиняються *менструації*, порушується діяльність ендокринних залоз, посилюється ріст чи випадіння волосся. Хоча маса значно зменшується, виникає страх, що кожний прийом їжі збільшує масу тіла.

***Патопсихологічне обстеження*** виявляє виснажливість психічних процесів у поєднанні з інертністю. Розладів пам'яті та інтелекту не виявляється. Самооцінка занижена за параметром “зовнішність” за умови адекватної за всіма параметрами решта. Проекції минулого і майбутнього пов'язані зі зміною маси тіла та вродою.

***Дисморфоманія*** – впевненість у своїй потворності, надуманій ваді зовнішності. Інколи ця впевненість базується на таких, що реально існують, але малопомітних вадах зовнішності (ластовиння, настовбурчені вуха, ніс «горбинкою»), однак для такого стану бувають цілком реальні причини. Підлітки, залежно від своєї наполегливості та завдяки існуванню викривлень мислення, вигадують різні способи боротьби з цією “потворністю”. Іноді це спеціальні зачіски і одяг, прагнення виправити зовнішність хірургічним шляхом. У складніших випадках боротьба зі своєю вадю набуває безглузлого вимогливого характеру: підліток перестає виходити з дому, тому, що “всі звертають на нього увагу”, закриває обличчя тощо. Раціональному поясненню впевненість у наявності дефекту не підлягає.

***Патопсихологічне обстеження*** не виявляє розладів пам'яті і уваги. Обов'язкове ретельне дослідження процесів мислення, тому що доволі часто може спостерігатися викривлення процесів мислення (у вигляді різноплановості). Самооцінка занижена. При дослідженні за *ПДО* спостерігається шизоїдний, сенситивний, лабільний тип акцентуації. Наявний розлад емоційного сприймання, проекції ідей ставлення.

## **ВІДОМОСТІ ПРО ВИДАТНИХ НАУКОВЦІВ-ПАТОПСИХОЛОГІВ**

**Бернштейн Микола Олександрович (1896-1966)** народився і інтелігентній єврейській родині: батько та дід були відомими лікарями, наслідуючи традицію роду, обрав шлях науковця-фізіолога.

**Бернштейн М.О.** засновник наукової теорії психофізіологічної організації та регуляції рухів та наукової школи біомеханіки. Дослідження **Миколи Олександровича** стосувалися як проблем нормального розвитку рухливості, так і проблем патології.

На основі вивчення моторики людей з різними ураженнями нервової системи змінено уявлення про локалізацію функцій у нервовій системі та встановлено ефективні методи їх відновлення при лікуванні після поранень і травм.

Концепція **М.О. Бернштейна** застосовується у медицині, спорті, при створенні роботів і різних кібернетичних пристроїв, а монографія «Про побудову рухів» (1947) – найвищий доробок автора.

**Блейхер Вадим Мойсеєвич (1930-1997)** доктор медичних наук професор, психіатр, психолог, **Заслужений лікар України** широко відомий як організатор патопсихологічних лабораторій в психіатричних і психоневрологічних лікарнях України. **В.М. Блейхер** створив **свій оригінальний підхід** до клініко-психологічного аналізу структури дефекту і його компенсації в умовах стаціонарного лікування. Його дослідження в патопсихологічній лабораторії при Київській міській клінічній психоневрологічній лікарні №1 дозволили **застосувати новий підхід** до аналізу розладів психічної діяльності за умови наявності психічних захворювань та встановити психологічний чи психіатричний діагноз.

Накопичений матеріал покладено в основу книг «Експериментально-психологічне дослідження хворих психічно» (1971), «Клінічна патопсихологія» (1976), «Психологічна діагностика інтелекту та особистості (у співавторстві з Л.Ф. Бурлачуком)» (1978), «Розлади

мислення» (1983), «Епонімічні терміни в психіатрії, психотерапії і медичній психології» (1984) та інші.

**Бурлачук Леонід Фокович (1947-2022)** – доктор психологічних наук, професор, академік Академії педагогічних наук України (2010). Освіта – закінчив психологічне відділення філософського факультету Київського державного університету імені Т.Г. Шевченка.

Займався психодіагностикою, психотерапією, клінічною психологією (патологічною діагностикою хворих з психічними розладами) та медичною психологією, вперше застосувавши для діагностики *тест Роршаха* в Україні. Автор *теорії вимірної індивідуальності* суть якої в тому, що предметом психодіагностики є вимірювані індивідуально-психологічні особливості, властивості особистості, а результатом такого точного пізнання є виміряні її особливості. Основною особливістю методу психодіагностики є його вимірювально-випробувальна спрямованість, завдяки якій досягається як кількісна, так і якісна кваліфікація явища, що вимірюється.

**Леонід Фокович** засновник української наукової школи з опрацювання теоретичних і практичних проблем психодіагностики особистості.

Підготував свою кандидатську дисертацію під керівництвом психолога **Вадима Мойсеєвича Блейхера** на основі матеріалу зібраного в Київській клінічній (психоневрологічній) лікарні № 21 імені академіка І. П. Павлова. У зв'язку з використанням у роботі тесту Роршаха **Леонід Фокович** мав труднощі із захистом своєї дисертації через сприймання «західних досліджень» як неприйнятних в СРСР. У 1974 році захистив кандидатську дисертацію на тему «*Особливості перцептивної діяльності хворих на епілепсію та шизофренію при слабоструктурності зорової стимуляції*».

У 1989 році захистив докторську дисертацію на тему *«Психодіагностика особистості: понятійний апарат та методи дослідження»*

*Бурлачук Л.Ф.* очолював кафедру психодіагностики та медичної, (з 2008 року клінічної) психології факультету психології Київського національного університету імені Тараса Шевченка (1992-2022).

*Леонід Фокович* репрезентував Україну у світовій науковій спільноті численними англomовними публікаціями та членством у міжнародних наукових товариствах, зокрема в Міжнародній Комісії з психологічних тестів і Нью-Йоркській Академії наук. Член редакційних рад десяти українських і чотирьох зарубіжних наукових видань з психології.

Автор понад 200 наукових праць, включаючи словник-довідник, підручники та навчальні посібники. Найвідоміша його праця — «Словник-довідник із психодіагностики» (1989) Окрім неї – «Дослідження особистості в клінічній психології» (на основі методу Роршаха) (1979), «Психологія життєвих ситуацій» (1998), «Основи психотерапії» (1999), «Психодіагностика» (2002), «Методика Роршаха: короткий посібник» (2013) та інші.

*Доброхотова Тамара Ампліївна (нар. 1929)* – доктор медичних наук, професор, народилася в селі Байдеряково, Чувашської АРСР.

*Тамара Ампліївна* спеціаліст у галузі нейро- та психохірургії, займалася вивченням оборотних несвідомих станів після коми у хворих, що зазнали черепно-мозкових травм.

Під керівництвом *Тамари Ампліївни* виявлені емоційні зміни в житті людини, яка перенесла травми різних відділів головного мозку.

*Доброхотова Т.А.* впровадила в практику патогенетично обгрунтовані методи діагностики прогнозу та лікування черепно-мозкової травми та її наслідків.

*Тамара Ампліївна* автор більше як трьох сотень наукових праць та дев'яти монографій, на основі однієї із них «Функціональні асиметрії

головного мозку» (1988) створено новий напрям вивчення функціональної асиметрії при осередковій патології головного мозку.

**Зейгарник Блюма Вульфівна (1900-1988)** – доктор психологічних наук, професор народилася в Литві в містечку Пренай. Психологічну освіту отримала в Німеччині в лабораторії **Курта Левіна**.

**Блюма Вульфівна** вважається засновником патологічної психології. Вона розробила теорію та методологію патопсихологічного дослідження, що опирається на принцип діяльності, описала характер патологічного протікання окремих психічних процесів, сформулювала принципи роботи патологічного психолога, досліджувала проблему запам'ятовування завершених та незавершених дій, що отримала назву **«Ефекту, чи феномену Зейгарник»**, сутність якого зводиться до того, що незавершені дії запам'ятовуються набагато краще, ніж завершені.

Цікавим є не лише саме відкриття, а також те, як воно було здійснене. **Б.В. Зейгарник** уроки, коли стажувалася у Берліні, одного разу зайшла у кафе зі своїм вчителем **Куртом Левіним** у час, коли там було багато відвідувачів. Вона звернула увагу на той факт, що офіціант, який обслуговував столик, приніс замовлення, яке було досить широким, повністю та нічого не записував перед тим. Психологи зауважили дивну пам'ять, на що офіціант сказав, що ніколи нічого не записує та не забуває. Здивовані психологи попросили сказати чи пам'ятає він що замовляли відвідувачі, які щойно вийшли з кафе. Офіціант признався, що не може згадати їх замовлення повністю.

В 1927 році **Б.В. Зейгарник** завершила Берлінський університет успішним захистом диплому, що присвячений відкритому нею феномену (чи ефекту Б.В. Зейгарник).

Багато років керувала лабораторією експериментальної психології, що дозволило накопичити матеріал, який покладено в основу її книг з патопсихології **«Розлади мислення хворих психічно»** (1959), **«Патологія**

мислення» (1962), «Вступ до патопсихології» (1969), «Основи патопсихології» (1973), «Патопсихологія» (1976).

**Блюма Вульфівна** була надзвичайною особистістю, в ній поєднувались виняткова доброта та виключна мужність, адже робота патопсихолога, що має справу з людьми, які хворі душевно, вимагає доброти і терпіння. Вона вміла направити розмову в потрібне русло з хворими людьми, була дуже скромною та з величезним почуттям гумору.

**Кандинський Віктор Хрисанфович (1849-1889)** лікар-психіатр. У 1880 році побачила світ його праця «Про псевдогалюцинації», яка стала всесвітньо відомою через те, що в ній розміщено чотирнадцять класичних описів псевдогалюцинацій. **Віктор Хрисанфович** на основі відмінностей псевдогалюцинацій, істинних галюцинацій та образного спомину-фантазії прагнув розв'язати питання фізіологічного механізму чуттєвого сприймання зовнішнього світу.

Відома праця **В.Х. Кандинського** «Загальнодоступні психологічні етюди» (1881), в якій в доступній формі викладено погляди на свідомість, подано визначення психопатій як психічного потворства, дисгармонії особистості. **Будучи хворим душевно, В.Х. Кандинський** у клінічних дослідженнях користувався не лише спостереженням і розпитуванням хворих, але й **ретроспективним самоописом**, прихильник нозологічного напрямку в психіатрії, запропонував **класифікацію психічних недуг**.

**Віктор Хрисанфович Кандинський** вчинив самогубство шляхом передозування опіуму під час одного з психотичних нападів.

**Лурія Олександр Романович (1902-1977)** – доктор педагогічних наук, доктор медичних наук, професор, єврей за походженням, представник Харківської психологічної школи, член АПН СРСР, іноземний член Національної академії наук США, Американської академії наук і мистецтв, Американської академії педагогіки, почесний член французького, британського, швейцарського, іспанського психологічних товариств, почесний професор шести іноземних університетів.

Працював разом із *Левом Семеновичем Виготським, Олександром Володимировичем Запорожцем та Леонтьєвим Олексієм Миколайовичем.*

Разом з колегами психологами – *Блюмою Вульфівною Зейгарник та Сергієм Леонідовичем Рубінштейном* організував серію досліджень та реабілітаційну практику, які стали поштовхом для розвитку *нейропсихології.*

Вагомим є внесок *Олександра Романовича* в генетичну вікову психологію – він використовував *метод близнят* з метою виявлення успадкованих генетично чи розвинутих через вплив факторів довкілля особливостей розвитку особистості.

На межі медицини, фізіології та психології проводив дослідження *афазії* – розладу мовлення, що може виникнути як наслідок локального ушкодження головного мозку.

Цікаво, що *Олександра Романовича* вважають розробником першого *поліграфа – детектора брехні* (різновид психофізіологічної апаратури та комплексної багатоканальної апаратної методики реєстрації змін психофізіологічних реакцій людини).

*Мішиєв Вячеслав Данилович (нар. 1958)* – доктор медичних наук, професор, *Заслужений лікар України*, директор Комунального некомерційного підприємства «Клінічна лікарня «Психіатрія»» виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації, завідувач кафедри загальної, дитячої, судової психіатрії і наркології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика (з 2007).

*Вячеслав Данилович* головний редактор Міжнародного науково-практичного журналу «Психіатрія, психотерапія та клінічна психологія», видання входить до наукометричної бази SCOPUS.

Напрямок наукових досліджень – діагностика, лікування та реабілітація хворих на *шизофренію, гострі психотичні розлади, афективні розлади настрою*.

Наукові роботи *Вячеслава Даниловича* «Сучасні депресивні розлади: керівництво для лікарів» (2004), «Медична психологія в 2-х томах. Т.1. Загальна медична психологія (у співавторстві)» (2020), «Медична психологія в 2-х томах. Т.2. Спеціальна медична психологія (у співавторстві)» (2020), «Клініка, діагностика та лікування розладів психічної сфери внаслідок бойових дій (у співавторстві)» (2022).

*Омелянович Віталій Юрійович (нар. 1968)* – лікар-психіатр, нарколог, психолог, доктор медичних наук, професор кафедри медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, за сумісництвом на кафедрі спеціальної психології, корекційної та інклюзивної освіти (у 2019 р. перейменована на кафедру спеціальної та інклюзивної освіти) Інституту людини Київського університету імені Бориса Грінченка.

Науковий інтерес – психіатрія, медична психологія, аспекти стресово-асоційованих розладів, невідкладна психіатрична допомога, сучасні методи лікування деменції, депресивних розладів, шизофренії, шизотипових та шизоафективних розладів.

Наукові публікації *Віталія Юрійовича* – «Посттравматичні стресові розлади у оперативних співробітників органів внутрішніх справ» (2004), «Основи судової психіатрії» (2006), «Особливості функціонування механізмів психічної адаптації до служби в органах внутрішніх справ» (2012), «Психіатрія: еталони практичних навичок (у співавторстві)» (2018), «Медична психологія в 2-х томах. Т.1. Загальна медична психологія (у співавторстві)» (2020), «Медична психологія в 2-х томах. Т.2. Спеціальна медична психологія (у співавторстві)» (2020).

*Сікорський Іван Олексійович (1842-1919)* – професор київського університету Святого Володимира та громадський діяч, психіатр, психолог

визначний у галузі дитячої психології, народився у с. Антонове Сквирського повіту Київської губернії у родині священика з польським шляхетським корінням.

**Іван Сікорський** 1869 року закінчив з відзнакою медичний факультет Київського університету Святого Володимира, в 1872 році захистив дисертацію «*Про лімфатичні судини легень*». У 1884 році отримав пропозицію перейти у Московський університет, проте відмовився, повернувся до Київського університету, де працював майже до смерті.

**Іван Сікорський** був редактором Київського медичного журналу «*Питання нервово-психічної медицини*» (1896–1905), засновником та головою низки наукових товариств. З його ініціативи засновано у Києві *Лікарсько-Педагогічний Інститут для розумово-відсталих та нервових дітей*.

**Іван Сікорський** автор понад 100 наукових праць, багатьох монографій і посібників.

Його монографія «*Про заїкання*» була перекладена на німецьку мову та зробила ім'я **Івана Сікорського** відомим за межами України.

**Іван Сікорський** перший у світовій науці почав застосовувати експеримент у вивченні дитячої психології, досліджував *психологічні аспекти суїциду*.

**Фрумкін Яків Павлович (1902-1978)** – доктор медичних наук, професор, український психіатр, заслужений діяч науки УРСР. Завідувач кафедри психіатрії Київського медичного інституту (1933-1975).

Вперше описав такі клінічні поняття як «*невизначений тип афекту*» при шизофренії, «*принцип відповідності*» психопатологічних симптомів, деталізував клінічні форми епілепсії та типи епілептичного недоумства, клініку атеросклеротичних галюцинацій, «*гострі психопатичні стани*», «*тріаду Фрумкіна*» при шизофренії.

**Яків Павлович** автор ряду монографій та посібників, серед яких – «*Психіатрична термінологія*» (1939), «*Коротка диференційна діагностика*

деяких форм психічних захворювань» (1951), «Слідові впливи у клініці психопатології (у співавторстві)» (1978) та інші.

**Хоменко Ксенія Овсїївна (1905-1983)** народилася в Ромни Сумської області, представниця Харківської психологічної школи. Наукова діяльність проходила під керівництвом **Олександра Володимировича Запорожця та Леонтїєва Олексія Миколайовича**.

**Ксенія Овсїївна** досліджувала розвиток естетичного сприймання, понять, особистості учнів з ціллю опрацювання програми складання психолого-педагогічних характеристик школярів.

Наукові праці – «Розвиток естетичного сприймання у дитини» (1940), «Виникнення наглядно-наукового мислення у дитини» (1941), «До питання вивчення особистості учні та складання його характеристики» (1956) та інші.

**Хомська Євгенія Давидівна (1929-2004)** – доктор психологічних наук, професор, працювала під керівництвом **Олександра Романовича Лурії**.

**Євгенія Хомська** спеціаліст у галузі нейропсихології та психофізіології. Впродовж декількох десятків років **Є.Д. Хомська** разом з учнями та співробітниками вивчала проблеми психофізіології локальних уражень мозку, функцій лобних доль та їх ролі в регуляції психічних процесів, міжпівкульної асиметрії мозку, нейропсихології норми, нейропсихології емоцій.

У результаті досліджень було встановлено, що міжпівкульна асиметрія є окремим випадком міжпівкульної взаємодії. **Є.Д. Хомська** зазначала, що сучасна нейропсихологія розглядає проблему міжпівкульної асиметрії як проблему функціональної специфічності півкуль, їх різного внеску в кожну технічну функцію як елементарну, так і вищу.

Під керівництвом **Є.Д. Хомської** проведена значна робота з вивчення та класифікації всіх методів оцінки співзалежності між півкулями мозку, доцільності їх поділу на групи. В основі першої групи методів (методи

оцінки асиметрії між півкулями мозку) лежить принцип тестування одного органу (руки, ока, вуха). Послідовно вивчаються спочатку праві (ліві), а потім ліві (праві) функції. Друга група методів (методи оцінки взаємодії між півкулями) базується на принципі одночасного тестування обох органів (за методом «подвійної стимуляції»). У всіх випадках проводиться порівняння результатів, отриманих від правих і лівих органів за різними параметрами, для виявлення провідного органу.

В результаті проведених досліджень, **Є.Д. Хомська** зробила висновок, що для повного уявлення про характер розподілу функцій між лівою та правою півкулями мозку варто у кожного досліджуваного оцінювати ліве-праве співвідношення всіх аналізаторних систем (як моторних, так і сенсорних). *Раніше таких спроб ніхто не робив.* І справа не лише в методологічних труднощах, але й у відсутності основної ідеї – навіщо треба вивчати весь комплекс асиметрії аналізаторів. Така ідея народилася із нейропсихологічних уявлень стосовно мозкової організації психічних процесів, сформованих у вітчизняній психології.

Суть ідеї в тому, що поєднання різних типів асиметрії (мозкової і сенсорної) – не випадкові, вони характеризують роботу мозку як єдиного парного органу. Ці поєднання належать до базальних характеристик функціонування мозку людини, тому мають виявлятися в особливостях протікання всіх психічних процесів і станів. Ця гіпотеза дозволила висунути нову основу для класифікації людей за типами. Було введено поняття «*профіль латеральної організації мозку*» (*ПЛО*), що означає ліве-праве співвідношення функцій основних аналізаторних систем: мануальної, слухової, мовлення та зорової. Люди з різними типами взаємодії між півкулями мозку характеризуються різними показниками когнітивних, рухових та емоційно-особистісних процесів.

Накопичений матеріал покладено в основу книг «Проблеми нейропсихології» (1977), «Функції лобних доль мозку» (1982), «Нейропсихологічний аналіз міжпівкульної асиметрії мозку» (у

співавторстві) (1986), «Нові методи нейропсихологічного дослідження» (у співавторстві) (1989), «Мозок та емоції» (у співавторстві) (1992), «Нейропсихологія сьогодні» (у співавторстві) (1995) та інші.

## СЛОВНИК ТЕРМІНІВ (ТЕЗАУРУС)

### ЛЕКЦІЯ 1

**Валідність тесту** – відповідність тесту тій психічній властивості чи процесу, яка вимірюється.

**Деонтологія** – ( від грецького deon - належне і logos - вчення) – вчення про належну поведінку лікаря в процесі виконання ним професійних обов'язків.

**Експеримент** – штучна зміна умов спостереження з метою визначення співвідношення між явищем і умовами його виникнення. Патопсихологічний експеримент здійснюється за допомогою конкретних прийомів вивчення психічних функцій – експериментально-психологічних способів, прийомів, технік.

**Надійність тесту** – незалежність його результатів від впливу різноманітних випадкових факторів (таких як умови тестування, особистості експериментатора, досліджуваного, наявності досвіду тестування).

**Опитувальники** – це такі методики, матеріалом котрих є запитання, на які досліджуваний повинен відповісти, чи твердження, з якими досліджуваний повинен погодитися чи ні. Відповіді можна формулювати у вільній формі (**опитувальники відкритого типу**) чи вибирати з варіантів, які запропоновані в опитувальнику (**опитувальники закритого типу**).

**Опитувальники-анкети** – дозволяють отримати інформацію про досліджуваного, яка не відображає його особливостей особистості. Такими можуть бути біографічні опитувальники, опитувальники інтересів і установок.

**Типологічні опитувальники** – випрацьовуються на основі визначення типів особистості і дозволяють зарахувати досліджуваних до того чи іншого типу, що відрізняється якісно своєрідними проявами.

**Особистісні опитувальники** служать для вимірювання особливостей особистості. Серед них виділяють декілька груп.

**Патопсихологічні дослідження** (експериментами) – використання діагностичної процедури з метою моделювання цілісної системи пізнавальних процесів, мотивів і “ставлення особистості” (Б.В. Зейгарник).

**Патопсихологічний синдромом** – спільність симптомів, обумовлена патогенетично, ознак психічних розладів, внутрішньо взаємозумовлених і взаємопов’язаних (В.М. Блейхер).

**Психіатрія** – як всяка галузь медицини, спрямована на виявлення причин психічної хвороби, на дослідження синдромів і симптомів типових для того чи іншого захворювання, закономірностей їх прояву і поєднання, на аналіз критеріїв прогнозу захворювання, на лікування і профілактику захворювання.

**Патопсихологія** – вивчає закономірності розпаду психічної діяльності і властивостей особистості у порівнянні із закономірностями формування і протікання психічних процесів в нормі та закономірності перекручувань діяльності мозку.

**Спеціальна психологія** – сфера психології, що вивчає психолого-педагогічні особливості дітей з розладами розвитку, тобто дітей з особливими потребами, що вимагають спеціальних умов навчання і виховання.

**Тести** – стандартні набори завдань і матеріалів, з якими працює досліджуваний.

## **ЛЕКЦІЯ 2**

**Стаціонарні методи дослідження** – в патопсихології це набір способів оцінки діяльності головного мозку.

**Таблиці Шульте** – це набір цифр (від 1 до 25), розміщених у випадковому порядку в клітинках.

**Рахунок за Крепелінім** – пропонується додавати в думці ряд однозначних чисел, що записані у стовпчик.

**Коректурна проба** – спеціальний бланк, на якому приведений ряд букв, розміщених у випадковому порядку.

**Методика Мюнстерберга** – текст, що складається з букв, серед якого вписані слова.

**Методика фіксації в пам'яті 10 слів** – 10 (десять) слів, підібраних так, щоб між ними було важко встановити смислове співвідношення.

**Піктограма** – містить подані фіксації 10-15 понять, які необхідно намалювати так, щоб потім за малюнком згадати завдані поняття.

**Проба Ашафенбурга** – пропонує розмовляти телефоном, який попередньо вимкнений від мережі.

**Проба Рейхардта** – пропонує чистий листок паперу і можливість розглянути те, що на ньому зображено.

**Проба Ліпмана** – пропонує натиснути на повіки та повідомити, яке зображення виникає.

**Дослідження сенсорної збудливості** – пропозиція вдивитися в малюнки “квадрати, що рухаються” і “хвилястий фон”, що складаються з розміщених в визначеному порядку і під кутом квадратів та ліній, які перетинають геометричні фігури.

**Методика класифікації понять** – пропозиція класифікувати карточки із зображенням тварин, рослин, предметів.

**Методика виключення понять** – з 4 предметів чи 5 слів виключити один предмет чи слово, що не підходять до інших, подібних за поняттям.

**Методика виділення істотних ознак** – відбір двох слів (ознак) предмету чи явища, розміщених в дужках у відношенні до поняття, що розміщене за дужками.

**Асоціативний експеримент** – навести першу думку, яка зринула в голові, асоціацію на тестові слова.

**Методика Еббінгауза** – пропонується заповнити пусті місця в розповіді.

**Проблема Евер'є** – проаналізувати наступний уривок з тексту.

**Тест кольорових виборів Люшера** – набір карток різного кольору (зазвичай використовується 8 кольоровий). Пропонується розмістити їх в

міру зниження симпатії до кольору – на перше місце “найприємніший” на момент обстеження колір, на останнє – “неприємний”.

**Прогресивні матриці Равена** – складається з 60 завдань, розділених на 5 серій. В кожній серії зображення полотна з геометричним малюнком і декілька матриць з випущеною частиною. Пропонується віднайти закономірності в матрицях і підібрати з 6-8 запропонованих ту матрицю, якої не вистарчає до повного зображення. Від серії до серії завдання стають складнішими.

**Методика Д. Векслера** – дозволяє отримати дані не лише про загальний рівень інтелекту, але і про особливості його структури, завдяки поєднанню в ньому субтестів, що служать для дослідження вербальних і невербальних (наглядних) інтелектуальних характеристик, ступінь вираження яких оцінюється за 20-бальною шкалою.

**Міннесотський багатопрофільний опитувальник особистості (MMPI)** – складається з 3 шкал для оцінки і 10 клінічних шкал. Кожна шкала здатна виявити психологічні особливості, психопатологічні симптоми і синдроми.

### ЛЕКЦІЯ 3

**Завдання з кубиками** – 10 кубиків, розміром 8 см<sup>3</sup>. Потрібно побудувати з кубиків “башту”, “потяг”, “міст”.

**Дошка Сегена** – це дерев'яні конструктивні ігрові елементи, які призначені для розвитку та навчання дітей.

**Завдання з картинками** – набір карточок з зображенням різнокольорових геометричних фігур поділити на групи (коло, трикутники, квадрати).

**Завдання з предметами побуту** – виконати дію з певним предметом.

**Завдання із співвідношення предметів** – збирання пірамідки, складання різних за розміром циліндрів, кіл, мотрійки (де потрібно враховувати розмір предметів).

**Завдання на розуміння мови** – розповідь що потрібно зробити в тому чи іншому випадку (холодно, хочеш їсти, спати...).

**Оцінка пам'яті** – виконання декількох дій за чергою (встати з крісла, обійти стіл навколо, взяти книжку, піти з нею до дверей, постукати в двері, відкрити їх, закрити і повернутись назад).

**Тест шкільної зрілості Керна-Йірасека** – має розроблені нормативи, завдання спрямовані на визначення розвитку тонкої моторики китиці, координації зору і рухів руки (вміння необхідні в школі для оволодіння письмом); окрім того, тест дозволяє визначити (в загальних рисах) інтелектуальний розвиток дитини.

**Інтелектуальна шкала Векслера** (Wechsler Intelligence Scale for children) – охоплює віковий діапазон 5-16 років, служить для визначення рівня розумових здібностей.

#### ЛЕКЦІЯ 4

**Відчуття** – процес відображення окремих властивостей предметів об'єктивного світу за умови їх безпосереднього впливу на органи чуття.

**Поріг відчуття** – величина подразника, здатна викликати відчуття.

**Абсолютний нижній поріг відчуття** – (поріг чутливості) мінімальна величина подразника, що викликає ледь помітне відчуття.

**Абсолютний верхній поріг відчуття** – максимально допустима величина зовнішнього подразника.

**Диференційний поріг відчуття** – мінімальна різниця між двома подразниками чи між двома станами одного подразника, котрий викликає ледь помітну різницю відчуття.

**Оперативний поріг відчуття** – визначається, як найменша величина різниці між сигналами, за якої точність, швидкість та можливість їх розпізнати досягають максимуму.

**Анестезія** – втрата здатності відчувати різні види подразників.

**Корінцева анестезія** – повністю змінюється чутливість в зоні іннервації певного заднього корінця спинного мозку.

**Сегментарна анестезія** – зміни виникають в зоні іннервації окремого сегменту спинного мозку.

**Тотальна анестезія** – спостерігається відсутність больової і температурної чутливості.

**Гіпоестезія** – зниження здатності відчувати різні види подразників.

**Гіперестезія** – підвищення здатності відчувати різні види подразників.

**Лепрозна анестезія** – виникає в результаті специфічного ураження шкірних рецепторів і характеризується послідовним послабленням та втратою температурної, больової, а потім тактильної чутливості.

**Істерична анестезія** – функціональне зникнення чутливості у хворих з істеричними невротичними розладами за відсутності органічного ураження рецепторів, провідних шляхів і центрів нервової системи.

**Сінестезію** – виникнення відчуття в одному з аналізаторів після подразнення іншого.

**Парестезії** – неприємні відчуття оніміння, поколювання, печії, повзання мурашок тощо.

**Сенестопатія** – тяжке і болоче відчуття локалізоване хворим на якій-небудь ділянці шкірних покривів або у внутрішніх органах, що виникає коли зміни у тканинах і органах (натягування, печіння) відсутні, і сприймаються як мігруючі образи.

**Свербіж** – видозмінене больове відчуття, що викликає потребу почухувати різні ділянки шкіри і слизових оболонок.

**Сприймання** – віддзеркалення предметів і явищ у їх наочній цілісності.

**Агнозія** (від гр. *a* - заперечна частка, *gnosis* – знання) – зміни процесів упізнавання предметів і явищ при збереженні свідомості і функції органів чуття.

**Зорова агнозія** – неможливість впізнавання предметів та їхніх зображень, невпізнання добре знайомого обличчя, порушення здатності орієнтуватися в просторі.

**Слухова агнозія** – нездатність розрізнити звуки мови впізнавати предмети за характерними для них звуками.

**Тактильні агнозії** – розлад упізнавання предметів на дотик (**астереогноз**) і порушенні уявлення про схему тіла (**соматоagnoзія**).

**Сукцесивне упізнавання** – упізнавання за допомогою висування і перебору гіпотез, коли після відчуття знайомого виникає повне упізнання предмету чи явища.

**Симультантне упізнавання (миттєве)** – упізнавання одночасне.

**Соматоagnoзія** – розлади упізнавання частин власного тіла.

**Пальцева аутопагнозія** – втрата здатності упізнавати і показувати пальці на своїй руці і руці іншої людини.

**Органічна деменція** – розлад упізнавання силуетних картинок і пунктирних малюнків.

**Синдром Фреголі** – розлади упізнавання осіб, що оточують хворого через зміни їх зовнішнього вигляду.

**Синдром Кангра** – розлади упізнавання і ідентифікації знайомих людей з наявністю впевненості, що навколишні є двійниками, близнюками чи загримованими під них.

**Синдром дзеркала** – розлади упізнавання власного зображення в дзеркалі.

**Деперсоналізація** – викривлене сприймання власної особистості в цілому, окремих якостей і частин.

**Парціальна деперсоналізація** – розлади сприймання окремих частин тіла.

**Тотальна деперсоналізація** – розлади сприймання цілковито всього тіла.

**Синдром Аліси в країні чудес** – поєднання деперсоналізації з явищами дереалізації в вигляді викрученої уяви про простір і час, зоровими ілюзіями, почуттям роздвоєння особистості.

**Ілюзії** – відхилення сприймання конкретного предмету за формою, кольором, величиною, консистенцією, константністю, віддаленістю від досліджуваного.

**Зорові ілюзії** – викручений зоровий образ (сприймання пальто, що висить в шафі реальною людиною на основі подібності контурів).

**Парейдолічні ілюзії** – зорові ілюзії фантастичного змісту, що виникають, як правило, коли людина розглядає хмари, плями на стіні, малюнок на шпалерах.

**Слухові ілюзії** – зміни у сприйманні реальних шумів, звуків, які вважаються мовленням чи іншими звуками (різкий шум за дверима може сприйматися як дзвінок в двері у випадку афективної напруги людини, крик на вулиці – як оклик за іменем).

**Смакові ілюзії** – видозміна звичайного смаку (появою присмаку).

**Нюхові ілюзії** – видозміна запаху.

**Розлади дереалізації** – розлади психічної діяльності, що виявляються у важкому відчутті нереальності, оманливості, непричетності до оточуючого.

**Мікропсія** – розлади сприймання у вигляді зменшення розмірів навколишніх предметів.

**Макропсія** – розлади сприймання у вигляді збільшення навколишніх предметів.

**Дисмегалопсія** – розлади сприймання у вигляді подовження, розширення, перекручення навколо осі навколишніх предметів.

**Порропсія** – розлади сприймання у вигляді зміни відстані, що відділяє предмет від хворого, а розміри самого предмету не змінені.

**Галюцинації** – це яскраві чуттєві переживання бачених і небачених предметів і явищ, проте об'єкту сприймання немає.

**Синдрому Кандинського** – почуття «вироблення» чи «нав'язування» якогось сприймання, думок, що виникають, здається, що хтось впливає зі сторони.

### **ЛЕКЦІЯ 5**

**Свідомість** – інтегрований прояв психічних процесів, що уможлиблює сприймання та оцінку дійсності.

**Самосвідомість** – здатність усвідомити себе як особистість, виділити себе з довкілля.

**Підсвідомість** – сукупність інтуїтивних реакцій з досвідом емоційних, вольових, не конкретно-логічних спроб адаптації, що накопичуються в процесі життя людини та взаємодії з соціальним середовищем і впливають на мотивацію її поведінки.

**Сон** – функціональний стан, що виникає періодично протягом життя і характеризується специфічними проявами психічної, вегетативної і моторної сфер у вигляді загального зниження активності центральної нервової системи (ц.н.с.), відокремленням від сенсорних впливів довкілля та практично повною відсутністю рухової активності.

**Гіпноз** – психофізіологічний стан, спричинений штучно, в якому на тлі розлитого гальмування кори головного мозку, формується і підтримується активна діяльність «умовної зони» за допомогою якої людині повідомляється бажана інформація.

**Кома** – повна відсутність свідомості з втратою умовних та безумовних рефлексів.

**Сопор** – потьмарення свідомості із збереженням безумовних рефлексів.

**Оглушення** – легша форма потьмарення з нечіткою орієнтацією в навколишньому і підвищенням порогу до дії подразників.

**Обнубіляція** – легке потьмарення із збереженою здатністю здійснювати цілеспрямовані дії, розуміти ситуацію.

**Сомнолентність** – стан напівсну (пацієнт лежить із заплющеними очима, спонтанне мовлення відсутнє. На прості запитання дає правильні відповіді, а складних зрозуміти не може.

**Абсанс** – короткочасне (кілька секунд) виключення (відсутність) свідомості.

**Увага** – це пізнавальний психічний процес, який полягає у спрямованості і зосередженні свідомості на чомусь (чи комусь) конкретному.

**Апрозексія** – повна відсутність уваги.

**Гіперметаморфоз** – розлад уваги у формі мимовільного зосередження уваги на всьому, що потрапляє в поле зору рецепторних систем (пляма на стіні, випадковий рух, зміна положення тіла, зміна освітлення, шум, запах тощо).

**Відволікальність** – нездатність сконцентрувати увагу (стан, коли увага спрямована і на важливі і на другорядні зовнішні стимули).

**Селективна вибірковість уваги** – увага лише для тих стимулів, що викликають тривогу.

**Підвищене виснаження уваги** – увага не може концентруватися на певному об'єкті чи процесі протягом тривалого часу.

**Ускладнення переключення уваги** – неможливість переключати і концентрувати увагу на різних об'єктах.

**Пам'ять** – це форма психічного відображення дійсності що зводиться до запам'ятовування, утримування, відтворення інформації.

**Синдром Корсаковського** – зміна пам'яті на текучі події.

**Прогресуюча амнезія** – розлади пам'яті не лише на текучі події, але і на минулі.

**Гіпомнезія** – ослаблення пам'яті, або окремих її компонентів (запам'ятовування, відтворення, збереження).

**Гіпермнезія** – різке загострення пам'яті з напливом множинних спогадів, іноді образних уявлень, які виникають у формі сцен.

## ЛЕКЦІЯ 6

**Мислення** – психічний процес відображення дійсності, який є вищим ступенем людського пізнання.

**Різноплановість мислення** – протікання суджень в різних руслах.

**Резонерство** – це «неплідне мудрування», непродуктивне багатослівне розмірковування.

**Лабільність мислення** – чергування адекватних і неадекватних рішень.

**Інертність мислення** – важкість переключення з одного способу роботи на інший.

**Прискорення мислення** – збільшення кількості асоціацій в одиницю часу, полегшення їх виникнення.

**Стрибок ідей** – максимальне збільшення кількості асоціацій в одиницю часу.

**Уповільнення мислення** – зменшення кількості асоціацій в одиницю часу, сповільнення мови.

**Ментизм** – «наплив думок», «вихор ідей», збільшення кількості асоціацій в одиницю часу, що не супроводжується зміною мови, має подібний до приступу характер і виникає мимовільно.

**Шперрунг** – закупорка думок, обрив думок, раптова зупинка, перерив асоціативного процесу.

**Тугорухомість інтелектуальних процесів і важкість переключення** – запізнілі відповіді, коли послідовий подразник зберігає своє значення.

**Розірваність** – розлад мислення, визначити який можливо за зміненим логічним зв'язком в реченні, а збереженим граматичним зв'язком.

**Зсув** – легша ступінь розірваності мислення.

**Безладність** – розлад мислення, визначити який можливо за зміненими логічним і граматичним зв'язками в реченні.

**Інкогенерація** – вища ступінь безладності мислення, втрата здібності до утворення асоціативних зв'язків, до поєднання уявлень, понять, до відображення дійсності в зв'язках і співвідношеннях.

**Вербігенерація** – розлад мислення, коли спостерігається ритмічне монотонне повторення якогось слова чи словосполучення, іноді нанизування подібних за звучанням фраз, слів чи складів без смислу.

**Обстійність** – розлад мислення, коли важко утворити нові асоціації через перевагу попередніх.

**Персеверація** – розлад мислення, коли важко утворити нові асоціації через тривале домінування однієї думки чи уявлення.

**Маячення** – уявлення і умовиводи, що не відповідають реальній ситуації і є помилковими, але є переконання в їх правильності.

**Манія** – хворобливий стан психіки, для якого характерне зосередження свідомості й почуттів на якійсь одній ідеї.

**Надцінні ідеї** – патологічне перетворення природної реакції на реальні події.

**Фобія** – (від дав.-гр. φόβος — «страх, хворобливий страх, відраза») — ірраціональний, інтенсивний і постійний страх, що викликається певними ситуаціями, діями, речами, тваринами або людьми.

### **ЛЕКЦІЯ 7**

**Емоції** – психічні процеси і стани, пов'язані з інстинктами, потребами і мотивами, що виконують функцію регулювання активності особистості шляхом відображення значущості зовнішніх і внутрішніх ситуацій для здійснення життєдіяльності.

**Почуття** – (вищі емоції) пов'язані з потребами, що виникають в ході суспільно-історичного розвитку, із спілкуванням і відносинами між людьми.

**Ейфорія** – підвищення настрою, помітний відрив емоційного стану від реальної ситуації, неадекватність її у стосунку до ситуації, прискорення

протікання думок, нестійкість і відволікання уваги, зростання загального тону і рухової активності, підвищена самооцінка, відсутність втоми.

**Депресія** – пригнічений настрій, зниження психічної вольової та загальної активності, поява думки про власну малоцінність, безперспективність та самогубство.

**Вітальна депресія (меланхолія)** – пригнічений настрій з тугою і тривогою, зниження потягів, розлади сну, добові коливання настрою.

**Депресія соматична** – різновид депресії зумовленої органічним ураженням головного мозку.

**Депресія психогенна** – наявність в переживаннях моментів, що травмували психіку.

**Ажитирована депресія** – збудження, прагнення самознищення, наміри вчинити самогубство.

**Психотичні депресії** пригнічення настрою у поєднанні з маячними ідеями, чи ідеями самознищення, самозвинувачення, гріховності, відносинами переслідування з переживанням, вітальною тугою, відсутністю критики і вчинками самогубства.

**Непсихотичні депресії** – критична оцінка свого стану і ситуації, збереження понять і зв'язків із зовнішніми і внутрішніми обставинами.

**Дистимія** – короточасні (впродовж декількох годин чи днів) розлади настрою у вигляді депресивно-тривожного з гнівливостю, невдоволеністю, роздратованістю.

**Дисфорія** – стан гнівливості з агресивними тенденціями на фоні зниженого настрою.

**Параліч емоцій** – гостре, короткотривале виключення емоцій у зв'язку з раптовим шокним впливом ситуації, що виникла – стихійне лихо, катастрофа, важка звістка.

**Апатія** – байдужість до самого себе, навколишніх, рідних і близьких, що супроводжується бездіяльністю і зниженням апетиту чи взагалі відмовою від їжі.

**Емоційна сплюсненість і емоційна тупість** – збідніння емоційних переживань, що наростає поступово і стосується, в першу чергу, вищих емоцій, у ставленні до себе – байдужість до себе, свого положення, долі своїх рідних і близьких.

**Підвищена лабільність** – швидка зміна емоцій, перехід від однієї емоції до іншої (від веселощів до сліз і навпаки).

**Легкодушність** – емоційна слабкість, нестійкість настрою, підвищена емоційна збудливість з нетриманням емоцій, подразливість, слізливість у хвилини сентиментального настрою.

**Інертність емоцій** – тривала затримка на неприємних переживаннях, почутті провини, образи, злоби і помсти.

**Амбівалентність** – одночасне існування протилежних емоцій (наприклад, любов і ненависть).

**Неадекватність емоційних реакцій** – неадекватність формопрояву емоцій (наприклад, неадекватний сміх на похоронах близької людини).

**Патологічний афект** – короточасний психічний розлад, що виражається в несподіваному нападі надзвичайно сильного гніву чи люті у відповідь на психічну травму.

**Страх** – емоційна реакція людини на справжню чи уявну небезпеку.

**Тривога** – це страх без будь-якої явної причини, як усвідомлений емоційний стан без конкретного змісту.

**Гіпобулія** – стан психіки, що виявляється в зниженні бажань і спонукань до діяльності.

**Гіпербулія** – стан психіки, для якого характерне підвищення активності, що виявляється в незвичайній рухливості для конкретної людини.

**Абулія** – патологічний розлад психічної регуляції дій, відсутність спонукань до діяльності, нездатність прийняти рішення і виконати необхідну дію, хоча необхідність її усвідомлюється.

**Ступор** – (від лат. Stupor – заціпеніння) психопатологічний розлад, що супроводжується пригніченням психічної активності, яка виявляється у повній нерухомості, зниженні всіх видів чутливості, відсутності мовлення.

**Послаблення харчового інстинкту** – зниження апетиту, аж до анорексії з відмовою від прийому їжі.

**Поліфагія** – (ненажерливість, розгальмованість харчового інстинкту за відсутності підвищеного апетиту).

**Розлади потягів** – імпульсивні потяги, що виявляються в непереможних намаганнях реалізувати їх.

**Дромоманія** – потяг до бродяжництва.

**Клептоманія** – потяг до крадіжок без корисливих цілей.

**Піроманія** – потяг до підпалювання.

**Трихотілломанія** – патологічний потяг видирати волосся.

**Онїхофагія** – патологічний потяг гризти і з'їдати нігті.

**Арифмоманія** – патологічний потяг рахувати вікна в будинках, сходини на драбині.

**Апраксія (бездіяльність)** – розлади цілеспрямованої дії при збереженні елементарних рухів, що складають її.

**Мазохізм** – бажання відчувати фізичний біль або моральне приниження, яких завдає сексуальний партнер.

**Садизм** – статевого задоволення досягають у процесі завдання партнерові фізичного болю.

**Гомосексуалізм** – сексуальний потяг до осіб своєї статі.

**Зоофілія** – здійснення статевого акту з тваринами.

**Симптом автоматизмів** – мимовільне і неконтрольоване здійснення ряду функцій, які не мають зв'язку з імпульсами, що їх викликали.

**Амбулаторний автоматизм** – розлад свідомості, що виявляється у здійсненні зовнішньо впорядкованих і цілеспрямованих дій, які забуваються.

## ЛЕКЦІЯ 8

**Затримка психічного розвитку** – це уповільнення темпів розвитку, що виявляється в недостатності загального резерву знань, незрілості мислення, перевазі ігрових інтересів, швидкій втомі від інтелектуальної діяльності.

**Гармонійний психофізичний інфантилізм** – затримка психічного розвитку конституційного походження.

**Органічний інфантилізм** – наслідок перенесених у ранньому дитинстві органічних ушкоджень (травма, інфекція).

**Олігофренія** – це затримка розвитку інтелектуальної сфери, що виникає під впливом спадкових, внутрішньоутробних несприятливих факторів або перенесених у ранньому дитинстві захворювань і характеризується, передусім, різним рівнем розумового недорозвитку.

**Синдром Рада** – рідкісна аномалія, поєднання іхтіозу з олігофренією.

**Фенілкетонурія (фенілпіровиноградна олігофренія)** – поєднана зі змінами проміжного обміну фенілаланіну.

**Хвороба Лоуренса-Муна-Барде-Бідля** – рідкісний різновид спадкової олігофренії з 5 основними симптомами: гіпогеніталізм, ожиріння, розлади очей (пігментний ретиніт, атрофія зорових нервів), синдактилія чи полідактилія і психічний недорозвиток значного рівня.

**Хвороба Дауна** – олігофренія, зумовлена хромосомними аномаліями: зайвою 21 хромосомою.

**Синдром Шерешевського-Тернера** – олігофренія, зумовлена відсутністю однієї X-хромосоми (*формула каріотипу 45, XO*) в зв'язку з тим, відсутній і статевий хроматин, зустрічається у осіб лише жіночої статі.

**Синдром трипло-X** – олігофренія, зумовлена зайвою X-хромосомою і подвійним статевим хроматином в ядрах клітин (*формула каріотипу 47, XXX*), зустрічається у осіб лише жіночої статі.

**Синдром Клайнфелтера** – олігофренія, зумовлена збільшенням загальної кількості хромосом (47, 48 і більше) через зайві X-хромосоми (формула каріотипу найчастіше 47,XXY, може бути більше X- і Y хромосом, але кількість X-хромосом завжди переважає), спостерігається у осіб лише чоловічої статі.

**Синдром дубль-Y (XYY)** – олігофренія, зумовлена зайвою Y-хромосомою, спостерігається у осіб лише чоловічої статі.

**Рубеолярна олігофренія** – зумовлена ураженням зародку вірусом краснухи від хворої матері.

**Гіпотиреоїдна олігофренія (креатинізм)** – вроджений гіпотиреоз, найчастіша форма слабоумства, зумовлена ендокринними розладами (спадковим дефектом синтезу гормону щитоподібної залози чи її атрофією).

**Олігофренія, зумовлена гемолітичною хворобою новонароджених** – результат імунологічної несумісності крові матері і плоду за резус-фактором.

**Олігофренія, викликана гідроцефалією** – результат наявності важкої водянки головного мозку.

**Краніостеноз** – олігофренія як наслідок передчасного зростання швів черепа.

### ЛЕКЦІЯ 9

**Психопатія** – стійка аномалія особистості, що характеризується дисгармонією емоційно-вольової сфери, і специфічним, переважно афективним, мисленням.

**Гіперопіка** – підвищена опіка дитини, позбавлення самостійності, надмірний контроль за поведінкою, дріб'язковий контроль за кожним кроком, кожною хвилиною, кожною думкою, виростає в цілу систему постійного контролю за дитиною.

**Домінуюча гіперпротекція** – належить виховання в умовах високої моральної відповідальності.

**Потворна гіперпротекція** в крайньому випадку має назву «кумир сім'ї» – тут справа не стільки в постійному контролі, скільки в надмірній опіці, в намаганні звільнити дитину від найменших труднощів, від нудних і неприємних обов'язків.

**Гіпопротекція** – виховання за цим типом означає знижену увагу до дитини.

**Приховану гіпопротекцію** – контроль за поведінкою і життям дитини ніби здійснюється, але вкрай формально.

**Приховане емоційне відторгнення** – батьки самі не визнають, що для них дитина є тягарем.

**Їжакові рукавиці» стиль виховання** – суворі розправи за дрібні провини, може бути прихованим від поглядів сторонніх.

**Потворна гіпопротекція** – безконтрольність і вседозволеність у ставленні батьків до дитини поєднується з некритичним ставленням до поведінки.

**Виховання в атмосфері культу хвороби** – перебільшене хвилювання про здоров'я, підняття до культу режиму і лікування захворювань (є однією з форм домінуючої гіперпротекції).

**Суперечливе виховання** – члени сім'ї в такому випадку (батьки, дід, бабуся) використовують несумісні підходи до виховання, висувають до дитини протилежні вимоги.

**Парадоксальна комунікація чи подвійне примушування** – поєднання непослідовності вимог до дитини з відсутністю емоційного контакту.

**Виховання поза сім'єю** – в умовах інтернату (чи закритого режиму).

**Реакція емансипації** – прагнення звільнитися з під опіки, контролю, протекції, догляду старших – рідних, вчителів, вихователів, наставників, старшого покоління взагалі.

## ЛЕКЦІЯ 10

**Деліквентна поведінка** – ланцюг злочинів, провин, дрібних правопорушень (від лат. «Делінкво» – здійснювати злочин, провинитися), що відрізняються від криміналу, тобто таких, що караються згідно з Карним кодексом серйозних правопорушень і злочинів.

**Індивідуальна норма** – аналіз потенційних можливостей людини до сексуальних контактів в силу анатомічної і фізіологічної норми, а також комунікаційних здібностей індивіду, бажання і вміння будувати стосунки з людьми.

**Партнерська норма** – всі види сексуальної активності, сексуальної поведінки і сексуальних дій, що мають місце між двома зрілими особистостями, сприймаються ними і спрямовані на досягнення насолоди, не шкодять здоров'ю і не порушують норм спільного проживання.

**Вуайєризм** – форма девіантної сексуальної поведінки, що полягає в отриманні сексуального задоволення від підглядання (чи підслуховування) за роздяганням чи сексуальним життям людей.

**Ексібіціонізм** – сексуальна девіація у вигляді отримання сексуального задоволення шляхом демонстрації власних статевих органів чи свого сексуального життя навколишнім.

**Фетишизм чи сексуальний символізм** – заміщення об'єкту чи суб'єкту сексуального потягу якимось символом (частиною його одягу, особистим предметом).

**Нарцисизм (аутоеротизм)** – сексуальний потяг спрямований на себе.

**Трансвестизм подвійної ролі** – носіння одягу протилежної статі з метою отримання сексуального задоволення від тимчасового відчуття своєї належності до протилежної статі, але без бажання постійної зміни статі.

**Транссексуалізм** – порушується статева ідентифікація і людина усвідомлює себе представником протилежної статі, в результаті чого,

вибирає відповідний спосіб і манеру поведінки, що активно спрямована на хірургічну корекцію статі.

**Асексуальна девіантна** поведінка – людина знижує значення і цінність сексуального життя чи заперечує його існування повністю і виключає з свого життя вчинки спрямовані на сексуальні контакти.

**Педофілія** – напрям сексуального та еротичного потягу дорослої людини на дитину.

**Ефебофілія** – потяг дорослої людини до підлітків.

**Геронтофілія** – сексуальний потяг до партнера старечого віку (зустрічається лише у мужчин).

### **ЛЕКЦІЯ 11**

**Неврози** – зриви в суспільних відносинах особистості, що болісно переносяться, супроводжуються розладами соматичної сфери, викликаються психічними факторами і не зумовлені органічними змінами.

**Нав'язливі стани (фобії)** – вогнище застійного збудження, не досить сильного, без зони індукційного тормозу.

**Неврастенія** – невроз, що виявляється підвищеною збудливістю, подразливістю в поєднанні з виснаженням і втомою.

**Істеричний невроз** – підвищена навіюваність і самонавіювання.

## НАСТАНОВА ЩОДО КОРИСТУВАННЯ МІЖНАРОДНОЮ СИСТЕМОЮ КЛАСИФІКАЦІЇ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ DSM-5-TR

**DSM-5-TR** – класифікація психічних розладів (діагностичні коди психічних розладів), розроблена **Американською психіатричною асоціацією** для використання в клінічних, освітніх чи дослідницьких умовах, з метою діагностування психічних розладів пацієнтів у кожному конкретному клінічному випадку, на основі якого створюється план лікування, що базується на повній інформації. Опис випадку містить ретельний клінічний анамнез, підсумок щодо соціальних, психологічних і біологічних чинників, що могли зумовити (чи зумовили) розвиток психічного розладу. Щоб розпізнати, коли саме поєднання генетичних, провокаційних, захисних чи інших чинників зумовило психопатологічний стан пацієнта, за якого фізичні ознаки та симптоми виходять за межі нормального діапазону, необхідна клінічна підготовка. Важливо також використати всю наявну інформацію, щоб спланувати таке лікування, котре повністю узгоджується із контекстами життя людини.

За умови відсутності чітких біологічних маркерів або дієвих клінічних методів щодо оцінки важкості стану багатьох психічних розладів неможливо відокремити нормальні та патологічні симптоми, що містяться в діагностичних критеріях. Це створює складнощі у розгляді клінічних ситуацій, коли картина симптомів, скажімо при легких формах, за своєю суттю не є патологічною та може спостерігатися у осіб, для яких діагноз «психічний розлад» недоречний.

Для встановлення порогу розладів застосовують загальний діагностичний критерій, що передбачає наявність дистресу чи обмежень життєдіяльності, й, зазвичай, його формулюють так: «Порушення зумовлює клінічно значущий дистрес чи погіршення у соціальній, професійній або інших важливих сферах функціонування». Оцінка відповідності цьому критерію вимагає складного клінічного аналізу та є

важливим у встановленні потреби в лікуванні. Також потрібно враховувати інформацію, що її надає людина та члени її родини чи треті особи через, скажімо, інтерв'ю чи самооцінювання.

Офіційною системою кодування, яку використовують у Сполучених Штатах з 1 жовтня 2015 року є Міжнародна класифікація хвороб, десятий перегляд, клінічна модифікація (МКХ-10-КМ), версія МКХ-10 Всесвітньої організації охорони здоров'я. ця версія була модифікована для клінічного використання Національним центром статистики у сфері здоров'я (NCHS), що існує у складі центрів з контролю та профілактики захворювань (CDC) і надає єдині дозволені діагностичні коди психічних розладів для клінічного використання у Сполучених Штатах.

Більшість розладів DSM-5 мають буквенно-цифровий код МКХ-10-КМ, який вказують перед назвою розладу.

**Використання діагностичних кодів є основою ведення медичної документації.** Діагностичне кодування полегшує збір даних, пошук і групування статистичної інформації. Зазначення кодів вимагають, коли необхідно надати інформацію третім особам, державним установам, приватним страховим компаніям тощо. Скажімо, у Сполучених Штатах Адміністрація з фінансування сфери здоров'я (HCFA) зобов'язує використовувати коди МКХ-10-КМ, зазначені у DSM-5-TR, для фінансових відшкодувань у рамках федеральної програми медичного страхування Medicare.

**Загальна ідея DSM-5** – надати клініцистам можливість встановлювати кілька діагнозів для клінічних картин, що відповідають критеріям більш ніж одного розладу DSM-5. Основним діагнозом за наявності такого випадку є виявлений на основі обстеження стан, що став причиною звернення. Часто досить важко визначити те, котрий діагноз став причиною звернення до лікаря, як от у разі встановлення діагнозу, що пов'язаний із вживання алкоголю, що супроводжується, скажімо,

шизофренією (оскільки кожен із цих станів міг однаковою мірою зумовити потребу госпіталізації та лікування).

Уточнення «попередній» (тобто діагностичну невизначеність) можна застосовувати тоді, коли є велика ймовірність, що захворювання зрештою відповідатиме всім критеріям розладу, однак наразі немає достатньо інформації, щоб встановити остаточний діагноз чи у випадку, коли диференційна діагностика цілковито залежить від тривалості хвороби.

Термін «психічний розлад індукований речовиною/медикаментом» стосується симптомів у клінічній картині, які зумовлені фізіологічним впливом екзогенної речовини на центральну нервову систему, зокрема речовини, що здатна викликати фізіологічну залежність (алкоголь, галюциногени, кокаїн, психостимулятори, седативні, снодійні, стероїди фосфорорганічні інсектициди тощо).

З огляду на занепокоєння через те, що термін «загальний медичний стан» можна пов'язати із загальною медичною практикою, DSM-5 використовує термін «інший медичний стан», щоб підкреслити той факт, що психічні розлади є медичними станами та що психічні розлади можуть бути спричинені іншими захворюваннями. Важливо розуміти, що різниця термінів «психічний розлад» та «інший медичний стан» використовується для зручності і не вказує на те, що існує фундаментальна різниця між психічними розладами та іншими медичними станами, що психічні розлади не пов'язані з фізичними або біологічними чинниками, або, що інші медичні стани не пов'язані з поведінковими чи психосоціальними чинниками.

### **Типи інформації в тексті DSM-5-TR:**

**Процедури реєстрації** – містять вказівки щодо зазначення назви розладу та вибору і реєстрації відповідного діагностичного коду МКХ-10-КМ, інструкції щодо застосування відповідних підтипів та/або уточнювальних ознак.

**Діагностичні ознаки** – містять описовий текст, що ілюструє використання критеріїв і надає ключові моменти щодо інтерпретації їх. Як от, у діагностичних ознаках шизофренії означено, що деякі симптоми, що здаються негативними, можуть бути викликані побічними діями медикаментів.

**Супутні ознаки** – це клінічні ознаки, які не викладені в критеріях, але трапляються значно частіше в осіб, які мають розлади, аніж у тих, що їх не мають. Скажімо, особи з генералізованим тривожним розладом також можуть мати соматичні симптоми, що не входять до критеріїв розладу.

**Поширеність** – описує рівень розповсюдження розладу в соціумі впродовж 12 місяців. Оцінки поширеності виокремлені за віковими, статевими, етнорасовими та культурними групами, якщо це можливо.

**Розвиток і перебіг** – опис типових моделей прояву та еволюції розладу. Зазначено типовий вік початку розладу та те, чи може клінічна картина мати продромальні/приховані ознаки чи виникати раптово. Інші описи охоплюють епізодичний або затяжний перебіг, а також одиничний епізодичний перебіг. Вказана загальна тенденція розвитку розладу з часом (симптоматична стійкість, погіршення, покращення) та ознаки, пов'язані зі стадією вікового розвитку (немовляцтво, дитинство, підлітковий вік, дорослий вік, пізнє життя).

**Чинники ризику та прогностичні чинники** – містять обговорення чинників, котрі впливають на розвиток розладу. Окремі частини: *чинники темпераменту* (риси особистості), *чинники навколишнього середовища* (травма голови, емоційна травма, вплив токсичних речовин, вживання речовин), *генетичні та фізіологічні чинники* (сімейні генетичні ризики) тощо.

**Діагностичні проблеми, пов'язані з культурними особливостями** – містять інформацію про варіації прояву симптомів, причини або провокативні чинники розладів, чинники, пов'язані з диференційним поширенням між демографічними групами, культурні норми, що можуть

вплинути на рівень сприймання патології, ризик встановлення неправильного діагнозу особам із соціально пригноблених етнорасових груп та інші матеріали, котрі стосуються культурологічної діагностики.

**Діагностичні проблеми, пов'язані зі статтю та гендером** – містять кореляти діагнозу, пов'язані зі статтю чи гендером, переважання симптомів або діагнозів за статтю чи гендером, будь які інші ускладнення у встановленні діагнозу.

**Діагностичні маркери** - позначають об'єктивні показники, що мають встановлену діагностичну цінність. Вони можуть охоплювати результати фізичного обстеження, лабораторні дані чи результати візуалізації.

**Зв'язок із поведінкою/думками про самогубство** – надає інформацію про поширеність думок про самогубство чи поведінки, а також про чинники ризику суїциду, котрі пов'язані з розладом.

**Функціональні наслідки** – описують такі наслідки, що пов'язані з розладом та мають (чи можуть мати) вплив на повсякденне життя осіб чи можуть впливати на здатність навчатися, працювати, виконувати завдання, підтримувати життя самостійно.

**Диференційний діагноз** – показує як відрізнити один розлад від іншого, що має деякі схожі характеристики (симптоми).

**Коморбідні стани** – це опис психічних розладів та інших медичних станів (станів, класифікованих поза розділом «Психічні розлади та розлади поведінки» в МКХ-10-КМ), які можуть виникати разом із діагнозом.

На додаток до діагностичних критеріїв і тексту для психічних розладів DSM-5, є два розділи про інші стани (в Секції II), які не є психічними розладами, але які часто зустрічаються. Ці стани можна вказувати як причину звернення до медичного закладу на додаток до (чи замість) психічних розладів: **«Рухові розлади, індуковані медикаментами та інші шкідливі наслідки медикаментів»** – охоплює паркінсонізм, індукований медикаментом, злякисний нейрорептичний

синдром, гостру дистонію, індуковану медикаментом, гостру акатизію, індуковану медикаментом, пізню дискинезію, пізню дистонію/пізню акатизію, постуральний тремор, індукований медикаментом, синдром відміни вживання антидепресантів, та інші побічні ефекти медикаментів. Ці стани є важливими у: а) лікарській терапії психічних розладів чи інших медичних станів; б) диференційній діагностиці психічних розладів (як от, тривожний розлад/гостра акатизія, індукована медикаментом).

**Розділ «Інші стани, які можуть потребувати клінічної уваги»** - охоплює стани, психосоціальні чи екологічні проблеми, які не є психічними розладами, але водночас, впливають на діагноз, перебіг, прогноз чи лікування психічного розладу особи. Ці стани мають відповідні коди з МКХ-10-КМ (зазвичай, КОДИ Z).

Стан або проблема можуть отримати відповідний код з/або без супутнього діагнозу психічного розладу за умови, коли: а) вони є причиною поточного звернення; б) вони допомагають аргументувати потребу в діагностиці, обстеженні чи лікуванні; в) відіграють роль в ініціації чи загостренні психічного розладу; г) становлять проблему, на яку варто зважати тоді, коли визначаєш план лікування.

Цей розділ охоплює самогубство та ушкодження, що не мають такого наслідку; скривдження та занедбання; проблеми у стосунках (між шлюбними та інтимними партнерами); проблеми освітні, професійні, житлові, економічні; проблеми, пов'язані із соціальним середовищем,, взаємодією із правовою системою чи іншими обставинами (небажана вагітність, жертви злочину чи тероризму); проблеми з доступом до медичної та іншої допомоги у галузі охорони здоров'я; обставини особистої історії (психологічна травма); інші звернення до служб охорони здоров'я по консультацію чи медичну пораду (сексологічне консультування); додаткові стани чи проблеми, що потребують клінічної уваги (блукання, пов'язане з розладом психіки, неускладнене горе, зміна життєвих періодів).

**DSM-5-TR** – доступний у формі онлайн-підписки на сайті PsychiatryOnline.org, а також у формі електронної книги – [https://manusbook.com/9119\\_DSM-5-TR/II/index.html](https://manusbook.com/9119_DSM-5-TR/II/index.html) – українською мовою; <https://www.mredscircleoftrust.com/storage/app/media/DSM%205%20TR.pdf> – англійською мовою чи друкованого видання [7].

## РЕКОМЕНДОВАНІ ДЖЕРЕЛА ІНФОРМАЦІЇ

1. Буняк Н. А. Загальна психологія: лекції. Тернопіль : ФО-П Шпак В.Б., 2017. 300 с.
2. Буняк Н. А. Психологічна експертиза інклюзивного освітнього середовища: теоретичний аналіз. *Психологія і особистість* : науковий журнал. № 1(21). Київ – Полтава, 2022. С. 9-20.
3. Буняк Н.А. Патопсихологія : навч. посібн. Електронне видання. – режим доступу : <https://moodle.wunu.edu.ua>
4. Гірняк А. Н. Глибинно-психологічне підґрунтя суїциду. *Психологія і суспільство*. 2010. №1. С. 151-158.
5. Гірняк А. Н. Гірняк Г. С. Формовияви девіантної поведінки у сучасних молодіжних субкультурах та їх соціально-психологічний аналіз. *Психологія і суспільство*. 2023. № 1. С. 199-204.
6. Гуцуляк Н.М., Матейчук Н.Г. Загальна психологія : навч. посібн. Вид. 2- ге. Чернівці : В-во ЧНУ, 2019. 300 с.
7. Довідник діагностичних критеріїв DSM- 5-TR від Американської психіатричної асоціації / пер. з англ. О. Лизак, М. Прокопович, О. Антонишин. Львів : Видавництво «Компанія «Манускрипт»», 2024. – 592 с. ([https://manusbook.com/9119\\_DSM-5-TR/II/index.html](https://manusbook.com/9119_DSM-5-TR/II/index.html) – українською мовою;<https://www.mredscircleoftrust.com/storage/app/media/DSM%205%20TR.pdf> – англійською мовою).
8. Етичний Кодекс лікаря України (від 27.09.2009). – режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/n0001748-09>
9. Закалик Г. М. Основи клінічної психології : навч. посіб. Львів : Вид-во Львів. політехніки, 2020. 429 с.
10. Ільїна Н. М. Клінічна психологія : навч. посіб. Суми : Університетська книга, 2020. 163 с.

11. Лісовенко А. Ф. Медична психологія: методичні рекомендації для самостійної підготовки здобувачів вищої освіти факультету психології, політології та соціології. Одеса : Фенікс, 2020. 60 с.
12. Мельник А. П., Магдисюк Л. І., Дучимінська Т. І. Патопсихологія та спецпрактикум з клінічної психодіагностики : навч.-метод. посіб. Луцьк : Вежа-Друк, 2018. 152 с.
13. Пилягіна Г. Я., Хаустова О. О., Чабан О. С. та ін. Медична психологія: в 2-х т. Т.1. Загальна медична психологія. Вінниця : Нова Книга, 2020. 288 с.
14. Пилягіна Г. Я., Хаустова О. О., Чабан О. С. та ін. Медична психологія: в 2-х т. Т.2. Спеціальна медична психологія. Вінниця : Нова Книга, 2020. 496 с.
15. Римша С. В., Рациборинська-Полякова Н. В. Пропедевтика психіатрії з основами загальної психології, патопсихології та психопатології : навч. посіб. Львів : ФОП Марченко Т.В., 2020. 520 с.
16. Савенкова І. І. Клінічна психологія : навч. посіб. Херсон : Айлант, 2018. 302 с.
17. Шкарлатюк К. І. Патопсихологія : навч. посіб. Луцьк : Вежа-Друк, 2022. 155 с.
18. Asanova A., Khaustova O. Typical difficult situations in doctor-patient interactions. *Psychosomatic medicine and general practice*. 2018. Vol. 3(3). P. 1-12.
19. Kring A. M., Johnson S. L., *Abnormal Psychology: The Science and Treatment of Psychological Disorders*. – Willey, 2018. 640 p.
20. Oba H., Sato S., Kazui H., Nitta Y., Nashitani T., Kamiyama A. Conversational assessment of cognitive dysfunction among residents living in long-term care facilities. *International psychogeriatrics*. 2018. № 30 (1). P. 87-94.

21. Vaterlaus J. M., Spruance L. A., Frantz K., Kruger J. S. College student television binge watching: Conceptualization, gratifications and perceived consequences. *The Social Science Journal*. 2019. 56(4). P. 470-479.