

**Міністерство освіти і науки України
Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника
Філософський факультет
Кафедра загальної та клінічної психології**

Н.М. Матейко

***Патопсихологія. Неврологія.
навчально-методичний комплекс***

**Івано-Франківськ
2016**

УДК 159.98
ББК 88.4
М 34

Матейко Н.М. Патопсихологія. Неврологія: навчально-методичний комплекс. – Івано-Франківськ: Симфонія форте, 2016. – 140 с.

Рецензенти:

Москалець В.П. - доктор психологічних наук, професор кафедри загальної та клінічної психології Прикарпатського національного університету імені Василя Стефаника;

Винник М.І. – доктор медичних наук, професор кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Івано-Франківського національного медичного університету

Друкується за ухвалою Вченої ради філософського факультету Прикарпатського національного університету імені Василя Стефаника (протокол № від 27.04. 2016р.)

Навчально-методичний комплекс «Патопсихологія. Неврологія» включає додаткові теоретичні матеріали для самопідготовки, розробки планів семінарських занять з переліком питань для поглибленого вивчення та обговорення, завдання для письмового опрацювання, питання для самоконтролю, додатки та методики.

Рекомендовано студентам спеціальності «Психологія», спеціалізації «Клінічна психологія».

УДК 159.98

ББК 88.4

Зміст

Передмова	3
Навчально-методичний план курсів.....	4
Розділ I. Патопсихологія.....	6
1.1. Плани семінарських занять.....	6
1.2. Патопсихологія. Зміст лекцій.....	14
1.3. Зміст завдань для самостійного опрацювання.....	60
1.4. Програмові вимоги з патопсихології.....	61
Розділ II. Неврологія.....	62
2.1. Плани семінарських занять.....	62
2.2. Неврологія. Зміст лекцій.....	70
2.3. Зміст завдань для самостійного опрацювання.....	98
2.4. Програмові вимоги з неврології.....	99
Методики.....	100
Додатки	125
Список джерел.....	140

Передмова

На сучасному етапі складовою частиною діяльності клінічного та шкільного психолога, сімейного консультування, соціальних працівників є робота з особами, у яких можуть спостерігатися розлади психіки різного ступеня. Володіння знаннями з основ патопсихології та неврозології, розуміння психологічних механізмів виникнення та динаміки патопсихологічних синдромів допоможе психологу у здійсненні успішної діагностики та психологічної корекції найбільш поширених форм межових розладів психічної діяльності особистості.

Патопсихологія та неврозологія тісно пов'язані з психогігієною, психопрофілактикою та психотерапією, які розглядають можливості застосування власне психологічних впливів для забезпечення психологічного благополуччя клієнтів. Незнання основних положень патопсихології не тільки знижує ефективність роботи психолога, але може призвести до серйозних помилок, які можуть завдати шкоди особі, яка звернулась за психологічною допомогою.

Метою навчально-методичного комплексу «Патопсихологія. Неврозологія» є розгляд основних видів порушень психіки та свідомості, розладів емоційно-вольової, особливості підготовки та проведення патопсихологічного дослідження з використанням патопсихологічних методів, складання висновку та надання рекомендацій; отримання вмінь кваліфікувати патопсихологічні реєстр-синдроми; ознайомлення з етіологією та патогенезом невротичних розладів, віковими особливостями невротичної поведінки, особливостями особистісних дисгармоній, а також озброєння необхідними знаннями у проблемі здійснення психологічної профілактики межових розладів та збереження психічного здоров'я клієнтів.

Структуру навчально-методичного комплексу передбачено семінарські заняття, які складаються з чотирьох етапів: опрацювання термінів, обговорення питання для поглибленого опрацювання, додаткові завдання для письмового опрацювання, запитання для самоконтролю. Для підготовки до кожного заняття пропонується список літературних джерел, серед яких монографії, навчальні посібники, статті з наукових видань, відповідно до теми семінарського заняття. Змістом також передбачено додаткові теоретичні матеріали, додатки та методики для самостійного опрацювання, список літературних джерел.

Навчально – методичний комплекс розроблений на основі сучасних підходів з урахуванням Закону України «Про психіатричну допомогу» та прийняттям Україною Міжнародної класифікації хвороб 10 перегляду.

При укладенні навчально-методичного комплексу враховано сучасні тенденції системи організації навчального процесу у закладах освіти III-IV рівнів акредитації.

Навчально-методичний план курсів

№ п/п	Назва теми	Лекційні (год.)	Практичні (семінарські) (год.)	Самостійна робота (год.)
Патопсихологія				
1.1.	Патопсихологія як навчальна дисципліна. Предмет та завдання курсу.	2	2	4
1.2.	Загальні відомості про етіологію, патогенез. Патопсихологічні методи дослідження психічних розладів.	2	2	4
1.3.	Патологія відчуттів та сприймань. Порухення сенсорного синтезу.	2	2	4
1.4.	Розлади мислення та інтелекту.	2	2	4
1.5.	Розлади пам'яті та уваги.	2	2	4
1.6.	Розлади свідомості та самосвідомості.	2	2	4
1.7.	Розлади емоційно-вольової сфери.	2	2	4
1.8.	Патопсихологічні реєстри – синдроми.	2	2	4
Всього		16	16	32
Неврологія				
2.1.	Предмет вивчення неврології. Теорії та концепції неврозогенезу.	2	2	4
2.2.	Психологічні чинники, що впливають на формування невротичних розладів. Преморбідні особистісні риси.	2		4
2.3.	Етіологія та патогенез неврастенії.	2	2	4
2.4.	Дисоціативні розлади. Диференціальна діагностика істеричних та епілептичних нападів.	2	2	4
2.5.	Неврози нав'язливих станів. Психастенія. Фобійні тривожні	2	2	4

	розлади (F40).			
2.6.	Обсесивно-компульсивні розлади (F42). Нав'язливі obsесії. Комппульсивні дії (F42.1).	2	2	4
2.7.	Статеві-вікові та культуральні особливості невротичних розладів у дітей та підлітків.	2	2	4
2.8.	Психотерапія невротичних розладів. Методи психологічного консультування та психотерапії неврозів.	2	2	4
Всього		16	16	32

Практичні заняття		
1.	Заняття на базі школи для дітей з вадами інтелекту (навчально-реабілітаційний центр). Тема: патопсихологічне обстеження дітей з порушеннями темпу психічного розвитку.	2
2.	Заняття на базі дитячого відділення психіатричної лікарні. Тема: патопсихологічне обстеження дітей з органічними порушеннями психіки.	2
3.	Заняття на базі наркологічного диспансеру. Тема: патопсихологічне обстеження осіб, які зловживають психотропними препаратами.	2
4.	Заняття на базі дорослої психіатричної лікарні. Тема: патопсихологічне обстеження особистості з органічними порушеннями психіки.	2
5.	Заняття на базі невротичного відділення психіатричної лікарні. Тема: патопсихологічне обстеження осіб з невротичними порушеннями.	2
Всього		10

Зміст завдань для самостійного опрацювання

№ лекції	№ п/п	Зміст завдань
1	1	Правові принципи психіатричної допомоги. Сучасна концепція охорони психічного здоров'я в Україні.
	2	Основні патогенетичні механізми психічної патології
2	1	Поняття психоактивних речовин, феноменів вживання та залежності.
	2	Вплив алкоголю на вищу нервову діяльність людини.
3	1	Психічні, поведінкові розлади внаслідок вживання седативних та снодійних препаратів.
4	1	Психічні, поведінкові розлади внаслідок вживання галюциногенів.
5	1	Особливості психічних порушень, які викликані екологічно несприятливими чинниками.
	2	Психічні поведінкові розлади внаслідок вживання психостимуляторів.
6	1	Порушення психічного розвитку немовлят, дітей раннього, дошкільного та молодшого шкільного віку.
7	1	Проблеми реадптації і реабілітації психічно хворих.
	2	Розлади психіки в старечому віці.
8	1	Психолог в психіатричній клініці.

Тема 1. Патопсихологія як наука. Предмет та завдання курсу.

1. Предмет та завдання патопсихології.
2. Поняття симптому і синдрому в патопсихології.
3. Патопсихологічне дослідження, його специфіка і принципи побудови.

Література

1. Левченко И.Ю. Патопсихология: Теория и практика. – М.: «Академия», 2000.
2. Репина Н. В., Воронцов Д. В., Юматова И. И. Основы клинической психологии. – М., 2003.
3. Мариллов В.В. Общая психопатология: учеб. пособие. – М.: «Академия», 2002.

1. Предмет та завдання патопсихології.

Патопсихологія є розділом медичної психології, яка вивчає зміни психічної діяльності при патологічних станах, викликаних психічними чи соматичними захворюваннями. Патопсихологія досліджує структуру порушень психічної діяльності, закономірності її розпаду у порівнянні з нормою.

За визначенням Б.В. Зейгарник, патопсихологія вивчає структуру порушень психічної діяльності, закономірності розпаду психіки у порівнянні з нормою. При цьому патопсихологія використовує психологічні методи, оперує поняттями сучасної психології. Патопсихологія може розглядати задачі як загальної медичної психології (коли вивчаються закономірності розпаду психіки, зміни особистості психічних хворих), так і часткової (коли досліджуються порушення психіки конкретного хворого для уточнення діагнозу, проведення трудової, судової чи військової експертизи). Виділяють конкретні клініки, де знаходять практичне застосування знання відповідних розділів медичної психології: в психіатричній клініці – патопсихологія; в неврологічній – нейропсихологія; в соматичній – психосоматика.

Патопсихологію варто відрізнити від психопатології. Остання є частиною психіатрії і вивчає симптоми психічного захворювання клінічними методами, використовуючи медичні поняття: діагноз, етіологія, патогенез, симптом, синдром і ін. Основний метод психопатології – клініко-описовий, який використовується у психіатрії. Важливе значення мають терміни, з якими психолог повинен бути обізнаний, однак у своїх висновках використовувати методи і мову психології.

В клінічній практиці патопсихологічні дослідження мають досить важливе значення і допомагають вирішувати наступні завдання.

1. Отримання даних для психодіагностики – результати патопсихологічного обстеження є допоміжним матеріалом, який використовує лікар-психіатр для постановки диференційного діагнозу.

2. Дослідження динаміки психічних порушень у зв'язку з проведенням психотерапії – дані патопсихологічних обстежень є показником ефективності проведених лікувальних заходів.

3. Участь в психокорекції та психотерапії – виконання під керівництвом та за призначенням лікаря – психіатра різних завдань психодіагностичного та колекційного характеру.

4. Участь в експертній роботі – дані патопсихологічних обстежень використовуються для винесення висновків судової, трудової, військової та психіатричної експертизи.

5. участь в реабілітаційній роботі – допомога хворим у відтворенні соціальних зв'язків з урахуванням психічних змін, пов'язаних із захворюванням.

6. Дослідження недостатньо вивчених психічних захворювань.

2. Поняття симптому і синдрому в патопсихології.

Симптом - (гр. - випадок, ознака) – будь-яка зміна в організмі або його функціях, виявлена на підставі скарг хворого (суб'єктивний симптом) або встановлена при обстеженні лікарем (об'єктивний симптом). Якщо клінічні дослідження виявляють закономірності проявів порушених психічних процесів, то патопсихологічне дослідження повинно дати відповідь на питання як саме порушене протікання психічних процесів.

Патопсихологічний синдром – це відносно стійка, внутрішньо пов'язана сукупність окремих симптомів. Патопсихологічний синдром не є безпосередньо даним. Для його встановлення необхідно структурувати та інтерпретувати отриманий в ході дослідження матеріал. При цьому слід пам'ятати, що характер порушень не є специфічним для того чи іншого захворювання чи форми його протікання. Він тільки типовим. Ці порушення повинні оцінюватися в комплексі з даними цілісного психологічного дослідження. Розуміння патопсихологічного синдрому допомагає прогнозувати появу найбільш типових для даного захворювання розладів. Відповідно до прогнозу реалізувати певну стратегію і тактику експерименту. Тобто, підбирається стиль проведення експерименту, підбір гіпотез для перевірки матеріалу обстежуваного.

До основних патопсихологічних синдромів належать шизофренічний патопсихологічний синдром, олігофренічний патопсихологічний синдром, екзогенно-органічний патопсихологічний синдром, ендогенно-органічний (епілептичний) патопсихологічний синдром, особистісно-аномальний (психопатичний) синдром, невротичний синдром, афективні синдроми.

Складовими патопсихологічного синдрому є:

1. Особливості афективного реагування, мотивації, системи відношень хворого – це мотиваційний компонент;
2. Проводиться аналіз ставлення до факту обстеження;
3. Як обстежуваний реагує на експериментатора (заграє, намагається справити враження);
4. Аналіз ставлення до окремих завдань, зміни поведінки в процесі експерименту;
5. Аналіз виконання завдання, ставлення до результату (може бути байдужим). Необхідність все фіксувати.
6. Аналіз ставлення до оцінок експериментатора.
7. Характеристика дій хворого при вирішенні пізнавального завдання: оцінка цілеспрямованості, підконтрольності дій, критичності.

8. Тип операційної сторони мислення: особливості процесу узагальнення, вимірювання вибіркості пізнавальної активності (операції синтезу, порівняння).
9. Характеристика динамічності процесуального аспекту діяльності, тобто як змінюється діяльність в часі (нерівномірність працездатності).

3. Патопсихологічне дослідження, його специфіка і принципи побудови

Патопсихологічне дослідження містить у собі наступні компоненти: бесіду з хворим; експеримент (тестування); вивчення історії хвороби; спостереження за поведінкою під час дослідження; аналіз отриманих результатів; оформлення висновку.

Під час планування і проведення патопсихологічного дослідження слід враховувати ряд принципів:

- моделювання звичайної психічної діяльності – в ході експерименту організовується виконання звичних для людини дій (аналіз і синтез, порівняння понять, встановлення логічних зв'язків тощо) у незвичних умовах;
- врахування ставлення хворого до ситуації обстеження;
- врахування взаємодії експериментатора та обстежуваного;
- якісного аналізу особливостей протікання психічної діяльності хворого;
- використання комплексу експериментальних прийомів.

Патопсихологічні експериментальні завдання підбираються для рішення практичних задач клініки. В основному досліджуються порушення розвитку особистості і порушення психічних процесів: розладу сприйняття; розладу уваги; розладу пам'яті; розладу мислення; розладу розумової працездатності.

Структура висновку за результатами патопсихологічного обстеження. Не існує загальної форми складання висновку, однак, під час його складання рекомендовано дотримуватися конкретної схеми і описувати наступні питання:

- скарги хворого на стан психіки;
- особливості роботи хворого в ситуації психологічного дослідження: розуміння обстежуваним змісту дослідження, його ставлення до виконання завдань, результатів роботи, схильність до критичної оцінки якості власних досягнень;
- характер пізнавальної діяльності: опис основного порушення, інших порушень, в комплексі з якими виступає основне, збережених сторін психічної діяльності;
- резюме – найбільш важливі дані, отримані під час дослідження (структура основного психопатологічного синдрому, виявленого під час обстеження).

Запитання для самоконтролю

1. *Що є предметом вивчення патопсихології, психопатології та психіатрії?*
2. *Розкрийте значення симптомів та синдромів в патопсихології.*
3. *Які складові патопсихологічного дослідження?*

Тема 2. Загальні відомості про етіологію, патогенез та методи дослідження психічних розладів

1. Етіологія та патогенез психічних розладів.
2. Рівні протікання і динаміка захворювання.

Література

1. Зейгарник Б. В. Патопсихология: учеб.пособие. – М., 2005.
2. Блейхер В.М., Крук И.В. Патопсихологическая диагностика. – К., 1986.
3. Клінічна психодіагностика: Практикум / М.В.Миколайський. – Івано-Франківськ, 2006.

1. Етіологія та патогенез психічних розладів.

Психічне захворювання (розлад) визначають як звуження, зникнення або викривлення яких-небудь критеріїв психічного здоров'я. Причини (етіологія) виникнення психічних захворювань виділяють наступні:

- екзогенні – зовнішні відносно організму чинники інфекції, інтоксикації, травматичні ушкодження мозку, церебральні пухлини;

- ендогенні – внутрішні причини, пов'язані зі спадковістю, конституційними, віковими та іншими особливостями організму, котрі диктують певні біохімічні, імунні та інші зміни, що призводить до первинних патологічних порушень психічної діяльності. Будь-які зовнішні чинники можуть тільки впливати на дебют і подальший перебіг ендогенних захворювань, а не бути їхньою першопричиною;

- психогенні – етіологічні фактори, в якості яких виступають психічні травми;

- соматогенні – соматичні порушення, які є патогенними для функціонування мозку і стають причинами психічного захворювання.

Незалежно від причини виникнення, психічні захворювання можуть протікати на невротичному, психопатичному та психотичному рівнях. Невротичний рівень психічного розладу характеризується збереженням адекватного ставлення до текучих подій і правильною оцінкою власного стану за наявності вегетативних, сенсорних та афективних порушень. Психопатичний рівень характеризується стабільною дисгармонією особистості, яка виражається соціальною внаслідок афективних порушень. Психотичний рівень характеризується неадекватним відображенням дійсності, відсутністю критичності та здатності керувати власною поведінкою.

Патогенез – механізм розвитку захворювання. Патогенетичні механізми спадково детерміновані і включають фізіологічні (в тому числі рефлексорні), біохімічні, електрофізіологічні, психічні реакції та структурні зміни органів і тканин, тобто патогенез розгортається не тільки в часі, але і в певному просторі, має відповідну локалізацію. Завдяки патогенезу дія причин опосередковується реакціями організму. на велику кількість різноманітних хвороботворних причин організм відповідає обмеженим набором реакцій, спрямованість яких, їх ступінь та якість визначається можливостями самого організму. Якщо таких можливостей

немає або вони різко обмежені, то відповідної реакції не буде або вона буде збідненою.

2. Рівні протікання і динаміка захворювання.

Протягом психічного захворювання виділяють наступні його періоди:

1. продромальний (ініціальний) – період найбільш ранніх симптомів;
2. маніфестний – період розквіту та максимального ускладнення психопатологічних синдромів;
3. період зворотного розвитку, редукції симптоматики та затухання активності хвороби.

Основні типи перебігу психічних хвороб

1. Прогредієнтний, процесуальний: поступове поглиблення, зростаюче погіршення із ускладненням проявів захворювання, що призводить до соціальної дезадаптації та інвалідності хворого. За таким типом перебігають органічні захворювання головного мозку, які призводять до слабоумства, алкоголізм, наркоманія, шизофренія, епілепсія, алкоголізм, хвороби Піка, Альцгеймера, які супроводжуються поглибленням психічного дефекту, випадінням інтелектуальних, емоційних та вольових функцій.

2. Фазовий, або циркулярний, інтермітуючий: закономірне виникнення нападів або фаз хворобливого стану, у проміжок між якими людина відносно здорова. Світлі проміжки іноді схожі на стан практичного здоров'я – настільки сильно відбувається відновлення. Такі проміжки називають інтермісіями, а протікання захворювання – інтермітуючим або циркуляторним. Наприклад, маніакально-депресивний чи біполярний психоз, шизофренія.

3. Реактивний: виникнення розладу безпосередньо пов'язане з дією психотравмуючих життєвих обставин. У клініці хвороби відображаються психотравмуючі обставини. Ознаки психічного розладу редукують після нормалізації ситуації, що травмує психіку (тріада Ясперса),- реактивні стани або реактивні психогенні психози.

4. Розвиток: поступове наростання психопатологічної симптоматики (без формування дефекту особистості). За несприятливого поєднання обставин, що сприяють розвитку хвороби, може бути соціальна дезадаптація - невротичні, психопатичні розлади.

5. Епізод: розлад психіки, спровокований певним патологічним чинником, який раптово почав діяти. Хворобливий стан не набуває систематизованого характеру, а є лише окремим епізодом у житті людини. Наприклад, печінкова або гіпоглікемічна кома тощо.

Запитання для самоконтролю

1. Які бувають причини виникнення психічних розладів?
2. Вкажіть рівні протікання психічних розладів.
3. Назвіть періоди протікання захворювання.
4. Які типи протікання психічних захворювань вам відомі?
5. В чому сутність патогенетичних механізмів захворювання?

Тема 3. Патологія відчуттів та сприймань. Порушення сенсорного синтезу

1. Кількісні і якісні порушення відчуттів.
2. Ілюзії як помилкове сприйняття реально існуючих предметів.
3. Загальне уявлення про галюцинації. Істинні та хибні галюцинації.
4. Деперсоналізація. Дерезалізація. Порушення схеми тіла.

Література

1. Зейгарник Б. В. Патопсихологія: учеб.пособие. – М., 2005.
2. Блейхер В.М., Крук И.В. Патопсихологическая диагностика. – К., 1986.
3. Коркина М.В., Лакосина Н. Д., Личко А. Е.. Психиатрия: Учебник. - М.: Медицина, 1995.

1. Кількісні і якісні порушення відчуттів.

Відчуття – це процес відображення в свідомості людини окремих властивостей предметів та явищ, що відбуваються в світі, який оточує її. Розлади відчуттів бувають кількісні – гіперестезія, гіпестезія, анестезія, алгії та якісні – сенестопатії, синестезія.

Гіперестезія – посилена чутливість до звуків, запахів, дотиків. Це загальне зниження порогу чутливості, сприймається хворими як емоційно неприємне почуття з відтінком роздратування. Хворі скаржаться, що не можуть заснути, бо "будильник цокає прямо у вухо", "накрохмалена простирadlo гримить, як трамвай", "місяць світить прямо в очі". Гіперестезія органів відчуття спостерігається при астенії, неврозах, органічних ураженнях головного мозку, початкових проявах гострого психозу.

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

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

Парестезії – це частий неврологічний симптом, який спостерігається при ураженні периферичних нервових стовбурів (наприклад, при алкогольній полінейропатії). Він виражається в знайомому багатьом почутті оніміння, поколювання, "повзання мурашок".

Агнозії – розлади впізнавання характеристик предметів і звуків. Агнозії бувають зорові, слухові, нюхові. Цей вид патології зустрічається головним чином при органічному ураженні головного мозку, однак іноді агнозія буває функціонального характеру (частіше істеричною, коли хворий після стресу перестає відчувати запахи, смак їжі, «не чує» неприємну для нього інформацію).

Сенестопатії неприємні обтяжливі патологічні відчуття поколювання, печії, перекручування, здавлювання, змертвіння, не пов'язані із соматичним захворюванням. Часто розвиваються в напрямку знизу вгору (по кінцівках і хребетному стовпу до голови, серця). Поява незвичних відчуттів викликає у хворих тривогу та підозру щодо важкого невилікованого захворювання. Сенестопатії спостерігаються при неврозах та психозах, особливо характерні для шизофренії. Синестезії – рідка особливість відчуття, коли подразнення одного аналізатора викликає відповідь кількох аналізаторів.

2. Ілюзії як помилкове сприйняття реально існуючих предметів.

Ілюзія – це змінене сприймання реально існуючих предметів чи явищ. Ілюзії бувають: фізичні, фізіологічні та ілюзії неухважності. В психопатології виділяють велику кількість різноманітних слухових, зорових, нюхових, смакових і тактильних галюцинацій, їх налічують близько 30 різновидів.

Фізіологічні ілюзії пов'язані з фізіологією аналізаторів. Так, уміло підмальовані очі сприймаються як більші, чорний одяг худить, білий повнить.

Ілюзії неухважності відзначаються, коли при надзвичайній зацікавленості літературного твору психічно здорова людини не помічає граматичних помилок, помилок в тексті.

Ілюзії, пов'язані з патологією психічної сфери, (психічні ілюзії) бувають:

- афективні (афектогенні) – виникають у хворих в стані сильного страху, напруженого чекання, тривоги в ситуації недостатньо освітленого приміщення.

- вербальні або слухові ілюзії появляються також на фоні якого-небудь афекту і полягають у спотвореному сприйнятті смислу реальної розмови, коли в нейтральних судженнях і зауваженнях хворому вчуваються звинувачення, погрози, звинувачення, образи.

- парейдолічні ілюзії – пов'язані з діяльністю уяви при фіксації погляду на предметах, які не мають чіткого зображення, їхній зміст є фантастичним, образним. Парейдолічні ілюзії завжди виникають при зниженому тонусі свідомості на фоні різних інтоксикацій і є важливою діагностичною ознакою.

3. Загальне уявлення про галюцинації. Істинні та хибні галюцинації.

В психопатології виділяють велику кількість різноманітних слухових, зорових, нюхових, смакових і тактильних галюцинацій, їх налічують близько 30 різновидів.

До слухових вербальних галюцинацій належать: імперативні галюцинації (наказуючі) - хворий чує накази, заперечувати яким не може. Коментуючі галюцинації – дуже неприємні для хворого і виражаються в тому, що голоси постійно ніби обговорюють вчинки хворого, його думки і бажання. Контрастуючі (антагоністичні) галюцинації. Носять характер групового діалогу: одна група голосів гнівно засуджує хворого, вимагає застосовувати до нього тортури, а друга боязко, невпевнено його захищає, просить відстрочити, переконує, що хворий виправиться.

Зорові галюцинації займають друге місце за частотою після слухових. Вони коливаються від елементарних (фотопсії) у вигляді диму, туману, іскор до панорамних, коли хворий бачить динамічні сцени з багатьма людьми.

Нюхові – уявне сприймання дуже неприємних, часто гідких запахів тління, горіння тощо. Такі хворі нерідко відмовляються від їжі.

Смакові часто поєднуються з нюховими і виражаються у відчутті наявності в ротовій порожнині гниття, негативних запахів.

Тактильні галюцинації – відчуття дотику до тіла чогось гарячого чи холодного.

4. Деперсоналізація. Деререалізація. Порушення схеми тіла.

Деререалізація – це викривлене сприймання навколишнього світу, відчуття його неприродності, нереальності. До деререалізації належать явища "уже баченого" (Deja-vu), коли в незнайомій ситуації з'являється відчуття, що все це колись було. Пов'язані з деререалізацією і такі явища: "ніколи не баченого" (Jamais-vu) - відчуження сприйняття; "раніше чутого" (Deja entendu) - вперше почуте здається знайомим; "вже пережитого" (Deja vécu); "ніколи не пережитого" (Jamais vécu).

Деререалізація часто поєднується з *деперсоналізацією* (відчуженням від самого себе), що належить до розладів сфери сприйняття з порушенням свідомості (самосвідомості). Характерними для деперсоналізації є відчуття зміни Я, зміни та втрати почуттів, думок, спогадів, які сприймаються як "чужі", "пороблені", штучно нав'язані ззовні.

Спотворюються величини чи форми предметів та простору - *метаморфозії*. Всі предмети здаються хворому зменшеними (*мікропсія*), збільшеними (*макропсія*), видовженими, розширеними, скрученими (*дисмегалопсія*).

Спотворене сприйняття величини предметів звичайно супроводжується сприйняттям зміни простору, що здається вкороченим, коли всі предмети наближені, або ж нескінченно видовженим (*поропсія*). Предмети, що оточують хворого, можуть у його уяві неприродно переміщуватися (*психічна алестезія*).

Метаморфозія часто супроводжується *аутометаморфозією* - відчуттям спотворення форми та величини власного тіла. Виникає хворобливе відчуття збільшення чи зменшення розмірів та маси власного тіла, спотворення чи зміщення його окремих частин (порушення "схеми тіла"). Інколи розлади "схеми тіла" виникають у формі уявлень про подвоєння чи зникнення.

Запитання для самоконтролю

1. Назвіть якісні та кількісні розлади відчуттів.
2. В чому відмінність ілюзій та галюцинацій?
3. Які види галюцинацій ви знаєте?
4. Що означає симптом «вже баченого»?
5. Які спотворення сприймання величини предметів, простору ви знаєте?

Тема 4. Розлади мислення та інтелекту

1. Патопсихологічний підхід до характеристики порушень мислення.
2. Характеристика маячних синдромів.
3. Розлади інтелекту.

Література

1. Руководство по психиатрии / под ред. А.В.Снежневского. – М., 1985.
2. Зейгарник Б. В. Патопсихология: учеб.пособие. – М., 2005.
3. Психиатрия: Учебник Н.М. Жариков , Л.Г.Урсова. – М.: Медицина, 1989.

1. Патопсихологічний підхід до характеристики порушень мислення.

Мислення - психічний процес, за допомогою якого людина відображає найістотніше, головне в явищах навколишнього світу, усвідомлює їхній взаємозв'язок. Завдяки йому забезпечуються рівень суджень, узагальнення фактів, умовиводів, накопичуються знання, вибудовуються гіпотези, теорії, розв'язуються задачі, які ставить особистість і суспільство. Мислення - активна функція інтелекту.

Розрізняють патологію мислення за темпом, зв'язком асоціацій (формою) і змістом.

Розлади мислення за темпом перебігу асоціацій: прискорене, ментизм, сповільнене, деталізоване (в'язкість), зупинка мислення (шперунг).

Розлади мислення за зв'язком асоціацій (формою): резонерське, паралогічне, незв'язне (інкогерентне), розірване, символічне, персевераторне тощо.

Розлади мислення за змістом асоціацій: маячні ідеї (стосунків; фізичного, психічного впливу; отруєння; втрати, шкоди, пограбування; маячноподібні тощо.

2. Характеристика маячних синдромів.

Маячні ідеї - розлад мислення з помилковим, неправильним судженням, що спотворено відображає дійсність. Цілком оволодіває свідомістю хворого і не піддається логічній корекції (переконанню). З точки зору хворого, він мислить правильно, отож не сумнівається. Маячню неможливо виправити ні переконанням, ні за допомогою наочних доведень. Саме цим вона відрізняється від помилкових суджень, вірувань. Маячні ідеї можуть з часом втратити свою яскравість, актуальність, але спроба щось довести тільки зміцнює віру хворого в його правоту й дає поштовх до подальшого розвитку недуги. Тут доцільно згадати афоризм: "Сто мудреців не в змозі переконати одного божевільного".

В. Грізінгер, А. В. Снежневський та інші психіатри об'єднували маячні ідеї за змістом у три групи.

I. Маячні ідеї переслідування. Хворий вважає, що за ним стежать, переслідують його і його рідних, хочуть убити і т. ін. Серед них виділяють:

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

Маячні ідеї ревності. Хвора людина вважає, буцімто дружина (чоловік) зраджує, і разом з коханцем (коханкою) хочуть її (його) убити. Причому факти, що їх наводить недужий, аби довести зраду, нереальні, фантастичні, часом безглузді.

Маячні ідеї кверулянтські (сутяжницькі). Хворий стверджує, що його обмежують у правах, ображають, а тому в нього виникає непереборна схильність відстоювати свої права, інтереси шляхом численних скарг, позовів, заяв до суду, прокуратури, органів влади.

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

II. Маячні ідеї величі. Хворий переконаний у своїй винятковості ("здібний, все може, багатий, має високе суспільне становище"). Виникає на тлі піднесеного настрою. Маячня величності проявляється по-різному.

Маячні ідеї багатства. Хворі стверджують, що у них за-робітна плата обчислюється мільярдами, що вони мають тонни дорогоцінних металів і каменів, велику спадщину тощо.

Маячні ідеї високого походження. Пацієнт вірить, що він за походженням із знатного роду, має кровні зв'язки з людьми, які займають провідне становище в політиці, мистецтві, науці тощо.

Маячні ідеї винаходу і відкриття - розлад мислення, коли особа безпідставно, часто не маючи спеціальної освіти й досвіду, "винаходить" апарати, двигуни, ліки, "відкриває" закони, застосування яких, на його думку, сприятиме прогресу й ошчасливить людство.

III: Маячні ідеї самоприпониження - хворобливий стан мислення, коли хворий вважає себе нездарою, нікчемою, неповноцінною людиною.

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

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

3. Розлади інтелекту

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

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

Лакунарна деменція (парціальна, осередкова) виявляється частковими дефектами інтелекту внаслідок зниження пам'яті, обмежуються асоціативні зв'язки, що призводить до недостатності кмітливості. На початку розвитку лакунарної деменції особистість хворого та критичне ставлення його до власного психічного стану збережені. Лакунарна деменція буває при осередкових захворюваннях головного мозку (судинні захворювання, черепномозкові травми, сифілітичні ураження головного мозку та ін.).

Тотальна деменція (глобальна, паретична, дифузна) виявляється зниженням усіх форм пізнавальної діяльності. Хворий поступово втрачає здатність користуватися операціями мислення, критично оцінювати свій стан, вчинки, відбувається загальне (глобальне) зниження розумової діяльності із розпадом ядра особистості. Розвивається при старечому недоумстві, прогресивному паралічі, хворобах Альцгеймера, Піка та ін.

Олігофренія – вроджене недоумство – є збіркою групою різних за етіологією, патогенезом та клінічним проявом непрогресивних патологічних станів. Загальними ознаками олігофренії є:

- структура недоумства з тотальністю психічного недорозвитку та переважанням слабкості абстрактного мислення;
- непрогресивність інтелектуальної недостатності;
- сповільнений темп психічного розвитку індивіда.

Виділяють форми олігофренії: *дебільність*, *імбецильність*, *ідіотія*.

Дебільність (лат. *debilis* - слабкий, немічний) є легким ступенем психічного недорозвинення, що наближається до середньої норми. Не здатні абстрактно мислити, робити узагальнення, утворювати складні поняття. У них переважає конкретно-описовий тип мислення. Сприйняття неточне, увага нестійка. Програму загальноосвітньої школи засвоїти не можуть, особливо з математики. Значно легше дається навчання в допоміжній спеціальній школі. Із складною роботою вони не справляються, потребують допомоги з боку старших. Легко піддаються навіюванню, потрапляють під чужий вплив. Інтелектуальний коефіцієнт (IQ 70-50).

Імбецильність (лат. *imbecillus* - незначний, такий, що потребує опори) - середній-ступінь затримки психічного розвитку. Пізнавальна функція порушена більшою мірою, ніж при дебільності. Набувають навичок із самообслуговування (одягання, елементарна охайність тощо). Розуміють просту мову і самі оволодівають невеликим запасом слів. Засвоюють новий матеріал лише на рівні конкретних уявлень. Чужі мову, міміку, жести хворі розуміють у межах повсякденного життя. Потребують нагляду. Інтереси досить примітивні й стосуються винятково задоволення фізіологічних потреб. Поведінка їхня залежить від афективного стану й сили потягів. (IQ 49-20).

Ідіотія (грец. *ideoteia* - невігластво, своєрідність) – найтяжчий ступінь природженого недоумства, що характеризується нездатністю до пізнавальної діяльності. У таких осіб різко обмежене сприйняття, вони не можуть мислити і говорити. Промовляють лише окремі звуки. Не розуміють інших людей, не впізнають навіть близьких родичів, не розрізняють істівне і неістівне. Вираз обличчя тупий. Пізно починають ходити, інколи пересуваються поповзом. Не набувають навичок щодо самообслуговування, неохайні. Інколи спостерігаються афекти гніву (кусаються, плюються). Нерідко у них виявляють природжені фізичні вади. (IQ до 20).

Запитання для самоконтролю

1. Які види розладів мислення ви знаєте?
2. Що таке маячні ідеї? Які групи маячних ідей виділяють дослідники?
- 3.и Що таке розумова відсталість? Які її форми?

Тема 5. Розлади пам'яті та уваги

1. Патопсихологічний підхід до характеристики порушень пам'яті.
2. Кількісні порушення пам'яті. Амнезії.
3. Якісні порушення пам'яті. Парамнезії.
4. Загальна характеристика розладів уваги.

Література

1. Руководство по психиатрии / под ред. А.В.Снежневского. – М., 1985.
2. Мариллов В.В. Общая психопатология: учеб. пособие. – М.: «Академия», 2002.
3. Психиатрия / за ред.О.К.Напреенка, І.Й. Влох. – К., 2001.

1. Патопсихологічний підхід до характеристики порушень пам'яті.

Пам'ять – це психічний процес запам'ятовування (фіксації), збереження (ретенції), відтворення (репродукції) та впізнавання інформації. Вона пов'язує минуле з теперішнім, надає людському досвіду характеру безперервності, є основою психічного розвитку та однією з передумов інтелекту.

Розрізняють такі види пам'яті: рухову (проявляється здатністю до репродукції рухів та поведінки, є основою умінь і звичок); наочну (чуттєву); емоційну (афективну); логічну; механічну (на противагу логічній задовольняється механічним запам'ятовуванням, не зв'язує матеріал за законами логіки). За характером домінуючої активності можна також говорити про види пам'яті (слухову, зорову, смакову, нюхову, тактильну та загального відчуття – положення тіла в просторі).

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

2. Кількісні порушення пам'яті. Амнезії.

У клініці психічних захворювань розрізняють такі патології пам'яті: гіпермнезія, гіпомнезія та амнезії (ретроградна, антероградна, антеро-ретроградна, ретардована, фіксаційна, прогресуюча); парамнезії (псевдоремінісценції, конфабуляції, криптомнезії).

Гіпермнезія, гіпомнезія та амнезії належать до кількісних, а парамнезії – до якісних розладів пам'яті.

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

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

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

Під *фіксаційною амнезією* розуміють втрату здатності запам'ятовувати поточні події, дати, імена.

Наростаюча втрата здатності запам'ятовувати з поступовим спустошенням запасів пам'яті характеризує *прогресуючу амнезію*. При цьому відбуваються процеси у порядку, що зворотний до такого під час набування запасів пам'яті - від недавно отриманої інформації до старої (закон зворотного руху пам'яті, або закон Рібо). В останню чергу втрачається давно набутий, добре організований матеріал пам'яті, який стосується автоматизованих навичок.

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

Амнезія системна - втрата пам'яті, пов'язана з психічною травмою, що стосується не певних відрізків часу, а змісту окремих деталей. Пам'ять про загальну ситуацію збережена.

Амнезії, що стосуються певного відрізка часу, спостерігаються при пароксизмальних та сутінкових розладах свідомості, епілепсії, травмах голови, тяжких мозкових інфекціях, патологічному сп'янінні. Стійке зниження пам'яті характерне для церебрального атеросклерозу, сифілісу мозку, прогресивного паралічу, тяжких хронічних отруень, епілептичного недоумства.

3. Якісні порушення пам'яті. Парамнезії.

Парамнезії – спотворення або обман пам'яті. Серед них виділяють псевдоремінісценції, конфабуляції та криптомнезії.

Псевдоремінісценції - найпростіший та найпоширеніший вид парамнезій. Характеризуються помилковим спогадом часу - давно пережита подія згадується як така, що недавно відбулася. Хворий, який тривалий час провів у психіатричному стаціонарі, на запитання, що він робив учора ввечері, розповідає про відвідини кінотеатру, зустріч з колегами або якусь іншу цілком реальну подію з минулого.

При *конфабуляціях* прогалини пам'яті заповнюються фантастичними, вигаданими спогадами. Змістом конфабуляції можуть бути неймовірні події, яких насправді не було і які не могли бути в житті хворого (зустрічі з видатними людьми, геніальні відкриття, незвичайні пригоди). Такі фантастичні конфабуляції спостерігаються при прогресуючій амнезії та певних видах порушення мислення (парафренна маячня).

Криptomнезія - це спотворення пам'яті, що проявляється її ослабленням та втратою різниці між подіями, котрі справді спостерігалися в житті хворого, й почутим, побаченим уві сні, прочитаним. В одних випадках почуте, побачене,

прочитане згадується як подія з власної біографії (механізм присвоєння), у інших, навпаки, - реальні події з життя хворого пригадуються як почуте, побачене, прочитане, таке, що відбувалося з іншими людьми (механізм відчуження).

До порушення пам'яті належить **корсаковський амнестичний синдром** при хронічному алкоголізмі, описаний уперше в 1887 р. Для нього характерне поєднання фіксаційної, ретро- і антероградної амнезії, амнестичної дезорієнтації та парамнезій (псевдоремінісценцій, конфабуляцій). При корсаковському синдромі часто спостерігається конфабуляторна сплутаність, втомлюваність, млявість, інактивність, інколи ейфорія. Окрім хронічного алкоголізму, корсаковський амнестичний синдром буває й при інших органічних ураженнях головного мозку, інтоксикаціях, пухлинах, прогресивному паралічі.

4. Визначення уваги, її види та властивості.

Увага є формою організації психічних процесів, що проявляється вибірково (селективно), у певній концентрації та відносній стійкості. Як організуючий чинник активної поведінки увага дає можливість зосередитися на об'єкті, який, у свою чергу, здатний привернути до себе увагу.

Умовні зв'язки, що виникають у разі повторного задоволення потреби, визначають концентрацію та вибірковість акту уваги, який первинно, за походженням, є орієнтувальним рефлексом. Селективність уваги впливає з утворення в кірковій речовині великого мозку джерела збудження – домінанти. Концентрація уваги пов'язана з посиленням збудження в домінанті, яке супроводжується пригніченням інших ділянок кори. Відносна стійкість уваги залежить від здатності домінанти зберігати збудження. Традиційно розрізняють пасивну та активну увагу.

Пасивна увага є, власне, безумовним орієнтувальним рефлексом на подразники, що мають життєве значення. Основна потреба в самозбереженні змушує організм до орієнтації - уваги. Активна увага передбачає задум, несе в собі елемент творчості. У цьому разі увага спрямовується на об'єкт шляхом свідомої організації психічної діяльності, котра складається в процесі соціального досвіду з урахуванням інтересів, досвіду, професії.

Людина навчається концентрувати увагу не обов'язково на подразниках високої інтенсивності, але й на слабких, якщо вони мають значення для діяльності. В межах норми увага неоднакова в різних людей. Вона змінюється в однієї і тієї самої особи залежно від інтересу до об'єкту, настрою, стану свідомості, втому, прийому алкоголю, наркотиків, ліків.

Увага – складна функція. В ній розрізняють низку якостей, а саме: об'єм; розподіл; перемикання; концентрація; стійкість.

Важливою якістю є об'єм уваги – можливість охопити низку об'єктів одночасно. З цією характеристикою пов'язаний розподіл уваги, що полягає в здатності одночасно стежити за об'єктами різної природи. Уміння розподілити увагу є індивідуальним, може поліпшуватися шляхом тренування.

Велике значення для психічної активності має здатність перемкнути увагу з одного об'єкта на інший. У нормі це відбувається цілеспрямовано, зі збереженням концентрації та стійкості.

Концентрація та стійкість уваги надають можливості зосередитися на тривалій час у певному напрямку. Недостатня стійкість уваги призводить до відволікання, неуважності.

4. Загальна характеристика розладів уваги.

Увага є формою організації психічних процесів, що проявляється вибірково (селективно), у певній концентрації та відносній стійкості. Як організуючий чинник активної поведінки, увага дає можливість зосередитися на об'єкті. Патологія уваги зустрічається практично у всіх психопатологічних синдромах і соматичних захворюваннях. До патології уваги відносять наступні порушення.

Спостерігаються такі форми порушення активності уваги.

Розсіяність – порушення здатності зберігати спрямованість уваги, при цьому страждає зосередженість. Увага стає нестійкою та переважно мимовільною.

Відволікання уваги – надмірна рухливість уваги, перемикання її з одного об'єкта на інший. Воно характерне для маніакальної фази маніакально-депресивного психозу. Зворотне явище – загальмованість уваги – спостерігається в депресивну фазу цього ж самого МДП, при хронічному епідемічному енцефаліті, інших органічних ураженнях головного мозку.

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

Виснаження уваги проявляється у швидкому прогресуванні послаблення її інтенсивності у процесі роботи при початковій достатньо високій здатності до зосередження. В результаті продуктивна робота протягом тривалого часу стає неможливою.

Звуження об'єму уваги – патологічне зосередження, зумовлене слабкістю розподілу, при якому змістом свідомості стають найближчі хворому враження та об'єкти, які мають ситуаційне або індивідуально-особистісне значення.

Апрозексія - повне випадіння уваги.

Виразене недоумство супроводжується повною дезінтеграцією активної уваги. Довше зберігається інтактною пасивна увага, коли хворий все ще повертається до джерела інтенсивного світла чи звуку.

Своєрідне спотворення уваги спостерігається при шизофренії. Хворий зосереджується на патологічних переживаннях (галюцинації, нав'язливі стани, маячні ідеї). В окремих випадках шизофренія супроводжується й загальним ослабленням уваги, її відволіканням, загальмованістю.

Запитання для самоконтролю

- 1. В яких випадках можливі розлади пам'яті?*
- 2. Які ви знаєте кількісні розлади пам'яті?*
- 3. Опишіть якісні порушення пам'яті.*
- 4. Які розлади уваги вам відомі?*
- 5. Коли спостерігаються розлади уваги?*

Тема 6. Розлади свідомості та самосвідомості

1. Загальна характеристика різних груп розладів свідомості.
2. Класифікація розладів свідомості. Непродуктивні та продуктивні розлади свідомості.

Література

1. Марилов В.В. Общая психопатология. – М., 2002. – С. 97-99
2. Левченко И.Ю. Патопсихология: Теория и практика. – М., 2000. – С. 66-71
3. Руководство по психиатрии / под ред. А.В.Снежневского. – М., 1985.

1. Загальна характеристика різних груп розладів свідомості.

Свідомість – функція головного мозку людини, що полягає у відображенні об'єктивних властивостей предметів і явищ навколишнього світу, процесів, що відбуваються у ньому та регулюванні взаємозв'язків людини з природою і соціальною дійсністю.

А.В. Снежневський розрізняв 4 ознаки ясної свідомості: адекватне, правильне сприйняття оточуючого світу (не ілюзорне, не маячне і т.д.); правильна орієнтація в місті, часі і оточуючих особах; послідовність мислення, відсутність явищ безладності, інкогеренції; збереження пам'яті, а також здатність до адекватного вербального та рефлекторного контакту. Якщо всі ці 4 ознаки мають зміни, то це свідчить про розлад свідомості.

У кожний конкретний момент душевне життя людини може мати різні ступені свідомості від повністю ясного до несвідомого стану. Не дивлячись на істотні розбіжності, синдроми потьмареної свідомості мають чотири загальних ознаки (К.Ясперс), які тією чи іншою мірою притаманні кожному з них: нечітке сприйняття оточуючої реальності; дезорієнтування в місці, часі і ситуації; різні варіанти порушення мислення; порушення пам'яті (хворий повністю або частково забуває те, що з ним відбувалося під час хворобливого стану). Окремо кожна з ознак ще не свідчить про порушення свідомості.

Порушення свідомості може наставати раптово або розвиватись поступово. Поступовому (наприклад, деліріозному) передують стан розгубленості, стрижень цього стану - гіперметаморфоз – стан надмірного відволікання, коли кожний новий подразник відразу привертає увагу хворого. Хворий втрачає домінуючу лінію поведінки, відбувається постійне переключення уваги, дії набувають хаотичного характеру. Цей синдром вперше був описаний Верніке. А.В.

2. Класифікація розладів свідомості.

I. Непсихотичні (непродуктивні) розлади свідомості. Ці розлади ще називають виключенням свідомості. Вони характеризуються одночасним порушенням раціонального і чуттєвого пізнання через виключення свідомості при ураженні стовбурової системи мозку. До них належать:

Оглушеність – при цьому стані до свідомості доходять тільки сильні (фізичні або психічні) подразники. Сприйняття оточуючого неясне, розмите, спогади різко обмежені або відсутні. Орієнтування в місці і часі різко порушене або відсутнє, емоції знижені. Рухова активність відсутня або ослаблена. Міміка

хворих невиразна. Вони звичайно сидять або лежать в одному положенні. Іноді спостерігаються явища ейфорії.

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

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

Сопор – синдром загального порушення свідомості. Хворі нерухомо лежать, іноді спостерігаються безладні рухи. Із зовнішніх подразників сприймаються тільки дуже сильні, наприклад, біль. Знижена рефлекторна діяльність. Можуть спостерігатися патологічні рефлекси, вегетативні порушення. Спогади на період сопору не зберігаються.

Кома – повна втрата свідомості, відсутність реакцій на зовнішні та внутрішні подразники, зникнення рефлексів.

II. Психотичні (продуктивні) розлади свідомості. Такі розлади ще називають потьмаренням свідомості. Вони характеризуються дезінтеграцією психічної діяльності внаслідок кіркових уражень.

Деліріозний синдром представлений масивною продуктивною психосимптоматикою. Спостерігаються множинні, рухомі, сюжетні галюцинації, переважно зорові, тактильні. Маячні ідеї відношення, переслідування нестійкі, пов'язані з галюцинаціями та ілюзіями метаморфозії. Емоційний стан і поведінка хворого відповідають змісту галюцинацій. Найчастіше делірійний синдром зустрічається при хронічному алкоголізмі (алкогольний делірій або біла гарячка).

Онейроїд - проявляється малочисельними галюцинаціями фантастичного надприродного змісту, в яких хворий не бере участі, але відчуває особливу відповідальність за все, що відбувається. Галюцинації змішуються з реальною дійсністю і складають єдине ціле (подвійне орієнтування). Реальність, як правило, знижена у своєму значенні або зовсім не сприймається хворим. Спостерігається ілюзорно-галюцинаторне сприйняття оточуючого світу, емоційне напруження (страх, чекання).

Аменція - характеризується грубим порушенням сприйняття та орієнтації, галюцинаціями, переважно слуховими, уривчастими маячними ідеями, фрагментарністю відображення навколишнього, аментивною мовною безладністю, руховим збудженням, почуттям страху, безпорадності та розгубленості. Після аментивного синдрому настає повна амнезія, рідше фрагментарні спогади. Аменція переважно виникає при соматичних захворюваннях з важким перебігом.

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

Сутінковий розлад свідомості має п'ять диференційних ознак:

1. короткотривалість - від декількох хвилин до декількох днів;
2. початок – виникають раптово, критично;

3. емоційне напруження, виразний афект гніву, злоби;
4. цілеспрямованість дій - вчинки послідовні, іноді навіть неможливо запідозрити порушення свідомості;
5. наявність гострого чуттєвого маячення або галюцинацій.

В залежності від переважання окремих складових компонентів сутінкової свідомості виділяють галюцинаторний, маячний та дисфоричний варіанти.

1. Маячний (параноїдний). Характеризується впорядкованою, послідовною поведінкою, але визначається чуттєвим маренням і напруженим афектом. Хворі часто можуть бути соціально небезпечними.
2. Галюцинаторний. В клінічній картині переважають галюцинації. Хворі збуджені, агресивні. Часто такий стан є проявом епілептичного еквіваленту.
3. Дисфоричний (орієнтований). Спостерігаються явища часткового орієнтування. Хворий елементарно орієнтується у місці та власній особистості, але при цьому також можливий напружений афект і агресивно руйнівні дії.

В якості різновиду сутінкових станів (сутінки із впорядкованою поведінкою) розрізняють наступні:

Амбулаторний автоматизм - знаходячись в сутінковому стані хворі виконують зовнішньо впорядковані дії, переїзять з місця на місце, іноді досить далеко. При цьому вони поводять себе адекватно ситуації, при необхідності контактують з оточуючими, але залишають враження дещо розгублених, зосереджених людей. Вчинки, що здійснюються в стані амбулаторного автоматизму, як правило, амнезуються.

Сомнамбулізм – стан зміненої свідомості, властивий амбулаторному автоматизму, який настає під час сну, коли хворий встає вночі з ліжка, виконує в квартирі або на вулиці ряд складних дій, проявляючи при цьому рухову спритність, в ряді випадків недоступну в нормальному стані, а потім засинає знову і вранці не пам'ятає цих подій.

Просонковий стан – легка форма розладу свідомості, яка нагадує стан, що виникає у людини, коли її раптом розбудити вночі і коли “Я” повернулося, але орієнтування в часі, місці і навколишньому середовищі ще немає. У здорової людини такий стан короткотривалий (секунди, хвилини), а у психічно хворих він зберігається надовго.

Транс – психічний розлад, що характеризується автоматичністю актів поведінки у стані потьмареної свідомості або звуженого поля свідомості.

Фуга – стан звуження поля свідомості. При цьому хворий, не усвідомлюючи навколишнього виконує (переважно збуджено) ряд дій, наприклад, кружляє на одному місці, кидається бігти, у тролейбусі знімає одяг тощо. Людина діє автоматично, безтямно.

Запитання для самоконтролю

1. *Опишіть ознаки ясної свідомості за Снежневським.*
2. *Які синдроми потьмареної свідомості вказує К.Ясперс?*
3. *Які ви знаєте непродуктивні порушення свідомості?*
4. *Опишіть продуктивні розлади свідомості.*
5. *Що таке сутінковий розлад свідомості? Які його різновиди?*

Тема 7. Емоційні та мотиваційно-вольові розлади

1. Патопсихологічний аналіз емоційного реагування, настрою.
2. Класифікація порушення емоцій.
3. Порушення волі та потягів. Імпульсивні потяги.

Література

1. Психіатрія / за ред. О.К. Напресенка, І.Й. Влох. – К., 2001.
2. Мариллов В.В. Общая психопатология: учеб. пособие. – М.: «Академия», 2002.

1. Патопсихологічний аналіз емоційного реагування, настрою.

Емоції - це переживання людиною ставлення до самого себе та оточення. Широкий діапазон людських почуттів охоплює як пов'язані із задоволенням біологічних потягів нижчі емоції, так і вищі, соціальні форми емоційної діяльності. Нижчі емоції (голоду, сексуального інстинкту, уникнення небезпеки та ін.) виникають за інстинктивних потреб. До вищих емоцій належать естетичні, інтелектуальні, моральні. Вищим почуттям властивий пізнавальний елемент, естетичні ж виникають у разі споглядання прекрасного (природи, творів мистецтва, красивих людей).

За тривалістю та інтенсивністю переживань виокремлюють емоційні стани - **настрій, пристрасть, афект**. Відносно тривале, стійке емоційне тло – позитивне чи негативне – називають настроєм. Сильне й тривале почуття називають пристрастю. Афект – короткочасна, з бурхливим перебігом емоція, яка супроводжується руховими і вегетативними проявами. Розрізняють фізіологічний та патологічний ефекти. Фізіологічний афект – емоційний вибух, зумовлений хвилюванням (гнів, відчай, страх тощо). За фізіологічного афекту, хоч який би він був сильний, людина здатна контролювати власні вчинки, усвідомлює їх і несе відповідальність за все, що може вчинити в такому стані.

Для здорових людей характерні емоційні коливання. Це свідчить про здатність реагувати на враження та переживання. Коливання настрою, афект стають патологічними, коли вони виражені такою мірою, що порушують цілеспрямованість психічної діяльності, призводять до втрати працездатності.

2. Класифікація порушення емоцій

Симптоми емоційних порушень.

1. Патологічне посилення емоцій (манія, депресія).

Манія (гіпертимія, маніакальний афект) - стійке підвищення настрою з посиленням потягів, активності, прискоренням мови та мислення. Для маніакального афекту характерні відчуття веселості, оптимізму, щастя, нестійкість та відволікання уваги, балакучість, загострення пам'яті. Помірно виражена манія називається гіпоманією.

Патологічне підвищення настрою може переходити **в ейфорію** - стан безпричинного щастя з відтінком безтурботності, пасивності, блаженства в поєднанні з підвищеним самопочуттям та браком активності. Ейфорія найчастіше спостерігається в стані алкогольного та наркотичного сп'яніння, під впливом хронічних інтоксикацій, при органічних психозах. Якщо уражено лобні частки

мозку, ейфорія поєднується з руховою розгальмованістю, безглуздою поведінкою, придуркуватістю, примітивними, вульгарними жартами, зниженням інтелекту (*морія*).

Підвищений настрій може набувати форми *екстазу-переживання* надзвичайного щастя, без прискореного перебігу психічних процесів та поживлення моторики. Такі хворі схильні до патетичних висловлювань. Екстаз може досягати найвищого ступеня захоплення й замилювання, які поєднуються зі скованістю рухів, заціпенінням. Стан екстазу спостерігається при епілепсії, шизофренії, істерії.

Депресія (гіпотимія, депресивний афект) – стан, коли хворий перебуває у пригніченому настрої, смутку, який супроводжується зниженням фізичної активності, загальмованістю мислення, з'являються думки про власну неспроможність, передчуття нещастя, дискомфорт з відчуттям тяжкості в грудній клітці, суїцидальні наміри та спроби. Самооцінка вкрай низька, переважно з відчуттям власної нікчемності, гріховності, втратою віри у власні сили. Сповільнення психічних процесів поєднується з ослабленням потягів, втратою апетиту, сну. Такий стан характерний для депресивної фази маніакально-депресивного психозу. За помірного прояву цих відхилень кажуть про субдепресію.

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

Дистимія – патологічно знижений, пригнічений настрій, який виникає безпричинно. Іноді саме дистимія є основною причиною суїцидальних думок, намірів, спроб.

2. До патологічного ослаблення емоцій належать емоційне сплющення, емоційна тупість, параліч емоцій, апатія.

Під **емоційним сплющенням** та **емоційною тупістю** розуміють, незворотну наростаючу недостатність яскравості емоційних проявів, втрату переживань, душевну холодність, байдужість, спустошення в емоційній сфері. Це поступове збіднення тонких емоційних реакцій, пропадання естетичних, моральних, етичних, інтелектуальних почуттів. Хворий втрачає здатність до співчуття, делікатності, проявляє грубу безцеремонність, емоційну холодність, байдужість до долі близьких людей. Таке емоційне порушення типове для шизофренії. Ці стани можуть супроводжуватися розгальмованістю потягів, брутальністю, агресивністю. Спостерігаються при шизофренії (простій формі), органічних ураженнях головного мозку.

Апатія – стан емоційної тупості байдужості, бездумності. Ніщо у хворого не викликає інтересу, емоцій, у тому числі й особиста життєва перспектива. Апатія буває наслідком тяжкої патології - шизофренії, пухлин мозку, атрофічних процесів у головному мозку, хвороб Піка, Альцгеймера.

Психотравмивні події надзвичайної сили (звістка про смерть близької людини, стихійне лихо із загибеллю людей, землетрус) можуть спричинити **параліч емоцій** – раптову втрату почуттів. Клінічна картина такого стану також полягає у повному зникненні інтересів, загальмуванні моторики, бездіяльності, бездумності, але, на відміну від апатії, параліч емоцій – короткочасний і оборотний, процес.

3. Порушення рухливості емоцій може проявлятися у формі їхньої надмірної лабільності, інертності.

Для **емоційної лабільності** характерні легкий, швидкий перехід від підвищеного настрою до зниженого і навпаки без явної причини. У дитинстві емоційна лабільність є фізіологічною нормою. Як патологія вона найчастіше спостерігається в істеричних осіб, а також після травм мозку. З будь-якого приводу може з'явитися бурхлива, афективна реакція з вегетативними розладами, руховим збудженням. Усвідомлюючи її неприродність, хворі досить швидко заспокоюються, визнають, що не змогли стриматися.

Емоційна лабільність, емоційна слабкість, слабкодухість – виражена нестійкість настрою: з найменшого приводу людина легко переходить від плачу до сміху і навпаки – від замилювання до гніву. Сльози чи сміх може зумовити якийсь спогад, перегляд мелодрами чи військових фільмів. Слабкодухість характерна для хворих із ураженням судин головного мозку, особливо атеросклеротичним.

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

Емоційна неадекватність (паратимія) – невідповідність характеру емоцій причині, яка їх зумовлює. Прикладом емоційної неадекватності може бути веселий настрій хворого при звістці про смерть близької людини. Той самий хворий виявив бурхливий гнів, коли йому поміняли старі тапочки на нові. Паратимія характерна для шизофренії.

При **амбівалентності емоцій** хворий одночасно переймається двома протилежними почуттями. Наприклад, любові й ненависті, жалю та жорстокості.

4. До порушень адекватності емоцій належить дисфорії – це немотивований сумно-злобний настрій з активним незадоволенням навколишніми або собою і вираженою екстрапунітивною поведінкою. Характерна висока дратівливість і афект злості, які спричинюють раптові безпричинні спалахи руйнівних реакцій та агресії до навколишніх. Хворий стає пригніченим, злостивим, похмурим. Надто чутливим до зовнішніх подразників, напруженим, гнівливим.

Патологічний афект має характер окресленого в часі нападу. Це короткочасне порушення психічної діяльності у вигляді бурхливої емоційної реакції з затьмаренням свідомості. Патологічний афект виникає при епілепсії, травматичному ураженні головного мозку, психопатії, під впливом різноманітних несприятливих чинників (алкогольне сп'яніння, психічна травма, перевтома). Подразник незначної сили спричинює таку емоційну реакцію, що хворий стає здатним до руйнівних та агресивних дій. Патологічний афект виникає раптово,

триває від кількох секунд до кількох хвилин (рідше годин) і закінчується глибоким сном з подальшою повною або частковою амнезією. У літературі, присвяченій проблемам психіатрії, часто йдеться про симптоми тривоги і страху.

Страх виражається у відчутті напруження з очікуванням небезпеки чи нещастя. Супроводжується прагненням уникнути небезпеки, втекти. Хворий сконцентрований на загрозі та небезпеці, які свідомо розпізнаються.

При **тривозі** відчуття небезпеки не має конкретного змісту. Це смуток, спрямований в майбутнє, хвилювання, неспокій, зумовлений безпричинними очікуваннями сильних неприємностей, катастрофи, яка відбудеться із самим хворим чи його близькими. Тривога може бути *ситуативно* зумовленою, пов'язаною з конкретною, часто перебільшеною життєвою ситуацією і дифузною, не пов'язаною з якимись конкретними фактами чи подіями. Тривога переважно супроводжується вираженими вегетативними реакціями, руховим збудженням, часто пов'язана з депресією і виступає в єдиному тривожно-депресивному синдромі при багатьох психічних та соматичних розладах, особливо в інволюційному періоді.

3. Порушення волі, потягів, інстинктів.

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

Потяг – це недостатньо усвідомлений внутрішній прояв потреби, що проявляється імпульсивним емоційним напруженням, що спонукає до дії, визначає поведінку людини до задоволення потреби. Те, що змушує людину до дії з метою задоволення її потреб, називається мотивацією. Потреби є внутрішнім, а мета зовнішнім проявом мотивації.

Гіпербулія – загострення, посилення волі – полягає в підвищеній діяльності, руховому неспокої, прискоренні та посиленні мовної продукції. Такі хворі хапаються за безліч справ, але жодної не доводять до кінця. Спостерігається при маніакальних станах, у осіб з психопатичними рисами особистості. Осередкове підвищення волі притаманне наркоманам, коли їм треба добути наркотичні речовини.

Гіпобулія – послаблення волі – проявляється зниженням вольової активності, спонукань, потягів і бажань. Моторика, міміка, пантоміміка, жестикуляція збіднені. Пацієнти не стежать за зовнішнім виглядом, одягом, схильні до самотності. Характерна для астеничних та депресивних станів, шизофренії, енцефаліту.

Абулія – повна втрата вольової активності, прагнень, спонукань до діяльності. Через втрату вольової діяльності інколи розгальмовуються автоматизовані та інстинктивні дії. Може досягти ступеня, коли у хворих залишаються лише дії, що вкрай потрібні для підтримки життєдіяльності.

Спостерігається загальмованість мимічних та пантомимічних рухів, мови. Означена патологія завжди поєднується зі зниженням або втратою почуттів, внаслідок чого формується апато-абулічний синдром. Абулія є типовим симптомом шизофренії, а також виникає як наслідок інших психічних недуг.

Парабулія – це спотворення вольової активності людини, коли змінюються не тільки вольові дії, але й автоматизовані та інстинктивні.

Розлади потягів виявляються непереборним прагненням, що оволодіває хворим усупереч здоровому глузду, почуттям та волі, виконати безглузді дії. До них належать: дромоманія – непереборний потяг, без будь-якої мотивації до бродяжництва; піроманія – пристрасть до підпалювання без будь-яких мотивів; kleptomанія – бажання красти зовсім непотрібні речі без будь-якої мотивації, стимулів і зацікавлення; міфоманія – потяг до обману, брехні, вигадок, фантазій (без розладу пам'яті); арифмоманія – непереборне, нав'язливе бажання рахувати будь-які предмети; дипсоманія – раптовий, непереборний потяг до алкоголю, періодичні запої; копролалія – непереборний потяг говорити непристойності, цинічно лягтися. Імпульсивні розлади потягів спостерігаються у психопатичних особистостей при неврозі, на початку розвитку шизофренії.

Хворобливі розлади харчового інстинкту проявляються його посиленням – поліфагія, булімія (надмірне поїдання їжі). Спостерігаються вони при невротичних станах, шизофренії, органічних ураженнях головного мозку. Для ослаблення харчового потягу (анорексії) характерна відмова від їжі. Інколи поліфагію змінює анорексія, що спостерігається при нервовій анорексії. Ослаблення харчового інстинкту супроводжує депресивні й астеничні стани, шизофренію, тривалі соматичні захворювання.

Спотворення харчового інстинкту називається копрофагією. Хворі їдять неїстівне (кал, землю, п'ють сечу тощо). Це патологічне явище буває при розумовій відсталості, деменції, органічних ураженнях головного мозку.

Розлади інстинкту самозбереження проявляються його посиленням, ослабленням і спотворенням. Посилення цього інстинкту виражається агресивними або панічними реакціями, немотивованими скаргами, суїцидальними намірами, тенденціями та вчинками. Спотворення інстинкту самозбереження проявляється психомоторним збудженням з нанесенням самопошкоджень. Ці розлади бувають в осіб з психопатичною структурою особистості, у хворих на шизофренію.

Розлади статевого інстинкту виявляються гіперсексуальністю (у чоловіків сатириаз, у жінок - німфоманія), гіпосексуальністю, або ж ослабленням лібідо, та статевими збоченнями (статеві перверзії, парафілія). Гіперсексуальність спостерігається при маніакальних станах, органічних ураженнях головного прогресивному паралічі, старечому недоумстві, епідемічному енцефаліті, олігофренії. Гіпосексуальність супроводжує депресивні й астеничні стани, неврози, шизофренію.

Запитання для самоконтролю

- 1. Яка є класифікація емоцій за тривалістю та інтенсивністю переживань?*
- 2. Опишіть розлади емоційної сфери.*
- 3. Які порушення волі, потягів та інстинктів ви знаєте?*

Тема 8. Патопсихологічні синдроми

1. Шизофренічний патопсихологічний синдром.
2. Олігофренічний патопсихологічний синдром.
3. Екзогенно-органічний патопсихологічний синдром.
4. Ендогенно-органічний (епілептичний) патопсихологічний синдром.
5. Особистісно-аномальний (психопатичний) синдром.
6. Невротичний синдром.

Література

1. Клінічна психодіагностика: Практикум / М.В.Миколайський. – Івано-Франківськ, 2006.
2. Блейхер В.М., Крук І.В., Боков Н.С. Клінічна патопсихологія. – М., «МОДЭК», 2002

1. Шизофренічний патопсихологічний синдром.

Шизофренія (від гр. *shcizo* - розщеплюю, *frēn* – душа) - це ендогенне прогресивне (процесуальне) психічне захворювання, яке зазвичай дебютує у молодому, а також дитячому віці і характеризується як основними (негативними), дефіцитарними розладами - апатією, аутизмом, дисоціацією психічної діяльності, так і додатковими (позитивними) - маренням, ілюзіями і галюцинаціями, рухово-вольовими, а також афективними симптомами. Захворювання досить поширене, причому, його справжня частота невідома, оскільки частина хворих ніколи не потрапляє до лікарні.

Психопатологічні прояви шизофренії різноманітні, строкаті, нерідко полюсні за своїм характером. Деякі з них найчастіше спостерігаються в початковому або "гострому" періоді хвороби, інші - при повільному перебігу захворювання, ще інші – при так званому дефекті. Внаслідок тенденції хвороби до прогресуючого перебігу (безперервного злоякісного або повільного, приступоподібного (епізодичного) або періодичного (ремітуючого), різні "негативні" і "позитивні" симптоми можуть з'являтися, зникати, а потім виникати знову і т.д.

Залежно від особливостей клінічної симптоматики, розрізняють **параноїдальну, гебефренічну, кататонічну, просту** та інші форми шизофренії.

Дитяча шизофренія найчастіше починається в період першої вікової кризи (2,5 - 3 роки), рідше - у віці 5-7 років і ще рідше пізніше. Перебіг, як правило, безперервний, без ремісій (повільно або злоякісно) із загостренням у наступному критичному віковому періоді. Діагностика дитячої шизофренії повинна будуватись на наявності обов'язкової (специфічної, негативної) симптоматики (розщеплення, аутизм, втрата психічної активності й емоційної адекватності); психологічно незрозумілої поведінки; прогресуючої динаміки з наростанням більш або менш вираженого емоційно-вольового дефекту при відсутності такого в інтелектуальній сфері, а також включень, хоча і малоспецифічних, продуктивних симптомів (галюцинацій, маячіння, кататонічних).

Одночасно із порушенням мовного й емоційного контакту виникає і регрес мови (збіднення, порушення структури мовних складів, інтонацій, ехолалії, персерверації, незрозумілі неологізми), які на початку носять зворотній характер (дитина може деколи вимовляти і складні слова, фрази). При злоякісному протіканні хвороби може відбутися і повна втрата мови. Інші регресивні симптоми у вигляді втрати вікових навичок і заміни їх більш примітивними і викривленими (стереотипії, атетозноподібні рухи, розгойдування) мають діагностичне значення в поєднанні з неадекватністю реакцій на оточуюче, дисоціацією мовлення і поведінки. Неадекватність емоцій проявляється у відсутності страху перед реальною загрозою і психологічно нез'ясованою тривогою з приводу звичних речей, власних фантазій, подвійним відношенням до матері, близьких. Невмотивовані, безпредметні страхи у дітей можуть бути єдиним проявом продуктивної симптоматики. Порушується сон. Фантазії дитини залишаються відірваними від реальності, нерідко з елементами спотворення потягів.

Дефект при ранньому початку шизофренії, злоякісному її протіканні набуває "псевдоолігофренічного" характеру, оскільки через різку психічну дезорганізацію порушується формування вищих форм понятійно-логічного мислення, мови, необхідних навичок і спілкування. В інших випадках переважають симптоми зміни особистості (дисоціативний дефект), інфантилізація психіки з дитячою поведінкою, негативною симптоматикою.

Порушення пізнавальної діяльності нерідко починаються з розладів сприйняття. Одним з них є розлад відчуття знайомості навколишнього - "*сторонність*", "*відчуженість*" *добре знайомого* та звичного і, навпаки, "*знайомість*" *уперше побаченого*, - що найчастіше спостерігається в "гострих станах", особливо при онейроїдному порушенні свідомості. Нерідко відмічають у цих станах також *метаморфозії та ілюзії, утруднення перцепції цілісного образу*.

Найчастішими при шизофренії є *галюцинації* різного характеру і ступеня розвитку. Найтиповішими з них вважають слухові – від елементарних (акозми, шуми, гудки, тріск, шелест, шипіння) до цілком оформлених, схожих на реальні слова і фрази, що здебільшого безпосередньо стосуються хворого і мають іноді форму наказів ("імперативні").

Порушення мислення є найтиповішим для шизофренії. Воно виявляється у своєрідних змінах, що мають назву *розірваності мислення* і мови. Ці явища можуть стосуватися лише змісту при збереженні граматичних і синтаксичних форм, супроводжуватися втратою послідовності, цілеспрямованості, логічності суджень, схильністю до абстракції і символіки, утворення нових понять (неологізмів), одночасним існуванням протилежних за спрямованістю думок.

Розщеплення мислення виявляється також у *резонерстві* – безплідному словесному мудруванні, по суті, позбавленого чіткого змісту, але із своєрідним емоційним захопленням.

У міру наростання хвороби, при її тривалому перебігу і великій тяжкості процесу, а також у станах дефекту спостерігається повний розпад мислення й мови, внаслідок чого порушуються не тільки їх змістові, а й синтаксичні і граматичні закони. У таких випадках, коли мова абсолютно безладна, її називають "*словесною мішаниною*".

Емоційні порушення при шизофренії також дуже різноманітні. Для хворих є характерною *неадекватність емоцій* як вияв "розщеплення" в емоційній сфері. Цей симптом називається *паратимією*. Іноді він супроводиться *парамімією* (тобто міміка не відповідає змістові слів та емоцій). Для шизофренії дуже характерна *манерність* міміки і пантоміміки.

Найхарактернішим для шизофренії, особливо для її форм із тривалим перебігом, є зниження емоцій, яке часто досягає *емоційної тупості*. Нерідко, однак, цей симптом буває найпершим, особливо при повільному розвитку захворювання, коли зберігається критичне ставлення до свого емоційного дефекту, що нерідко є причиною самогубств, зокрема "непояснених", "безмовних".

Загальна поведінка (вольова діяльність) хворих на шизофренію - як інстинктивна, так і цілеспрямована - різко порушується. Нерідко спочатку, а іноді й протягом усього захворювання хворий усамітнюється, перестає чим-небудь цікавитися, не вмивається, не купається, не їсть і т.п. Такий стан називають *аутизмом*, причому цей термін звичайно розуміють як ігнорування реальності і вияв "життя в самому собі" (Є. Блейлер), хоч це далеко не завжди відповідає дійсності; іноді аутизм маскує маячні ідеї, приховувані від усіх.

Найтипніше для хворих - це незрозуміла поведінка, відсутність звичайних логічних мотивувань. Дивують нерідко безглузді вчинки навіть тих хворих, у яких достатньо збережені формальні інтелектуальні функції. У гострих станах часто спостерігається кататонічне і алюцинаторно-маячне збудження, мовне і рухове, її ж тільки рухове з мовним мутизмом, а також імпульсивність, агресивність тощо. Нерідко бувають порушення активності в бік її різкого зниження, аж до ступору, а також її викривлення, і виявляються в ряді кататонічних симптомів (негативізм активний або пасивний).

Шизофренічний патопсихологічний синдром складається з таких симптомів:

- порушення структури та ієрархії мотивів,
- розлади мисленнєвої діяльності;
- порушення цілеспрямованості мислення (резонерство, різноплановість, "зісковзування", неадекватність асоціацій, "пуста символіка" при збереженні операційної сторона;
- емоційні розлади (апатія, сплоснення і неадекватність емоційних проявів);
- зміна самооцінки і самосвідомості (аутизм, відчуженість).

Шизофренічне резонерство (безплідне мудрування) може бути спровоковане виконанням будь-якого завдання або запитаннями експериментатора. Характерними ознаками резонерства при шизофренії є втрата цілеспрямованості мислення ("сковзання", різноплановість), неадекватний вибір предмету обміркування, схильність до великих узагальнень з приводу незначних об'єктів судження, багатослівність, багатозначність і недоречний пафос висловлювань.

Непродуктивність мислення є проявом порушення цілеспрямованості мислення і виявляється за особливостями проведення хворими шизофренією

класифікації і вилучення. При дослідженні цими методами спостерігається викривлення, перекручування процесів узагальнення: розприділення карточок на групи проводиться хворими надмірно узагальнено, без зв'язку з реальним змістом явищ, за несуттєвими, незвичними, неадекватними ознаками (наприклад, за закінченнях слів), або різними неспівставними критеріями. Разом з тим, виконання окремих, достатньо складних завдань свідчить про збережений інтелектуальний рівень.

Різноплановість мислення виявляється методиками, в яких передбачається виконання цілого ряду аналогічних завдань (класифікація, вилучення, пояснення приказок визначення понять) і проявляється виконанням одного і того ж завдання в різних варіантах, при цьому один з них може бути іноді вірним.

"*Зісковзування*" проявляється тоді, коли хворий вірно вирішуючи завдання чи вірно міркуючи про якийсь предмет, раптово збивається з вірного ходу думки, по неправильній, неадекватній асоціації, а далі здатний виконувати завдання послідовно, не виправляючи допущеної помилки. Ці "зісковзування" у хворих шизофренією виникають не в зв'язку з виснажуваністю, а зумовлені своєрідним порушенням асоціативного процесу і переважно не підлягає корекції, оскільки хворий відстоює своє рішення, приводячи паралогічні, резонерські мотивації.

Неадекватність асоціацій проявляється в тому, що мовна реакція хворих в асоціативному експерименті не зв'язана з словом-подразником, а яким-небудь стороннім подразником (звуковим, зоровим), або спостерігається атактична мовна реакція (наприклад, відповіді ехолалічні, за співзвучністю, зв'язані з маячними ідеями і т. п.).

Неадекватні асоціації виявляються також в піктограмах хворих шизофренією, коли вибір образів для запам'ятовування неадекватний за змістом ("справедливість" - склянка або стовп), або спостерігається беззмістовний, формальний, або викривлений спосіб відображення дійсності (використовуються тільки крапки, лінії, числа, геометричні фігури, абстрактні значки - "пуста символіка"). Множинний тип вибору, коли для опосередкування вибираються декілька предметів з розпливчастим і символічним поясненням, також характерний для шизофренії і відображає порушення цілеспрямованості психічних процесів.

Порушення мотиваційного компонента у сприйманні хворих шизофренією вдається виявити в умовах різної мотивації, яка створюється з допомогою різних інструкцій при невизначеності зображення (наприклад, група схвильованих жінок, або плями Роршаха, нечіткі зображення квітів і ін.)-

Хворі шизофренією, не дивлячись на інтелектуальну спрямованість дослідження, не проявляють зацікавленості завданням, не реагують на оцінку експериментатора, не коригують помилки. Їх діяльність формальна, без пошукової активності, вираженої у здорових. Іноді судження хворих беззмістовні, відірвані від реальної ситуації, багатослівні, резонерські.

Афективно-особистісні особливості хворих шизофренією спостерігаються в процесі експериментально-психологічного дослідження: хворі часто байдуже ставляться до завдання, не реагують на успіх, невдачу чи зауваження експериментатора.

Емоційне зниження у хворих шизофренією виявляється також при пред'явленні їм гумористичних малюнків. Порушення почуття гумору досить різноманітні: іноді вони носять парціальний характер – окремі гумористичні малюнки інтерпретуються вірно, тоді як інші сприймаються формально, поверхнево; не схоплюється комізм ситуації, часом комічними сприймаються індиферентні елементи сюжету.

2. Олігофренічний патопсихологічний синдром

Олігофренія (розумова відсталість, природжене недоумство, недорозвинення інтелекту) є збіркою різних за етіологією, патогенезом та клінічним проявом непрогресивних патологічних станів, загальною ознакою яких є наявність вродженого чи набутого в ранньому дитинстві загального та психічного недорозвинення з переважанням інтелектуального дефекту.

Розумова відсталість (олігофренія) – стан проявляється порушенням здібностей, які забезпечують загальний рівень інтелектуальності, тобто когнітивних, мовних, моторних і соціальних здібностей. Враховуючи можливість більш високої продуктивності в одній окремій сфері (наприклад, механічній пам'яті, зорово-просторових завданнях), визначення ступеня розумової відсталості (дебільність, імбецильність, ідіотія) повинно проводитись за всією доступною інформацією, включаючи клінічні дані, адаптивну поведінку, результати експериментально-психологічного, в числі психометричного тестування.

Легка розумова відсталість (дебільність, легка IQ - 50-69), набувають мовних навичок із затримкою, можуть використовувати мову в повсякденному житті, підтримувати розмову і брати участь в клінічному розпитуванні. Більшість з них досягають повної незалежності в самообслуговуванні (приймання їжі, одягання, вмивання, контроль за функціями кишечника і сечового міхура). Основні пробними виникають в сфері шкільної успішності, але освіта в умовах спеціалізованих допоміжних шкіл може дати певні позитивні результати. У багатьох випадках можливе трудовлаштування у сфері некваліфікованої або напівкваліфікованої ручної праці. При помітній емоційній і соціальній незрілості спостерігається непридатність до сімейного життя або виховання дітей, труднощі адаптації до культурних традицій і норм. Емоційно вперті, збудливі, загальмовані або адекватні.

Помірна розумова відсталість (помірна імбецильність, помірна олігофренія, IQ - 35-49) - у таких осіб розуміння і використання мови значно обмежене (впізнають і вимовляють букви, склади, розуміють прості слова, фрази з 2-3 слів), у зв'язку з чим освітні програми можуть дати можливість таким дітям засвоїти при навчанні невеликий об'єм матеріалу. У зрілому віці придатні до простої фізичної роботи під наглядом. Дуже рідко придатні до самостійного проживання, але можуть встановлювати контакти, спілкуватися з іншими людьми і брати участь в елементарних соціальних заняттях.

Тяжка розумова відсталість (різко виражена імбецильність, тяжка олігофренія, IQ - 20-34) за клінічними проявами подібна з помірною розумовою відсталістю. Мова бідна, слова з повсякденного вжитку, також засвоюють окремі

навики самообслуговування, у більшості хворих спостерігаються виражені моторні розлади і вади розвитку ЦНС.

Глибока розумова відсталість (ідіотія, глибока олігофренія, IQ нижче 20) - пацієнти дуже обмежені у здібностях розуміти і виконувати інструкції. Більшість обмежені в рухомості і не засвоюють навички ходи, мова відсутня, не придатні до елементарного самообслуговування, стереотипні розгойдування в моториці, потребують постійного догляду і допомоги, не придатні турбуватися про свої основні потреби, знаходяться в будинках-інтернатах.

Для діагностики розумової відсталості, особливо легкого та помірною ступенів, треба, крім опису клінічної картини, застосовувати шкільний, соціальний та психометричний критерій.

Шкільний критерій. Діти з легким ступенів розумової відсталості можуть навчатися в школі або відстають від ровесників на два роки до дев'ятирічного віку і на три - після дев'яти.

Соціальний критерій. Слід оцінити можливість самостійно існувати, забезпечити своє життя. Особи в стані легкої розумової відсталості можуть працювати самостійно, у стані помірної - виконувати нескладну роботу під контролем інших.

Психометричний критерій. Визначають інтелектуальний коефіцієнт за допомогою патопсихологічних тестів.

Олігофренічний патопсихологічний синдром (розумової відсталості) включає такі розлади: нездатність до навчання і формування понять, дефіцит інтелекту, дефіцит загальних відомостей і знань, примітивність і конкретність мислення, нездатність до абстрагування, підвищена навіюваність, емоційні розлади (недорозвиток почуттів).

Встановити характер і важкість розумової відсталості можна як з допомогою психометричних методів вимірюванню коефіцієнта інтелекту тестів Векслера або Равена, Біне-Сімона, так і за результатами експериментального дослідження операцій сприймання, мислення, уваги, пам'яті.

Недорозвиток сприймання. при розумовій відсталості виявляється при короткочасному показі сюжетних кольорових малюнків, незавершених зображень. Сповільнення зорового сприймання проявляється в тому, короткочасний показ малюнка не дозволяє розумово відсталому впізнати зображення. Розумово відсталі "бачать" на одному і тому ж малюнку менше предметів між психічно здорові, що свідчить про звужений об'єм зорового сприймання.

Виражена недиференційованість сприймання проявляється в нездатності розрізняти вирази облич, кольори або перспективу на малюнках. Розумово відсталі не прагнуть розглянути малюнок у всіх деталях, не впізнають перевернені, контурні, накладені, незавершені зображення, що свідчить про *інактивність сприймання*.

Порушення операційної сторони мислення: (низький рівень процесу узагальнення - в мисленні переважають конкретні зв'язки між предметами (конкретність мислення), які замінюють загальні ознаки, втрачається здатність до абстрагування, розуміння і утворення складних понять) виявляється при

патопсихологічному дослідженні за методами "Класифікація предметів", "Вилучення предметів і слів", "Суттєві ознаки", "Прості аналогії", "Порівняння понять", "Пояснення прислів'їв і метафор", "Розуміння змісту сюжетних малюнків та оповідань", "Встановлення послідовності подій".

Порушення уваги при розумовій відсталості (олігофренії) характеризується її малим об'ємом і важністю переключення з одного виду діяльності на інший, що можна виявити методом запам'ятовування слів або образів чи методом Шульте.

Порушення пам'яті необхідно оцінювати при аналізі співвідношення результатів дослідження механічної (заучування 10 слів) і смислово-логічної (асоціативної) пам'яті.

З метою виявлення ступеня дебільності використовуються методики, які передбачають можливість корекції, щоб виявити ефективність підказки в процесі експерименту. Можливість перенесення вже засвоєного досліджуваним досвіду на виконання аналогічних завдань набуває особливе значення у встановленні ступеня вираженості дебільності і визначається за допомогою різних методик (наприклад, дослідження рівня узагальнення і абстракції, порівняння понять). Таке дослідження характеризує можливість розумового розвитку дитини ("зона найближчого розвитку" за Виготським (1934), яка визначається переходом від того, що вона вміє робити самостійно до того, що вона в стані робити з допомогою дослідника.

З цією метою використовується *методика навчаючого експерименту*. А.Я. Іванова перетворила методику Кооса в навчаючий експеримент. Для орієнтації дитині пропонується фігура № 1. Якщо вона не справляється з завданням складання фігури за зразком, дослідник сам виконує роботу на очах дитини. Навчання починається з фігури № 3. Перший урок - дослідник повертає кубики потрібною стороною догори. Другий урок - дослідник складає фігурки на очах у хворого і, зруйнувавши зроблене, пропонує дитині самій виконати завдання. Третій урок - детально розповідається, пояснюється і показується як потрібно складати фігуру. Якщо завдання виконано, дитині пропонують скласти фігуру № 4 для встановлення можливості переносу способу дії.

Діти з інтелектуальною відсталістю відрізняються пасивною орієнтацією на першому етапі навчального експерименту, великою кількістю навчаючих уроків, пониженою здатністю до логічного перенесення навиків на нове завдання.

Одним із експертних завдань психолога є розмежування олігофренії (легкої розумової відсталості – дебільності) від затримки психічного розвитку при вирішенні питання про направлення на навчання в допоміжні спеціалізовані школи.

Затримка психічного розвитку (ЗПР) – межовий стан між нормою і дебільністю, який характеризується сповільненням темпу розвитку психіки дитини і проявляється в недостатності загального запасу знань, незрілістю мислення, переважанням ігрових інтересів, швидким пересиченням в інтелектуальній діяльності.

Виділяють декілька типів ЗПР залежно від їх походження, а саме:

а) *гармонійний психофізичний інфантилізм* конституційного походження часто зустрічається в інших членів сім'ї. При цьому типі дитина відстає від ровесників також і у фізичному розвитку (рості, вазі). Затримка в основному проявляється недостатністю довільної регуляції діяльності, мислення, уваги (емоційно-вольової сфери особистості);

б) *органічний інфантилізм* виникає на основі перенесених у ранньому дитинстві органічних уражень головного мозку (травм, інфекцій).

У таких дітей, крім незрілості емоційно-вольової сфери, спостерігаються характерні риси органічного ураження ЦНС: інертність психічних процесів, незграбність моторики. В одних дітей з органічним інфантилізмом переважає підвищений фон настрою з руховою розгальмованістю, непосидючістю, недисциплінованістю. В інших – переважання загальмованості і тривожності, що формує шкільну тривожність: вони тяжко переживають свої невдачі в навчанні, на "уроках дисципліновані, але бояться відповідати перед класом біля дошки. У підлітковому віці при цьому типі ЗПР можлива поява розладів соціальної адаптації, втечі з дому і школи.

в) *церебрально-органічна затримка* психічного розвитку більшою мірою стосується пізнавальної сфери, а не емоційно-вольової. При патопсихологічному дослідженні спостерігається рухова розгальмованість, недостатнє розуміння інструкцій, виражена виснаженість психічних процесів, недостатні об'єм і концентрація уваги, слабкорозвинена пам'ять, особливо запам'ятовування вербального матеріалу, сповільнений темп сенсомоторики, порушена точна координація рухів. Спостерігається бідність словникового запасу, дефекту мови й емоційні порушення (прояви грубості, імпульсивності, розгальмованості).

При цьому типі можливі також симптоми вогнищового ураження ЦНС: агнозії - розлади сприйняття, труднощі просторового сприймання.

г) *соматогенна затримка психічного розвитку* може виникнути у дітей дошкільного віку при важких соматичних захворюваннях (пневмонії, хірургічні втручання), які повторюються часто, коли дитина не може засвоїти необхідних умінь і навичок дошкільного віку. При патопсихологічному обстеженні виявляється, що пам'ять та інтелектуальні здібності незначно порушені, а на перший план виступає виснаженість, порушення концентрації уваги, емоційна лабільність (при невдачах плачуть, не можуть виконувати завдання, розвивається шкільна тривожність, самооцінка занижена).

При тривалому перебуванні дитини без матері в лікарні чи в "Домах дитини" в несприятливих умовах розвивається явище *госпіталізму*: дитина відчуває страх, самотність, а активні реакції протесту через деякий час змінюються пасивним, апатичним станом. У результаті сторонньої депривації у дітей виникає необхідність у самостимуляції: стереотипні розгойдування, смокчуть палець чи ковдру, можлива поява мастурбації.

д) *педагогічна і мікросоціальна занедбаність* – розвивається у дітей із здоровою нервовою системою і нормальними передумовами інтелектуального розвитку, які виховуються в несприятливих умовах (у сім'ях психічно хворих і розумово відсталих, в умовах гіпоопіки і бездоглядності, в сім'ях алкоголіків чи наркоманів).

При патопсихологічному обстеженні виявляється нормальна працездатність, пам'ять, увага. Однак відстає запас знань і навиків, необхідних в школі. При наданні допомоги діти придатні до нормального для свого віку навчання. У результаті несприятливого соціального оточення виникає соціальна незрілість, порушення інтересів, недостатність почуття обов'язку, небажання вчитися відвідувати школу.

3. Екзогенно-органічний патопсихологічний синдром

Екзогенно-органічний патопсихологічний синдром характеризується такими симптомами: *загальне зниження інтелекту, розпад раніше набутих відомостей і знань, розлади довготривалої і оперативної пам'яті, нестійкість уваги і виснажуваність розумової працездатності, порушення операційної сторона мислення з вираженою тенденцією до утворення ситуативних зв'язків, зміни емоційної сфери з афективною лабільністю і слабодухістю, суб'єктивна втомлюваність і коливання якості відповідей по мірі збільшення інтелектуального навантаження, зниження критики і самоконтролю.*

Цей синдром відображає психічні розлади з відомою етіологією, яка полягає в мозкових захворюваннях судинного, інфекційного, травматичного, інтоксикаційного або іншого походження.

В залежності від ступеня тяжкості патологічного процесу при екзогенно-органічному синдромі переважають два варіанти психічних розладів:

- а) межові функціонально-органічні розлади в формі неврозоподібних (астенічних і ін.) і психопатоподібних синдромів;
- б) переважання набутого слабоумства (деменції) з вираженими розладами пам'яті та інтелекту.

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

Розрізняють *лакунарну і тотальну* деменції.

Лакунарна деменція (парціальна, часткова) виявляється частковими дефектами інтелекту внаслідок зниження пам'яті. Людина стає малоздатною до операцій мислення. У цьому разі обмежуються асоціативні зв'язки, що призводить до недостатності кмітливості. При лакунарній деменції спостерігається емоційна нестійкість, зниження працездатності, але зберігаються до певної міри професійні навички. На початку розвитку лакунарної деменції особистість хворого та критичне ставлення до його власного психічного стану збережені. Лакунарна деменція буває при судинних захворюваннях, черепно-мозковій травмі, сифілітичному ураженні головного мозку та ін.

Тотальна деменція (глобальна, дифузна) виявляється зниженням усіх форм пізнавальної діяльності. Хворий поступово втрачає здатність користуватися операціями мислення, критично оцінювати свій стан, вчинки, а також навколишній світ. Відбувається загальне (глобальне) зниження розумової діяльності із розпадом ядра особистості. Глибоко порушується пам'ять на поточні та минулі події. Нерідко буває ейфорія. Хворий не здатний до цілеспрямованої

діяльності, потребує догляду й нагляду. Тотальна деменція розвивається при старечому недоумстві, прогресивному паралічі, хворобах Альцгеймера, Піка та ін.

У структурі деменції спостерігаються такі особливості когнітивних розладів:

1) порушення короткотривалої і довготривалої пам'яті: низький об'єм, несправжні спогади (конфабуляції), іноді (при церебральному атеросклерозі) механічне запам'ятовування (10 слів) менше збережене в порівнянні з смислово-логічним (у пробі на асоціативну пам'ять);

2) порушення операційної сторони мислення проявляється помітним зниженням рівня узагальнення, ладами абстрактного мислення (нездатністю знайти подібність і відмінність між спорідненими словами, утрудненням при визначенні понять та ін.);

3) інші розлади вищих нервових функцій, такі як афазія (розлад мовлення), апраксія (неспроможність здійснювати рухи, пов'язані із звичною діяльністю), агнозія (нездатність упізнавати предмети) характерні для локально-органічного ураження певних структур головного мозку.

Отже, екзогенно-органічний патопсихологічний синдром включає в себе цілий ряд вищенаведених характерних розладів когнітивної, емоційної і мотиваційної сфер, особливості структури якого обумовлені тяжкістю перебігу мозкового патологічного процесу (астенія, психопатизація, деменція).

Виснажуваність психічних процесів, як характерна ознака астенії, проявляється в зниженні інтелектуальної працездатності під кінець виконуваного хворим завдання. Така закономірність виявляється при експериментально-патопсихологічному дослідженні уваги, пам'яті, інтелектуальної працездатності і функції мислення.

Розлади інтелектуальних процесів також виявляють при патопсихологічному дослідженні пам'яті, мислення, критичних здібностей з допомогою відповідних якісних і кількісних експериментальних методів.

4. Ендогенно-органічний (епілептичний) патопсихологічний синдром

Епілепсія (гр. *epilepsia* - схоплюю) – поліетіологічне монопатогенетичне прогресивне нервово-психічне захворювання. Характеризується воно судомними й безсудомними психічними нападами (пароксизмами), що повторюються, а також специфічними хронічними стійкими порушеннями психіки (змінami особистості). Саме повторні напади є її основою. Напад виникає на фоні повного здоров'я або під час різкого загострення хронічного процесу й виявляється скороминучими моторними і сенсорними або психічними ознаками.

Напади епілепсії характеризуються: а) раптовістю виникнення і припинення; б) короткочасністю; в) стереотипністю; г) повторюваністю.

Великі судомні напади можуть мати характер первинно- і вторинногенералізованих. Первинногенералізовані великі судомні напади характеризуються: раптовою непритомністю, падінням (найчастіше вперед); фазою тонічних судом (до 30 с) із загальним напруженням усіх м'язів. Можуть бути прикушування язика. Фаза клонічних судом (1-2 хв.) завершується стадією постнападного оглушення. Розвитку нападу можуть передувати віддалені (1-2 доби) або ближні (від 1 год. до 30 хв.) провісники у вигляді слабкості, загального

нездужання, розбитості, головного болю, зниження настрою, дратливості. У 50 % випадків напади починаються з аури (грец. аура - подув вітру), що виявляється швидкоплинними сенсорними (звук, світло, запах, заніміння, тепло, холод та ін.), моторними (судомні посмикування), сомато-вегетативними (нудота, пітливість, почервоніння), психічними (тривога, страх) феноменами. Фаза тонічних судом супроводжується затримкою дихання, блідістю, а потім ціанозом. Зіниці на світло не реагують, можуть бути мимовільні сечовипускання і дефекація. Після нападу – повна амнезія, головний біль, дистимічний настрій.

Нерідко судомні напади бувають атиповими і виявляються абортивно, тільки з тонічною або клонічною фазою судом, іноді - з послабленням м'язів, без судом. Великі судомні напади, що настають один за одним, і хворий не встигає опритомніти, називають епілептичним статусом. *До малих нападів належать:*

а) простий абсанс (2-15 сек) із непритомністю, застиглим поглядом, але без порушення статики;

б) складний абсанс - окрім короткочасної непритомності спостерігається зміна тону тих чи інших м'язів (обличчя, шиї). При цьому розрізняють атонічний, міотонічний вегетативний абсанси;

в) пікнолептичні напади - короткочасна непритомність із блідістю шкіри обличчя, слинотечею. Рухи спрямовані назад.

Парціальні психічні напади пов'язують з нейронними розрядами у скроневій або лобовій частках, з афективною і когнітивною симптоматикою. Для нападів з *афективною симптоматикою* характерні короткочасність (секунди, хвилини), емоційні переживання - від легких до різко виражених (страх, тривога, депресія, гнів). *Когнітивні пароксизми* - це відчуття нереальності того, що відбувається або самого себе (відчуття вже баченого або ж ніколи не баченого, дереалізація і ін.)

Безсудомні форми пароксизмів (психічні еквіваленти) проявляються якісними змінами свідомості (присмеркові, сноподібні стани із фантастичним мрійним маячінням, амбулаторні автоматизми) і без її розладів (афективні пароксизми, каталептичні, психомоторні та ін.). *Дисфорія* при епілепсії характеризується пароксизмальними розладами настрою з різними відтінками злосливо-гнівного афекту.

Стійкі порушення психіки у сфері характеру й інтелекту вважають специфічно епілептичними і розглядають як важливу діагностичну ознаку епілепсії. Порушення характеру вирізняються полярністю емоційно-вольових реакцій. Звуження кола зацікавлень, егоцентризм, експлозивність та агресивні дії з актами жорстокості, солодкавою догідливістю. Хворим властива підкреслена акуратність, нерідко - карикатурний педантизм щодо порядку в своєму домі, на робочому місці. Улесливість, підвищена чутливість і ранимість, солодкавість поєднуються із злостивістю й недобррозичливістю, злопам'ятністю.

Діапазон стійких порушень психіки при епілепсії широкий - від легких епілептичних змін особистості до переважання в клініці специфічного інтелектуального дефекту - епілептичного слабоумства (деменції у 11-24% хворих) з вираженими розладами пам'яті, абстрактного мислення, олігофазією (малослів'ям), сповільненням рухомості (інертністю) психічних процесів,

звуження об'єму і деталізуючий тип сприйняття; трудність переключення уваги; зниження темпу асоціативного процесу, в'язкість, малорухливість мислення).

Ендогенно-органічний (епілептичний) патопсихологічний синдром включає такі психічні розлади: *інертність і порушення рухомості психічних процесів (сповільнення, в'язкість мислення, деталізація), порушення операційної сторони мислення (зниження рівня процесів узагальнення і абстракцій) та цілеспрямованість мислення (особливе епілептичне резонерство), загальне зниження пам'яті і інтелекту, порушення критики і самоконтролю, характерні емоційно-особистісні зміни (егоцентризм, полярність і вибуховість емоцій, патологічний педантизм, гіперсоціальність).*

Сповільнення темпу психічних процесів виявляють при дослідженні таблицями Шульте: хворі епілепсією витрачають на одну таблицю 1,5-3 хвилини, тоді як здорові - 40-50 секунд.

Інертність і порушення рухомості психічних процесів можна виявити методом поперемінного називання пар живих і неживих предметів. Хворі епілепсією при виконанні такого завдання обмежуються назвами предметів в межах одного поняття (наприклад, називаються тільки домашні тварини, або тільки посуд і т. п.), часто повторюються одні і ті ж слова, неправильно чергують пари слів.

В'язкість мислення виявляється особливо виразно в словесному (асоціативному) експерименті, в якому аналізується характер мовних реакцій-відповідей і швидкість їх виникнення на слова-подразники. Про інертність психічних процесів свідчить збільшення латентного періоду, часті ехолалічні реакції, одноманітне повторення одних і тих же відповідей, наявність стереотипних рядів слів або слів з власного вжитку, іноді як реакції-відповіді підбираються прикметники, які характеризують колір даного предмету, іноді реакції-відповіді відносяться до попередніх слів-подразників ("запізнені" мовні реакції); при вираженому недоумстві мовні реакції-відповіді стереотипні, однорідні, на всі слова хворий відповідає 2-3 словами ("добрий", "поганий", "знаю", "не знаю"). Нерідко словесні реакції відображають відношення хворого до предметів (наприклад, "ліс – люблю", "хліб – смачний"), що може відобразити властивий хворим егоцентризм. Такі ж особливості виявляються при дослідженні методикою підбору слів-синонімів і антонімів, які є варіантами словникового експерименту. Збіднення словникового запасу призводить до того, що хворий при утворенні слова протилежного значення додає частку "не" до заданого слова.

Надмірна докладність, деталізація, яка є характерною особливістю епілептичного мислення, особливо чітко виступає при описанні хворим складного малюнка або при переказі оповідання. При цьому хворі помічають зовсім несуттєві деталі і фіксують на них свою увагу. Описавши таким чином малюнок, хворий не може схопити його зміст. Хворі з вираженою епілептичною деменцією при дослідженні методикою встановлення послідовності подій за серію малюнків детально описують з несуттєвими подробицями кожний малюнок, але співставити їх не можуть, так як не здатні диференціювати суттєві і другорядні ознаки.

Зниження рівня процесів узагальнення і абстракції, проявляється складністю виділення суттєвих ознак предметів і явищ. При дослідженні методикою "Вилучення предметів" хворі детально характеризують кожний з чотирьох зображених на малюнках предметів і заявляють, що не знаходять між ними різниці, або що предмети нічого спільного між собою не мають.

Класифікацію предметів хворі епілепсією також проводять по конкретно-ситуаційній ознаці (наприклад лікар, дитина, термометр - "це все в лікарні..."). Характерним також при класифікації є утворення декількох дрібних, близьких за змістом груп (наприклад, головні убори не об'єднуються з одягом).

При дослідженні методикою "Складання картинок з відрізків" діяльність хворих визначається непланомірним синтезом. Звичайно хворі вибирають найбільший відрізок і до нього почергово приміряють педантично всі інші.

Іноді пусті міркування хворих епілепсією складають враження *особливого резонерства*. Такі висловлювання мають характер неглибоких, поверхневих, бідних за змістом суджень, містять шаблонні, банальні асоціації, з бідним словниковим запасом – *олігофазія*. Це – один з найбільш характерних розладів мови при епілепсії, проявляв пряму кореляцію з рівнем узагальнення та абстрагування в процесі розвитку недоумства. Для встановлення олігофазії недостатньо обмежитися показом хворим предметів з проханням назвати їх, а необхідно провести патопсихологічне дослідження з допомогою вищеперелічених методик (підборі слів протилежного значення, в пробі на черговість і ін.).

Особливість резонерства проявляється також в повчальному тоні висловлювань, які відображають деяку патетичність і переоцінку власного досвіду. Таке резонерство можна виявити і при пред'явленні гумористичних малюнків.

Нерозуміння гумору є також характерним для епілептичного недоумства. Інтерпретація сюжету малюнка проводиться з приверненням уваги до власного життєвого досвіду і сформованих непереборно-інертних уявлень в плані обговорюваних питань.

Послаблення пам'яті також є характерною ознакою перебігу епілепсії. Спочатку виявляється порушення довільної репродукції, а на наступних етапах – запам'ятовування і утримування (така ж закономірність проявляється при церебральному атеросклерозі). В пробі на запам'ятовування кількість відтворених слів з кожним наступним повторенням або незначно збільшується, або залишається попереднім ("плато").

При дослідженні *особистісних властивостей* методом Роршаха, у хворих епілепсією виявляється *деталізуючий тип сприймання* (перцептивної діяльності). Особливості сприймання проявляються в своєрідному "застряганні" на деталях. При формуванні образу в інтерпретації плям не враховується все представлене хворому зображення, а вибирається яка-небудь деталь (наприклад, хворі епілепсією дуже рідко дають відповідь, зв'язану з баченням цілої людської фігури, а скоріше інтерпретації відносяться до різних частин тіла людини).

Для епілептичного інтелектуального дефекту характерним при інтерпретації плям є поєднання таких ознак: підвищена кількість стандартних інтерпретацій, відсутність кінетичних інтерпретацій, зниження кількості відповідей з

інтерпретаціями плями як цілого, бідність, стереотипність змісту. Крім того, з прогресивністю захворювання зростає кількість відповідей за кольором ("вогні... червоний, голубий").

Характерні емоційно-особистісні епілептичні особливості виявляються методом "Незавершені речення". Частіше на перший план виступає значне переважання словесних реакцій по типу імпульсивних, які відображають тенденцію до нівелювання можливих конфліктних факторів (наприклад, "Якщо всі проти мене ... я стараюсь, щоби все було добре"). Цей приклад свідчить про переважання афективної в'язкості, зворушливості, розчуленості. Іноді при зміні ситуації, при внесенні в неї фруструючих факторів виступає протилежний компонент епілептичної афективності – злостивість, запальність ("Якщо всі проти мене, то... я буду боротися і не перед чим не зупинюсь"). Часто виявляється тенденція, яка свідчить про характерні зміни особистості, які в психіатричній літературі отримали назву "гіперсоціальності епілептиків" (наприклад, "Я завжди хотів... жити і трудитися на благо колективу").

В міру зростання психічного дефекту зростає недостатня критичність до себе, частіше спостерігається перебільшено-оптимістична оцінка майбутнього ("Думаю, що я достатньо здібний... щоби вчитися в університеті").

Таким чином, методика "Незавершених речень" дає об'єктивну характеристику характерологічних змін хворого епілепсією і може бути використана для визначення ступеня вираженості психологічного дефекту, при вирішенні діагностичних і експертних питань, а також при побудові реабілітаційних програм.

5. Особистісно-аномальний (психопатичний) синдром

Психопатії (у МКХ-10 "*розлад особистості*") - стійкі й виражені аномалії особистості, що проявляються патологією характеру і призводять до порушень поведінки, стосунків із оточуючими, утруднюючи соціальну адаптацію індивіда. Через патологічний склад характеру такі люди страждають самі або мучать тих, хто поруч. Психопатії проявляються розладами в емоційній і вольовій сферах за непорушеного інтелекту. Перші ознаки розвитку психопатії спостерігаються уже з дитинства або в підлітковому віці, а завершується її формування в юнацькому віці (18-20 років) коли, головним чином, завершується становлення особистості. Психопатіям не властива прогресивність, проте упродовж життя вони мають певну динаміку (компенсації, декомпенсації, психопатичні реакції, фази, напади). Необхідно також диференціювати психопатії від *патохарактерологічних (психопатичних)* розвитків, які обумовлені патогенним впливом на сформовану особистість різних екзогенних чинників (хронічних соматичних захворювань, черепно-мозкових травм, алкоголізації та ін.) і характеризуються клінічною симптоматикою подібною до відповідних типів психопатій (паранояльних, емоційно нестійкий, істеричний та ін.).

У генезі розладу особистості можуть переважати 1) конституційні чинники; 2) тривалий несприятливий соціально-психологічний вплив; 3) органічне ураження головного мозку в період його розвитку.

Головні діагностичні критерії розладу особистості: 1) хронічний характер аномального стилю поведінки, який завжди виникає в дитинстві або підлітковому віці і продовжується все життя; 2) аномальний стиль поведінки є всеосяжним і проявляється в широкому діапазоні особистісних і соціальних ситуацій; 3) соціальна дезадаптація є наслідком патології характеру, а не певних ситуацій.

Міжнародна класифікація психічних і поведінкових розладів (10-й перегляд) розрізняє такі специфічні розлади особистості:

1) *Параноїдний*: надмірна чутливість до невдач і відмов, тенденція постійно бути невдоволеним ким-небудь; відмова пробачати образи, нанесену шкоду або зверхнє ставлення; підозрілість і загальна тенденція трактувати дії інших людей як ворожі; стан безпідставної підозри відносно сексуальної вірності партнера; тенденція до переживання своєї підвищеної значущості.

2) *Шизоїдний*: емоційна холодність, відчужена або знижена афективність, ангедонія, нездатність проявляти теплі, ніжні почуття до інших людей; незначна цікавість до сексуальних контактів; байдужість до переважаючих соціальних норм; відсутність близьких друзів (або наявність тільки одного); схильність до фантазування і заглиблення у внутрішній світ (інтроспекція), надають перевагу самотній діяльності ("аутистичним заняттям").

3) *Дисоціальний*: безсердечна байдужість до почуттів інших; груба і стійка позиція безвідповідальності і нехтування соціальними правилами й обов'язками; низька толерантність до фрустрацій, а також низький поріг розряду агресії, включаючи насильство; нездатність відчувати почуття провини і враховувати користь із життєвого досвіду, особливо покарання; виражена схильність звинувачувати оточуючих у конфліктних ситуаціях.

4) *Емоційно нестійкий*, при якому спостерігається яскраво виражена тенденція діяти імпульсивно, без врахування наслідків, на фоні нестійкого настрою; спалахи інтенсивного гнівливого афекту часто призводять до насильства або "поведінкових вибухів". Вони легко провокуються, коли імпульсивні акти засуджуються оточуючими або їм перешкоджають.

5) *Істеричний*: характеризується самодраматизацією, театральністю, перебільшеною емоційністю; підвищеною навіюваністю оточуючими або обставинами; поверховістю і лабільністю емоційності; постійним прагненням до визнання зі сторони оточуючих і діяльності, в якій пацієнт знаходиться в центрі уваги; неадекватною спокусливістю в зовнішньому вигляді і поведінці; надмірною стурбованістю фізичною привабливістю.

6) *Ананкастичний (обсесивно-компульсивний)* тип: надмірна схильність до сумнівів та обережності; стурбованість правилами, порядком, організацією або графіками; прагнення до досконалості, підвищена педантичність, впертість; необґрунтованість вимоги того, щоби інші все робили точно, як він сам; поява нав'язливих думок і потягів.

7) *Тривожний розлад* особистості характеризується: постійним загальним почуттям напруження і важкими передчуттями; уявленням про свою соціальну непридатність, особистісну непривабливість і приниженість у стосунку до інших; підвищеною стурбованістю критикою на свою адресу або неприйняттям у соціальних ситуаціях; ухилянням від соціальної або професійної діяльності,

пов'язаної з міжособистісними контактами через страх критики.

8) *Залежний* особистісний розлад характеризують активне або пасивне перекладання на інших більшої частини важливих рішень у своєму житті; підпорядкування своїх власних потреб потребам інших людей, від яких залежить пацієнт, і неадекватна податливість їх бажанням; небажання пред'являти навіть розумні вимоги людям, від яких індивід залежить; почуття незручності і безпомічності в самотійності через над мірний страх непридатності до самотійного життя; обмежена придатність приймати повсякденні рішення без посиленних порад і підбадьорювання зі сторони інших осіб.

Межа між розладом особистості і здоровою психікою не завжди чітка, іноді їй властиві "перехідні стани" (В. М. Бехтерев, 1866), що отримали різні назви. Із них найвідоміші такі, як акцентуїтована особистість (К. Леонгард, 1968) та акцентуація характеру (А.Е. Лічко, 1977).

Акцентуації особистості (характеру) – крайній варіант норми, за якого окремі риси характеру надто виражені, внаслідок чого виявляється вибіркова уразливість щодо певного роду психогенних впливів за доброї і навіть підвищеної стійкості до інших. Акцентуації характеру (акцентуїтовані особистості) поділяються на окремі варіанти, які частіше відповідають відомим формам психопатії (нестійкий, істероїдний, шизоїдний), інші відрізняються від них (наприклад, конформний) або формують змішані (проміжні) типи.

Акцентуації особистості притаманні здоровий людям і не є самі собою клінічним діагнозом. Проте вони можуть бути преморбідним тлом, ґрунтом, поштовхом до розвитку психогенних (гострих афективних, невротичних і психопатичних реакцій, неврозів, психопатій, реактивних психозів), а також психосоматичних розладів.

У дитинстві або підлітковому віці (до 16-17 років) навіть при вираженій аномалії характеру не рекомендується діагностувати розлад особистості (психопатії), враховуючи можливість корекції поведінки. Більш адекватним в цей період є встановлення акцентуацій характеру. На відміну від психопатій, акцентуації характеру: 1) звичайно проявляються в підлітковому віці і можуть мати зворотний розвиток; 2) проявляються тільки в певних ситуаціях; 3) не супроводжуються соціальною дезадаптацією.

Приведемо короткі характеристики типів акцентуацій (за А.Е. Лічко), а також їх кореляції з особливостями девіантної поведінки підлітків (алкоголізацією, наркоманією, нікотинманією та ін.).

Гіпертимний тип відрізняється піднесенням настроєм, переоцінкою власної особи, схильністю до легковажних вчинків, непосидючістю. Такі підлітки схильні до групових форм девіантної поведінки, вони намагаються лідирувати серед асоціальних однолітків, стають організаторами правопорушень. Через легковажність гіпертимні прагнуть отримати засоби для розваг і задоволень, проявляють цікавість до пияцтва, інших одурманюючих середників, до ранніх сексуальних стосунків.

Психастеніки характеризуються підвищеним самоаналізом, боязливістю, тривожністю, надумливістю, нерішучістю, нав'язливими страхами (фобіями).

Шизоїдному типу властива роздвоєність, замкнутість, емоційна холодність, трудність у міжособистісних стосунках, схильність до витіюватої фантазії, символіки, "філософської інтоксикації". Для них комунікативним допінгом є алкоголь. У шизоїдів незграбна і витіювата (дивна) психоморика. Шизоїдні підлітки скривають свої асоціальні наміри і вчинки, добре їх обдумують, діють самостійно без спільників і тому потрапляють у поле зору міліції пізніше від інших акцентуантів.

Епілетоїдному типу властиве поєднання злосливої гнівливості, жорстокості з бережливістю, акуратністю, педантизмом, у період дисфорії вони дають бурхливі афективні спалахи, здійснюють сексуальні ексцеси з садомазохістськими проявами.

Циклоїдний тип характеризується безпричинними змінами настрою: піднесений з активністю, схильністю до алкоголізації (1-2 тижнів) може змінитися пониженим настроєм до субдепресії.

Лабільний тип характеризується крайньою нестійкістю настрою, який змінюється з незначної причини.

Це люди настрою, тимчасового капризу, чутливі до знаків уваги, прив'язані до рідних і близьких.

Сенситивний тип відрізняється вразливістю, прагненням до інтелектуально-естетичних захоплень, переживанням своєї неповноцінності.

Астено-невротичний тип проявляється дратівливістю, капризністю, поганим сном та апетитом, іпохондричністю. Делінквентності, алкоголізації, втеч з дому у них як і в сенситивних акцентуантів не зустрічається. Суїцидальні дії та агресивність можуть виникати під впливом ряду невдач, що буває цілком неочікуваним для оточуючих, які не вникають у світ їх ранимої психіки. *Нестійкий тип* характеризується безвольністю, безініціативністю, легкою підпорядкованістю стороннім. Ці особи часто потрапляють у сумнівні компанії, схильні до делінквентної поведінки, азартних ігор, бездіяльності, прагнуть задоволень, ранній сексуальний досвід супроводжується розпустою і збоченнями.

Істероїдний тип відрізняється егоцентризмом, прагненням привернути до себе увагу. Вони прагнуть вислуховувати тільки похвалу на свою адресу, часто претендуючи на роль лідера. їх почуття неглибокі, воля ослаблена, схильні до патологічного фантазування, брехні. У всіх вчинках спостерігається демонстративність, театральність, награність, неприродність. Втечі з дому й алкоголізація у істероїдних акцентуантів також мають демонстративний характер і не супроводжуються серйозними правопорушеннями.

Конформний тип акцентуації характеризується розчиненням особистості в оточуючих. Ці особи пристосовуються до будь-якого оточення, наприклад, "за компанію" порушують поведінку, співаються і т.п.

Якщо в одного і того ж підлітка виявляється поєднання декількох типів, тоді говорять про змішаний тип акцентуації характеру.

6. Невротичний синдром Термін "*неврози*" було введено в практику шотландським лікарем W.Gullen (1776). Найприйнятнішим є визначення неврозів Б.Д. Карвасарського (1990). "Невроз – це психогенний (зазвичай

конфліктогенний) нервово-психічний розлад, що виникає внаслідок порушення особливо значущих життєвих стосунків людини, проявляється специфічними клінічними феноменами за відсутності психотичних проявів".

Основні особливості неврозів: 1) психогенний чинник як причина; 2) вегето-соматичні розлади; 3) особистісний характер; 4) тенденція до переробки порушень у відповідності із соціальною значущістю психічної травми.

Причинами неврозів у розвинених країнах у 50% пацієнтів є проблеми подружнього життя, у 20% - виробничі проблеми, у 30% - змішані сімейні і виробничі. Причинами психічної травматизації дітей з неврозами є конфлікти в сім'ї, алкоголізація та розлучення батьків, грубе ставлення батьків, надмірна опіка або пестоші, виховання поза сім'єю, сварки з братами і сестрами, дізнання про усиновлення, шкільні конфлікти.

Патогенність зовнішніх обставин проявляється лише в поєднанні з відповідним значущим ставленням до них особистості, що вказує на важливу роль передневротичного фону в розвитку неврозів (наприклад, акцентуації характеру, підвищеної тривожності, невміння долати життєві труднощі, схильність до фрустрацій і ін.).

На формування передневротичних властивостей у період формування особистості в дітей важливу роль відіграють різноманітні несприятливі соціально-психологічні чинники (емоційна ізоляція дитини, психологічна несумісність батьків і дітей, одностороннє домінування одного з дорослих), соціально-культурні (проживання у великому місті, прискорені темпи сучасного життя, недостатні умови для відпочинку), соціально-економічні (незадовільні матеріально-побутові умови проживання, ранній вихід матері на роботу) обставини.

Взаємодія психічної травми з особливостями структури особистості формує психологічний інтрапсихічний невротичний конфлікт, який в результаті генерує патологічні симптоми неврозу. В.Н. Мясіщев розглядає три основних типи невротичних конфліктів - *істеричний, обсесивно - психастенічний і неврастенічний*.

Істеричний тип невротичного конфлікту визначається надмірно завищеними претензіями особистості, які поєднуються з недооцінкою або повним ігноруванням об'єктивних реальних умов і вимог оточуючих ("Я хочу, хоч і не маю права").

Обсесивно-психастенічний тип невротичних конфліктів зумовлений суперечливими внутрішніми тенденціями і потребами, боротьбою між бажанням та обов'язком, між моральними принципами й особистими уподобаннями ("Я хочу, але не можу навчатися").

Неврастенічний тип становить суперечність між можливостями і завищеними вимогами до себе ("Я хочу, але в мене не вистачає сили").

Згідно з Міжнародною і традиційною класифікацією виділяють такі форми неврозів:

1) *Тривожно-фобічні розлади (невроз страху)* - група розладів, які появляються в дитинстві і молодому віці, при яких тривога викликається виключно або переважно певними ситуаціями або об'єктами (ізольовані,

специфічні фобії), в результаті чого їх уникають або переносять із почуттям страху (висоти, темноти, закритих просторів, певних хвороб); агорафобія - страх відкритих просторів і натовпу; соціофобії - страхи відчувати увагу оточуючих у малих трупях людей, що призводить до уникнення таких ситуацій (почервоніння, тремор рук, нудота, позиви сечопуску).

2) *Панічний розлад* - головним проявом є повтори і приступи тяжкої тривоги (паніки), які не обмежуються певною ситуацією і тому непередбачувані. Домінуючі симптоми різноманітні у різних хворих, але спільним є раптово серцебиття, болі в грудях, відчуття задухи, запаморочення.

3) *Обсесивно-компульсивний розлад* проявляється повторенням нав'язливих думок і рухів (дій, ритуалів).

4) *Посттравматичний стресовий розлад* – виникає як запізніла або тривала реакція на подію, що виходить за межі звичайного людського досвіду (війни, природні катастрофи, терористичні акти, відбування покарання в місцях позбавлення волі, насильство або тортури), або на "стреси повсякденного життя" - соціально-стресові розлади у людей, які знаходяться в складних життєвих ситуаціях, обумовлених мікросоціальними чинниками.

Клінічно посттравматичні стресові розлади проявляються такими невротичними симптомами: вегетативними дисфункціями, розладами сну, астеничними й істеричними розладами, панічними розладами, а також загостренням особистісно-типологічних рис із порушенням адаптації.

5) *Дисоціативні (конверсійні, істеричні) розлади*: психогенні за походженням, обумовлені негативним афектом, викликаним проблемами і конфліктом, які індивід не може вирішити, і трансформовані в різноманітні психічні, соматичні або неврологічні симптоми захворювання (амнезії, ступор, трансї, розлади відчуттів і рухів, судоми, псевдонапади, розлади чутливості, болі і ін.).

6) *Соматоформні розлади*: повторна поява фізичних (соматичних) симптомів з вимогами медичних обстежень всупереч негативним результатам і запевненням лікарів про відсутність фізичної основи для симптоматики (іпохондричний розлад, соматоформна вегетативна дисфункція серцево-судинної, дихальної, шлунково-кишкової, сечостатевої систем, дисморфофобія, нервова анорексія і булімія).

7) *Неврастенія* – підвищена втомлюваність при розумовій роботі (зниження професійної продуктивності), виснажуваність і фізична слабкість при мінімальних зусиллях, дратівливість (астеничний синдром), ангедонія (втрата почуття радості, насолоди), пригніченість і тривожність. Поява неприємних сомато-вегетативних розладів сну, головні болі, запаморочення, тахікардія, пітливість, холодні руки, розлади шлунково-кишкового тракту, сексуальні дисфункції та ін.

У дитячій психіатрії проводиться розмежування між емоційними розладами, специфічними для дитячого і підліткового віку, і типами неврозів у дорослих, припускаючи, що вони мають різні механізми розвитку, а також передовсім є перебільшенням нормальних тенденцій розвитку, ніж патологією:

1) *Тривожний розлад (невроз страху)*: у зв'язку з розлукою в дитячому віці: ключовою діагностичною ознакою є надмірна тривога у зв'язку з відлученням від тих людей, до яких дитина прив'язана (батьки чи інші члени сім'ї). Тривога може мати різні форми: страх, що вони не повернуться або що з ним може трапитись нещастя (загубитися, може бути вкрадений, вбитий і т.д.), відмовляється іти до школи, відмовляється спати на самоті, нічні жахи про розлучення, поява фізичних симптомів нудота, блювання, головні болі; емоційний дистрес, плач, роздратування, страждання, та ін.

2) *Фобічний тривожний розлад дитячого віку*: у дітей, як і в дорослих, можуть спостерігатися страхи, сфокусовані на широкому діапазоні предметів і ситуацій (фобії).

3) *Соціальний тривожний розлад*: постійний страх або уникнення незнайомих. Уникнення або страх соціально неочікуваних зустрічей виходить за нормальні межі для віку дитини, що утруднює соціальне функціонування.

4) *Тикозні розлади*: проявляються якою-небудь різновидністю тиків. Тик є мимовільний, швидкий, повторюваний, неритмічний рух (звичайно обмеженої м'язової групи) або голосова продукція, яка проявляється раптово і безцільно. Звичайно прості рухові тики включають мигання, сіпання шиї, посмикування плечима, гримаси обличчя, прості локальні тики: відкашлювання, фиркання, шипіння і т.п.

5) *Неорганічний енурез*: розлад, який проявляється мимовільним випусканням сечі вдень або вночі, що є невідповідним щодо розумового розвитку дитини. Енурез може починатися у віці 5-7 років, може бути моносимптомом або поєднуватися з іншими емоційними розладами.

6) *Неорганічний енкопрез* – мимовільне відходження калу.

7) *Заїкання* – часте повторення або пролонгація звуків, складів чи слів, зупинками, нерішучістю мови, що розриває ритмічний перебіг, плавність мови.

Запитання для самоконтролю

1. *В чому особливість шизофренічного мислення?*
2. *Яка специфіка емоційної сфери при шизофренічному патопсихологічному синдромі?*
3. *Опишіть специфіку олігофренічного патопсихологічного синдрому.*
4. *В чому відмінність розладів мислення при епілептичному та шизофренічному синдромі?*
5. *Якими методами можна досліджувати особистісні властивості при епілептичному синдромі?*
6. *Яка відмінність між акцентуаціями та розладом особистості?*
7. *Які методика допомагають дослідити схильність до певного типу розладу особистості?*
8. *Які діагностичні критерії невротичного синдрому?*
9. *Опишіть емоційні розлади, специфічні для дитячого та підліткового віку.*

1. Предмет і завдання патопсихології.
2. Місце патопсихології в системі психологічних і медичних наук.
3. Принципи побудови патопсихологічного обстеження.
4. Особливості побудови патопсихологічного експерименту .
5. Затримка психічного розвитку
6. Розумова відсталість.
7. Патологія відчуттів. (Агнозії. Анестезія. Гіпостезія. Гіперестезія. Алгії. Сенестопатії. Синестезії).
8. Патологія сприймання. Ілюзії.
9. Патологія сприймання. Види галюцинацій.
10. Диференціально-діагностичні критерії відмежування істинних галюцинацій від хибних.
- 11.Порушення сенсорного синтезу (деперсоналізація, дереалізація, порушення схеми тіла).
- 12.Розлади мислення. Патологія асоціативного процесу.
- 13.Патологія суджень. Нав'язливі стани (обсесії).
- 14.Надцінні ідеї.
- 15.Маячні ідеї.
- 16.Порушення пам'яті та інтелекту. Патологія пам'яті. Гіпермнезія. Гіпомнезія. Амнезія. Парамнезії.
- 17.Патології інтелекту. Вроджене слабоумство.
- 18.Набуте слабоумство.
- 19.Загальна характеристика затримки психічного розвитку.
- 20.Патологія емоцій. Симптоми емоційних порушень (ейфорія, морія, дистимія, тривога, дисфорія, апатія, емоційна лабільність, емоційна тупість).
- 21.Емоційні синдроми. Маніакальний синдром.
- 22.Емоційні синдроми. Депресивний синдром.
- 23.Апатичний синдром.
- 24.Патологія волі. Гіпобулія.
- 25.Порушення потягів.
- 26.Імпульсивні потяги. Драгоманія. Клептоманія. Дипсоманія. Піроманія. Лудоманія.
- 27.Симптоми порушеної свідомості.
- 28.Синдроми порушеної свідомості. Оглушення.
- 29.Делірій.
- 30.Онейроїдний синдром.
- 31.Сутінкове потьмарення свідомості.
- 32.Аменція.
- 33.Особливості дослідження психічних процесів і станів.
- 34.Патопсихологічне обстеження дітей шкільного віку.
- 35.Методи дослідження структурних компонентів особистості.
- 36.Психотерапія при психосоматичних захворюваннях.
- 37.Види психокоригуючої допомоги при порушеннях розвитку.

Семінарське заняття № 1

Тема. Патопсихологія як наука

I. Розкрийте сутність понять

Патопсихологія, психопатологія, патопсихологічний експеримент, психіатрія, завдання патопсихології, психічне здоров'я, психічний розлад.

II. Питання для поглибленого опрацювання та обговорення

1. Предмет та завдання патопсихології.
2. Співвідношення патопсихології та психопатології.
3. Зміст та об'єм роботи патопсихолога.
4. Завдання патопсихології в клініці.
5. Діяльність клінічного психолога у виховних та освітніх закладах.

III. Завдання для самостійного опрацювання

1. Деонтологічний аспект діяльності патопсихолога.
2. Опрацюйте статтю «Використання патопсихологічного підходу в діяльності педагога-психолога» (Репина Н. В., Воронцов Д. В., Юматова И. И. Основы клинической психологии. – М., 2003. – С.166-169)
3. Підготуйте анотацію статті з фахового журналу (Братусь Б. С. Место патопсихологии в изучении природы болезни // Вопросы психологии. – 1994. - №3. – с.38-42).

IV. Питання для самоконтролю

1. В чому полягає предмет і прикладне значення патопсихології?
2. Вкажіть основні завдання патопсихології.
3. Назвіть рівні психічного здоров'я.
4. Вкажіть причини виникнення психічних захворювань.
5. В чому полягають відмінності між «дослідженням» та «обстеженням»?
6. Для фахівців якого профілю важливі знання з патопсихології?
7. Обґрунтуйте доцільність діяльності клінічного психолога у виховних та освітніх закладах.

Література

1. Большакова А.Н. Патопсихология с основами дефектологии. – Х.: ХГАК, 2002. – С. 3-8
2. Блейхер В.М., Крук И.В., Боков Н.С. Клиническая патопсихология. – М., «МОДЭК», 2002. – С.11-321.
3. Зейгарник Б. В. Патопсихология: учеб.пособие. – М., 2005. – С.20-41
4. Левченко И.Ю. Патопсихология: Теория и практика. – М.: «Академия», 2000. – С.3-23
5. Матейко Н.М. Клиническая психология:Словник-довідник. – Івано-Франківськ, 2015. – 134с.
6. Репина Н. В., Воронцов Д. В., Юматова И. И. Основы клинической психологии. – М., 2003. – С.157-169
7. Рубінштейн С.Я. Експериментальні методики патопсихології та досвід застосування їх в клініці. – М., 2004. – С.9-28

Семінарське заняття № 2

Тема. Принципи побудови та методи патопсихологічного дослідження

I. Розкрийте сутність понять

Деонтологія, клінічне інтерв'ю, анамнез, патопсихологічний висновок (заключення).

II. Питання для поглибленого опрацювання та обговорення

1. Основні принципи патопсихологічних досліджень.
2. Методи спостереження за поведінкою хворого.
3. Методи впливу в процесі інтерв'ю (за А.Айві).
4. Етапи і технологія проведення патопсихологічного експерименту.
5. Методичні поради до експериментальної роботи. Правила надання допомоги.
6. Особливості складання закінчення за даними патопсихологічного експериментального дослідження.

III. Завдання для самостійного опрацювання

1. Підберіть та проаналізуйте зразки патопсихологічного закінчень.
2. Опрацюйте загальні методичні рекомендації щодо будови патопсихологічного експерименту (Николаева В.В., Соколова Е.Т., Спиваковская А.С. «Основные принципы построения патопсихологического эксперимента» Спецпрактикум по патопсихологии. Общие методические рекомендации. – М.: Изд-во МГУ, 1979. – С. 12-21).
3. На основі опрацьованих джерел складіть схему оформлення закінчення клініко-психологічного обстеження соматично- і психічно хворих

IV. Питання для самоконтролю

1. Що являє собою патопсихологічне дослідження? Чим воно відрізняється від психодіагностичного?
2. Розкрийте принципи клінічного інтерв'ю.
3. В чому полягає відмінність між психологічним та медичним анамнезом?
4. Способи збирання психологічного анамнезу.
5. В чому полягає завдання спостереження в клініці?
6. Які основні особливості складання патопсихологічного закінчення (заключення)?

Література

1. Клінічна психодіагностика: Практикум / М.В.Миколайський. – Івано-Франківськ, 2006. – С.13-18; С.94-96; С.212-220
2. Левченко И.Ю. Патопсихология: Теория и практика. – М.: «Академия», 2000. – С.24-27
3. Матейко Н.М. Клінічна психологія:Словник-довідник. – Івано-Франківськ, 2015. – 134с.
4. Менделевич В.Д. Клінічна і медична психологія. – М., 2001. – С.10-27
5. Рубінштейн С.Я. Експериментальні методики патопсихології та досвід застосування їх в клініці. – М., 2004. – С.199-218
6. Репина Н. В., Воронцов Д. В., Юматова И. И. Основы клинической психологии. – М., 2003. – С.166-169

Семінарське заняття № 3

Тема. Патопсихологія відчуттів та сприймань

I. Розкрийте сутність понять

Сенестопатії, агнозії, анестезія, гіперестезія, гіпестезія, алгії, сенестопатії, ілюзії фізичні, галюцинації, деперсоналізація, дереалізація, дежа вю, синдром Аліси.

II. Питання для поглибленого опрацювання та обговорення

1. Патологія відчуттів. Сенестопатії. Синестезії.
2. Порухення сприймання. Ілюзії.
3. Види галюцинації.
4. Диференціально-діагностичні критерії розмежування істинних галюцинацій від хибних.
5. Психосенсорні розлади. Дерееалізація. Деперсоналізація.

III. Завдання для самостійного опрацювання

1. Опрацюйте експериментально-психологічну методику дослідження зорово-моторної координації.
2. Опрацюйте методику дослідження слухових сприймань.
3. Підготуйте анотацію статті Шевченко А.А. Имитируемые расстройства у детей – актуальные проблемы современной медицины // Перинатология и педиатрия. – 2009. - №2. – С. 64-67

IV. Питання для самоконтролю

1. Назвіть розлади відчуттів та поясніть прояв кожного з них.
2. Назвіть основні розлади сприймання.
3. Чим відрізняються ілюзії від сприймання?
4. Опишіть види ілюзій.
5. Назвіть види галюцинацій.
6. Назвіть та опишіть види дереалізаційних розладів сприймання.

Література

1. Марилев В.В. Общая психопатология: учеб. пособие. – М.: «Академия», 2002. – С.4-21
2. Психіатрія / за ред. О.К. Напреев, І.Й. Влох. – К., 2001. – с.77-85
3. Зейгарник Б. В. Патопсихология: учеб. пособие. – М., 2005. – С. 57-64
4. Левченко І.Ю. Патопсихология: Теория и практика. – М.: «Академия», 2000. – С.62-66
5. Клінічна психодіагностика: Практикум / М.В. Миколайський. – Івано-Франківськ, 2006. – С.42-65
6. Рубінштейн С.Я. Експериментальні методики патопсихології та досвід застосування їх в клініці. – М., 2004. – С.36-72
7. Матейко Н.М. Клінічна психологія: Словник-довідник. – Івано-Франківськ, 2015. – 134 с.

Семінарське заняття № 4

Тема. Патопсихологія пам'яті та уваги

I. Розкрийте сутність понять

Корсаковський синдром, амнезія ретроградна, амнезія антероградна, амнезія фіксаційна, палімпсест, парамнезії, конфабуляції, криптомнезії.

II. Питання для поглибленого опрацювання та обговорення

1. Класифікація порушень пам'яті.
2. Види амнезій.
3. Якісні порушення пам'яті. Парамнезії.
4. Розлади уваги. Захворювання, для яких характерні розлади уваги та пам'яті.
5. Практичне моделювання експериментального дослідження пам'яті.

III. Завдання для самостійного опрацювання

1. Опрацюйте статтю В.Н. Мясіщева «Работоспособность и болезни личности» (Хрестоматія з патопсихології / під ред. Б.В.Зейгарник, А.П. Корнілова. – М.,1981. – С.36-48)
2. Опрацюйте та підготуйте бланки (форми протоколу) для методик дослідження пам'яті та уваги: «Запам'ятовування десяти слів», метод піктограми, тест зорової та слухової пам'яті, проби на запам'ятовування, проба на асоціативну пам'ять; коректурна проба, відшукування чисел (методика Шульте), рахунок за Крепеліним, віднімання.

IV. Питання для самоконтролю

1. Назвіть основні розлади пам'яті.
2. Поясніть суть амнезії та назвіть її основні види.
3. В чому полягає закон формування мнестичних розладів Рібо?
4. Вкажіть класифікацію порушень пам'яті.
5. В чому особливість гострої епізодичної амнезії?
6. Охарактеризуйте тимчасові амнезії.
7. Назвіть та охарактеризуйте якісні розлади пам'яті.
8. Назвіть основні розлади уваги.

Література

1. Психіатрія / за ред. О.К.Напреєнка, І.Й. Влох. – К., 2001. – С.85-91
2. Коркіна М.В., Лакосина Н. Д., Личко А. Е.. Психіатрія: Учебник. - М.: Медицина, 1995. – С.77-99
3. Мясцев В.Н. Работоспособность и болезни личности. /Хрестоматія з патопсихології / під ред. Б.В.Зейгарник, А.П. Корнілова. – М.,1981. – С.36-48
4. Зейгарник Б. В. Патопсихологія: учеб.пособие. – М., 2005. – С. 74-101
5. Рубінштейн С.Я. Експериментальні методики патопсихології та досвід застосування їх в клініці. – М., 2004. – С.152-177
6. Клінічна психодіагностика: Практикум / М.В.Миколайський. – Івано-Франківськ, 2006. – С. 97-102; С.132-206
7. Матейко Н.М. Клінічна психологія:Словник-довідник. – Івано-Франківськ, 2015. – 134 с.

Семінарське заняття № 5

Тема. Патопсихологічний аналіз порушень мислення

I. Розкрийте сутність понять

Ментизм, шперунг, резонерство, обсесії, маячня, маячні синдроми, олігофренія, деменція, дебільність, імбецильність, ідіотія

II. Питання для поглибленого опрацювання та обговорення

1. Визначення понять "мислення", "розумові операції".
2. Класифікація розладів мислення.
3. Порушення мислення за темпом.
4. Порушення мислення за формою.
5. Маячні, нав'язливі та надцінні ідеї.
6. Види маячних ідей за змістом.
7. Форми утворення маячіння (систематизоване та несистематизоване).
8. Види нав'язливих ідей.

III. Завдання для самостійного опрацювання

1. Підготуйте бланки та опрацюйте (у формі протоколу) методики дослідження рівня та протікання мисленневих процесів: «Класифікація предметів», «Вилучення предметів і слів», «Суттєві ознаки», «Прості аналогії», «Порівняння понять», «Пояснення прислів'їв та метафор», «Розуміння змісту сюжетних малюнків та оповідань», «Встановлення послідовності подій», методика Виготського-Сахарова.
2. Підготуйте анотацію статті з фахового журналу (Ковязина М.С., Коган М.А. Восприятие юмора больными с локальными поражениями головного мозга // Вопросы психологи. – 2008. - №2).

IV. Питання для самоконтролю

1. Опишіть суть формальних розладів мислення.
2. Опишіть суть розладів мислення за продуктивністю.
3. До якої групи розладів мислення належать амбівалентність, резонерство, розважність мислення?
4. Наведіть приклади маячних ідей.
5. Опишіть маячні синдроми.

Література

1. Психіатрія / за ред. О.К. Напрєєнка, І.Й. Влох. – К., 2001. – С.107-126
2. Зейгарник Б. В. Патопсихология: учеб.пособие. – М., 2005. – С.102-152
3. Блейхер В.М., Крук И.В. Патопсихологическая диагностика. – К., «Здоров'я», 1986. – С.59-93
4. Клінічна психодіагностика: Практикум / М.В.Миколайський. – Івано-Франківськ, 2006. – С.99-114
5. Рубінштейн С.Я. Експериментальні методики патопсихології та досвід застосування їх в клініці. – М., 2004. – С.77-150
6. Левченко І.Ю. Патопсихология: Теория и практика. – М.: «Академия», 2000. – С.54-62
7. Матейко Н.М. Клінічна психологія: Словник-довідник. – Івано-Франківськ, 2015. – 134с.

Семінарське заняття № 6

Тема. Афективні розлади. Порушення волі та потягів.

I. Розкрийте сутність понять

Дистимія, дисфорія, депресія, паратимія, гіперманія, морія, ейфорія афективний розлад, афективний біполярний розлад, тривога, паніка, апатія, емоційна тупість, екстаз, абулія, гіпобулія.

II. Питання для поглибленого опрацювання та обговорення

1. Порушення емоційної сфери.
2. Емоційні синдроми. Маніакальний синдром.
3. Депресивний та апатичний синдроми.
4. Розлади волі.
5. Патологічні потяги.

III. Завдання для самостійного опрацювання

1. Опрацюйте та підготуйте форми протоколу до тесту фрустраційних реакцій С.Розенцвейга, ТАТ.
2. Проведіть діагностику психічних станів за допомогою методики діагностики невротичних станів К.К. Яніна та Д.М. Менделевича, діагностику астеничного стану та пониженого настрою.
3. Опрацюйте опитувальник Колер для вивчення ступня задоволення пацієнта своїм функціонуванням в різних сферах.
4. Проведіть діагностику типів ставлення до хвороби.

IV. Питання для самоконтролю

1. Назвіть та охарактеризуйте розлади настрою.
2. Вкажіть види розладів емоцій.
3. Поясніть, що таке фобія. Опишіть види фобій.
4. Опишіть види недорозвитку емоцій.
5. Класифікація порушень емоцій.
6. Охарактеризуйте маніакальний синдром.
7. В чому особливість депресивного синдрому?

Література

1. Репина Н., Д. Воронцов, И. Юматова. Основы клинической психологии. – М., 2003. – С.62-72
2. Максименко С.Д. Медична психологія. – К., 2014. – С348-352.
3. Психіатрія / за ред.О.К.Напреєнка, І.Й. Влох. – К., 2001. – С.91
4. Рубінштейн С.Я. Експериментальні методики патопсихології та досвід застосування їх в клініці. – М., 2004. – С.178-180
5. Клінічна психодіагностика: Практикум / М.В.Миколайський. – Івано-Франківськ, 2006. – С.39-50
6. Блейхер В.М., Крук И.В., Боков Н.С. Клінічна патопсихологія. – М., «МОДЭК», 2002. – С.197-223
7. Матейко Н.М. Клінічна психологія:Словник-довідник. – Івано-Франківськ, 2015. – 134с.

Семінарське заняття № 7

Тема. Синдроми порушеної свідомості та самосвідомості

I. Розкрийте сутність понять

Обнубіляція, сопор, кома, абортивний делірій, онейроїд, амбулаторний автоматизм, фуга, аменція.

II. Питання для поглибленого опрацювання та обговорення

1. Синдроми порушеної свідомості. Оглушення та його ступені.
2. Делірій як один з найпоширеніших синдромів порушення свідомості.
3. Онейроїдний синдром.
4. Сутінкове потьмарення свідомості.
5. Розлади самосвідомості.

III. Завдання для самостійного опрацювання

1. Опрацюйте статтю «Порушення свідомості» (Коркіна М.В. Нарушение самосознания // Психиатрия: Ученик. – М., 1995. – С. 145-149)
2. Підготуйте повідомлення на тему:
 - а). Розлади, викликані використанням психоактивних речовин: депресантів, стимуляторів, галюциногенів.
 - б) Методи лікування розладів, викликаних використанням психоактивних речовин.
3. Медико-соціальна, військова та судово-психіатрична експертиза.

IV. Питання для самоконтролю

3. На основі яких характеристик оцінюється свідомість людини?
4. Порушення яких ознак свідомості веде до психічної патології?
5. Які критерії порушеної свідомості за К.Ясперсом?
6. Охарактеризуйте приглушений стан свідомості.
7. Охарактеризуйте онейроїдний стан свідомості.
8. Охарактеризуйте сутінковий стан свідомості.

Література

1. Мартинюк І.А. Патопсихологія. Навчальний посібник. – К., 2008. – С. 58-62
2. Марілов В.В. Общая психопатология: учеб. пособие. – М.: «Академия», 2002. – С. 88-96
3. Репина Н., Д. Воронцов, И. Юматова. Основы клинической психологии. – М., 2003. – С. 72-75
4. Коркіна М.В. Нарушение самосознания // Психиатрия: Ученик. – М., 1995. – С. 145-149
5. Психіатрія / за ред. О.К. Напрєєнка, І.Й. Влох. – К., 2001. – С. 201-205
6. Матейко Н.М. Клінічна психологія: Словник-довідник. – Івано-Франківськ, 2015. – 134с.

Семінарське заняття № 8

Тема. Психомоторні розлади

I. Розкрийте сутність понять

Гіперкінези, гіпердинамічні розлади, тики, апраксія, хорія, синдром де ля Туретта.

II. Питання для поглибленого опрацювання та обговорення

1. Симптоми психомоторних розладів.
2. Синдроми рухових розладів.
3. Рухові збудження. Тики.
4. Гіпердинамічний синдром з дефіцитом уваги (СДУГ).
5. Порівняльно-вікові особливості рухових розладів.

III. Завдання для самостійного опрацювання

1. Опрацюйте клінічні діагностичні критерії порушення психічного розвитку за МКБ-10 (F80-F89), користуючись електронним ресурсом [7].
2. Розробіть рекомендації щодо навчання та виховання дітей з гіперактивними розладами та дефіцитом уваги для батьків та педагогів, використовуючи джерела [4,5].
3. Підготуйте рекомендації з патопсихологічного вивчення дітей раннього і дошкільного віку.
4. Підготуйте повідомлення на теми: «Тривожний розлад у зв'язку з розлукою в дитячому віці»; «Комунікативні розлади: заїкання».

IV. Питання для самоконтролю

1. Як відбувається формування психомоторики?
2. Назвіть основні симптоми психомоторних розладів.
3. Вкажіть види хореїчних розладів.
4. В чому причина гіперактивності?

Література

1. Марилов В.В. Общая психопатология: учеб. пособие. – М.: «Академия», 2002. – С. 83-87
2. Коркина М. В., Лакосина Н. Д., Личко А. Е.. Психиатрия: Учебник. - М.: Медицина, 1995. – С.120-132
3. Репина Н., Д. Воронцов, И. Юматова. Основы клинической психологи. – М., 2003. – С.45-53
4. Романчук О. Гіперактивний розділ з дефіцитом уваги у дітей. Практичне керівництво для фахівців. Львів: "Крео", 2007
5. Суковський Є. Гіперактивний розлад з дефіцитом уваги у дітей. Порадник для батьків. Львів: "Колесо", 2007 ukrreferat.com.
6. Критерії діагностики і психотерапії розладів психіки та поведінки [Електронний ресурс] / Під ред. Б.В.Михайлова, С.І.Табачнікова, О.К.Напреєнка, В.В.Домбровської // Новини української психіатрії. - Харків, 2003. - Режим доступу: <http://www.psychiatry.ua/books/criteria/paper09.htm>.
7. Матейко Н.М. Клінічна психологія:Словник-довідник. – Івано-Франківськ, 2015. – 134с.

Семінарське заняття № 9

Тема. Порушення психічного розвитку у різні вікові періоди.

I. Розкрийте сутність понять

Акцентуації характеру, хвороба Альцгеймера, хвороба Піка, сенільна деменція, пресенільна деменція, маразм, синдром Стендаля, синдром Єрусалиму, синдром Кувад, синдром Дулітл.

II. Питання для поглибленого опрацювання та обговорення

1. Психологічні особливості та психосоматичні розлади у підлітків та в ранній юності.
2. Патологічні потяги в підлітковому віці.
3. Психологічні особливості та психічні розлади в осіб зрілого, похилого та старечого віку.
4. Культуральні синдроми.
5. Психологія сімейних відносин. Саногенне та патогенне мислення.

III. Завдання для самостійного опрацювання

1. Опрацюйте опитувальники діагностики Інтернет-залежності В. Лоскутової (російськомовна адаптація опитувальника К.Янг); скринінг-тест на виявлення сексуальної адикції, П. Карнес; тест «Виявлення залежності в почутті любові»; тест на виявлення залежності від сексу, А. В. Котляров.
2. Проведіть діагностику розладів харчової поведінки серед однокурсників за Голландським опитувальником харчової поведінки та Опитувальником нервової орторексії С. Бретмена.
3. Опрацюйте опитувальник образу власного тіла (О. А. Скугаревський і С. В. Сивуха)
4. Розробіть презентацію та проведіть інформаційно-просвітницьку кампанію серед однокурсників «За здоровий спосіб життя».
5. Підготуйте повідомлення на теми: «Проблема депресії в аспекті охорони психічного здоров'я в осіб похилого віку».

IV. Питання для самоконтролю

1. Які психологічні зміни відбуваються в підлітковому віці?
2. Назвіть типові поведінкові реакції підлітків, які містять у собі небезпеку переростання в патологічні.
3. Поясніть суть реакції «опозиції», «імітації», «гіперкомпенсації», «емансипації», «групування».
4. Дайте коротку характеристику психологічних особливостей людей похилого віку.
5. Назвіть типові психологічні феномени осіб похилого віку.
6. Які патохарактерологічні особливості можуть призвести до виникнення деяких культуральних синдромів?

Література

1. Марилов В.В. Общая психопатология: учеб. пособие. – М.: «Академия», 2002. – 58-66
2. Менделевич В.Д. Клінічна і медична психологія. – М., 2001. – С.429-464
3. Левченко И.Ю. Патопсихология: Теория и практика. – М.: «Академия», 2000. – с.3-23
4. Личко Е.А. Подростковая психиатрия. Л., 1985. – С.33-77
4. Гурьев Н. Д. «Страсти и их воплощение в соматических и нервно-психических болезнях». - Свет Православия, 1998
5. Виктор Э. Франкл «Основы Логотерапии. Психотерапия и Религия». – СПб., 2000
6. Клінічна психодіагностика: Практикум / М.В.Миколайський. – Івано-Франківськ, 2006. – С.18-35

Зміст завдань для самостійного опрацювання

№ лекції	№ п/п	Зміст завдань
1	1	Депривація та її роль у виникненні психогенних розладів у дітей та підлітків
2	2	Систематика психогенних чинників. Патогенез психогеній в дитячому та підлітковому віці.
3	3	Гострі психогенні афективно-шокові реакції. Гострий психоз страху.
4	4	Гострі істеричні реакції. Синдром Ганзера, псевдо деменція, пуерилізм. Гострий психогенний ступор.
5	5	Психогенні депресії. Позитивні та негативні афекти при депресії. Типові циркулярні депресії та манії.
6	6	Атипові депресії та гіпоманії.
7	7	Психосоматичні розлади.
8	8	Психотерапія неврозів.

Тема.1 Предмет вивчення неврології. Теорії та концепції неврозогенезу.

1. Сучасний стан неврології як науки.
2. Наукові платформи дослідження неврозів.

Література

1. Свядощ А.М. Неврози и их лечение. – М., 1997 – с. 6-21
2. Гурьева В.А. Психогенные расстройства у детей и подростков. – М., Крон-пресс, 1999. – с. 5-18
3. Комер Дж. Рональд. Основы патопсихологии.

1. Сучасний стан неврології як науки

Термін "неврози" було введено в практику шотландським лікарем W. Gullen (1776). Він визначав його як "нервовий розлад, який не супроводжується лихоманкою, не пов'язаний із захворюванням якогось органу, а обумовлений загальним стражданням, від якого залежать рухи і думки". Спочатку він об'єднував не тільки широке коло психічних, але й низку неврологічних та соматичних захворювань, які не супроводжуються морфологічними змінами. У подальшому А. Strumpell (1894), С. Westphal (1877), J.Charcot (1889), P.Janet (1905), P.Dubois (1912) сформували сучасне уявлення про неврози як психогенно зумовлені захворювання.

Сьогодні невроз – це психогенний нервово-психічний розлад, який виникає в результаті порушення особливо значущих життєвих відношень людини, проявляється в специфічних клінічних феноменах за відсутності психотичних явищ. Невроз характеризується зворотністю патологічних проявів, незалежно від його тривалості, що відповідає розумінню неврозу І.П. Павловим, як зриву вищої нервової діяльності і може тривати дні, тижні, місяці і навіть роки; психогенною природою захворювання, яка, згідно з Мясіщевим, визначається існуванням зв'язку між клінічною картиною неврозу, особливостями системи стосунків та патогенною конфліктною ситуацією хворого; специфічністю клінічних проявів, які полягають в домінуванні емоційно-афективних та соматовегетативних розладів.

Неврологія як і патопсихологія, нейропсихологія, психологія девіантної поведінки, психосоматика є розділом клінічної психології. Багато невротичних розладів та розладів особистості супроводжуються розладами здоров'я та вегетативними симптомами (напади прискороного серцебиття – тахікардія, підвищення чи пониження артеріального тиску, пітливість, порушення роботи внутрішніх органів – шлунка, кишківника, стравохода тощо). Саме тому хворі звертаються частіше не до психолога, а до лікарів – терапевтів, ендокринологів, невропатологів...Спроби не усувати причини, а лікувати наслідки як правило, не дають результатів. Розлади особистості залишаються не розпізнаними.

2. Наукові платформи дослідження неврозів

Серед основних теорій етіології та патогенезу невротичних розладів виділяють: фізіологічну (І.Павлов), психодинамічну (З.Фройд), біхевіористичну (Дж. Вольпе, Г. Айзенк), екзистенційну (В.Франкл), інформаційну теорії.

Згідно з фізіологічною теорією невроз є хронічним відхиленням ВНД від норми (І. Павлов); невротичний розвиток виникає як зіткнення і протистояння протилежних стимулів, що створює ситуацію невизначеності при формуванні рефлекторної відповіді (І. Павлов); невроз є конкуренцією двох систем збудження, що веде до виснаження системи гальмування (П. Анохін). Невроз є порушенням не на рівні певних структур мозку, а на рівні формування функціональних систем.

В концепції біхевіористичної терапії заперечується існування неврозу в якості самостійної нозологічної одиниці. Реально існують тільки окремі невротичні симптоми які є результатом неправильного процесу навчання (Eysenk H.J., Rachman S., Wolpe J.). Як зазначає Eysenk H.J., «немає неврозу, який ховається за симптомом, це просто один симптом». При цьому ігнорується роль свідомих соціальних факторів особистісного функціонування. Тобто, невроз є “погана, стійка звичка неадаптивної поведінки, набута в процесі навчання” (Дж. Вольпе), це не самостійна нозологічна одиниця, а патологічний прояв особистості, який виникає через помилкові висновки про реальність (А. Бек).

Згідно з психодинамічною теорією невроз – це невирішений конфлікт між частинами особистості (Ід, Его, Суперего) зазвичай у ранньому дитячому віці. Тому він виступає способом вивільнення внутрішнього напруження. Невротичний розлад виникає тоді, коли механізми психологічного захисту не справляється зі своїми функціями.

Для екзистенціалістів неврози взагалі не є захворюванням, яке має власні нейрофізіологічні механізми. Як і інші психічні розлади, невроз є «особливою формою існування хворого» (May R.). Для С.Р. Rogers – одного з представників гуманістичної психології, невроз є наслідком незадоволення іманентно властивої кожній людині потреби в само актуалізації. Тобто, невроз виникає, коли людина втрачає сенс життя – нооневроз (від грец. “ноос” - “сенс”). “Невротичний хворий зазвичай прагне виконати певне одне життєве завдання, нехтуючи усіма іншими” (В. Франкл).

Найбільш радикальну позицію займають представники псевдонаукового напрямку «антипсихіатрія», які вважають, що невроз є не захворюванням, а «нормальною поведінкою людини в ненормальному суспільстві».

Схожі ідеї висуває інформаційна теорія, згідно з якою невроз є реакцією на невідповідність обсягу інформації часу, виділеному на її опрацювання та рівню домагань, а також виникає тільки на ту інформацію, яка має для людини значення.

Запитання для самоконтролю

- 1. Хто вперше ввів поняття «невроз»?*
- 2. Як сьогодні визначається невроз?*
- 3. Назвіть відмінності у трактуваннях неврозу в різних психотерапевтичних напрямках.*
- 4. Який з підходів найбільш влучно відображає природу неврозів?*

Тема 2. Психологічна травма та емоційний стрес як чинники невротичних розладів

1. Уявлення про психічну травму. Типи конфліктних ситуацій в класифікації.
2. Преморбідні особистісні риси. Особливості вищої нервової діяльності.
3. Загальні закономірності формування психогеній.

Література

1. Свядощ А.М. Неврози и их лечение. – М., 1997
2. Гурьева В.А. Психогенные расстройства у детей и подростков. – М., 1999.
3. Комер Дж. Рональд. Основы патопсихологии. М., Прайм-Еврознак, 2005 г.
4. Карвасарський Б.Д. Неврози. – М.: Медицина, 1990.

1. Уявлення про психічну травму. Типи конфліктних ситуацій в класифікації

Психічною травмою називається життєва подія, що стосується значущих сторін існування людини і приводить до глибоких психологічних переживань. Психічна травма, як подія або ситуація, стоїть в ряді інших життєвих ситуацій. Відповідно до класифікації D.Magnusson, існує п'ять рівнів визначення ситуації: стимули – окремі об'єкти або дії, епізоди – особливі значимі події, що мають причину і наслідок, ситуації – фізичні, тимчасові і психологічні параметри, обумовлені зовнішніми умовами, оточення – узагальнююче поняття, що характеризує типи ситуацій, середовище – сукупність фізичного і соціального перемінних зовнішнього світу.

До невротичних розладів можуть приводити як епізоди і ситуації, так оточення і середовище. При аналізі фактора психічної травми виділяють такі її характеристики, як інтенсивність, зміст, значущість і актуальність, патогенність, гострота появи (раптовість), тривалість, повторюваність, зв'язок із преморбідними особистісними особливостями.

На думку Г.К.Ушакова, за інтенсивністю психічні травми потрібно поділяти на: масивні (катастрофічні), раптові, гострі, несподівані, приголомшливі, однопланові; ситуаційні гострі (підгострі), несподівані, що пов'язані з утратою соціального престижу; пролонговані ситуаційні, що трансформують умови багатьох років життя (ситуація позбавлення); пролонговані ситуаційні, що приводять до усвідомленої необхідності стійкої психічної перенапруги (виснажуючі).

В.М.Мясищев поділяв психічні травми на об'єктивно-значимі й умовно-патогенні, підкреслюючи тим самим семантичну роль події. *Під об'єктивно-значимими* розуміють життєві події (психічні травми), значимість яких можна вважати високою для переважної більшості людей - смерть близьких, розлучення, звільнення й ін. *Умовно-патогенними* називають події, що стають психічними травмами, які викликають переживання в силу особливостей ієрархії цінностей людини (наприклад, утрата марки з колекції філателіста).

Поширена в західній психіатрії *шкала Holmes-Rahe*, за допомогою якої кожній життєвій події приписується суто визначений і незмінний виражений у

балах коефіцієнт. На підставі суми балів пропонується судити про силу й інтенсивність психічного впливу життєвих подій.

Актуальний конфлікт, що формується на базі психічної травми, на думку N.Peseschkian, складається з життєвих подій і мікротравм, роль яких виділяється цим автором особливо. До останнього відносяться, наприклад, такі, як непунктуальність, неохайність, несправедливість, непорядність, невірність учасника комунікативного процесу. Подібні мікротравми, діючи щодня і монотонно, здатні викликати і сформувати невротичну симптоматику. Таким чином, на перший план висувуються не стільки значимість або інтенсивність психотравмуючого впливу, скільки повторюваність, однотипність і тривалість мікротравм, що входять у суперечність із уявленнями людини про "правильні якості" партнера.

2. Преморбідні особистісні риси

Для того, щоб діагностувати невротичні розлади (і навіть захворювання), обов'язко повинна бути соматична (вегетативна) складова цих порушень, яка демонструє перехід від психологічного рівня реагування, який знаходиться в межах нормативної поведінки, на більш глибокий – психосоматичний.

Більшість західних дослідників погоджується з думкою про те, що «будь-який невроз є характерологічним» (Shapiro D., 1989), що «реальна основа психічних розладів знаходиться в порушеннях в рамках характеру, що ці симптоми є початковим результатом конфлікуючих характерологічних рис і що без розкриття і виявлення структури невротичного характеру неможливо лікувати невроз» (К.Хорні,1996). К.Наранхо (1998) вважає, що «повна теорія характеру включає і теорію неврозу».

Психічні порушення частіше розвиваються у акцентуованих, інфантильних і психопатичних особистостей, їх також можуть викликати власне соматогенні чинники, що є наслідком хронічних хвороб і таких несприятливих екзогенних впливів, як інтоксикації, іонізуюче випромінювання тощо.

Найбільші труднощі виникають при встановленні меж невротичних розладів, виділення патології та відмежування її від феноменологічно подібних, але принципово відмінних механізмів психогенезу. Для появи неврозу (неврозогенезу) необхідною умовою є набір специфічних рис, так званого «потенційного невротика», а для протистояння становлення невротичного конфлікту та розладів – необхідний набір типових ознак «неврозостійкої особистості». Невротичні розлади відрізняються від психосоматичних представленістю в клінічній картині психопатологічних або соматичних симптомів, а також специфічних внутріособистісних конфліктів.

3. Загальні закономірності формування психогеній

Закономірності формування клінічних проявів психогенних захворювань К. Jaspers (1923) сформулював у вигляді тріади:

1. захворювання починається внаслідок психічної травми;

2. фабула психопатологічної симптоматики відображає зміст психотравмуючого чинника;

3. регрес психопатологічної симптоматики залежить від завершення психотравмуючої ситуації.

Серед психогенно зумовлених порушень психічної сфери виділяють **психогенні реакції, неврози та реактивні психози.**

Вплив будь-якого зовнішнього чинника на людину зумовлює реакцію у межах фізіологічної норми. Неадекватна реакція на певний вплив робить її патологічною. Основні ознаки патологічної відповіді: неадекватні тривалість, сила та модальність (зміст). Реакція зазвичай триває недовго (від кількох годин до кількох діб) та повністю редукується.

За клінічними проявами такі реакції поділяються на психотичні та непсихотичні. *Психотичні* – параноїдні, галюцинаторні, присмеркові, афективні, психомоторні. *Непсихотичні* – невротичні, неврозоподібні, психопатичні, психопатоподібні. Невротичні реакції підлягають критичній самооцінці, психопатичні – лише якоюсь мірою. В генезі неврозо- та психопатоподібних реакцій лежить екзо- або ендогенно-органічний чинник.

Психопатологічна феноменологія невротичних порушень складається з симптомів емоційно-афективних розладів, що відображають тематичний зв'язок із психотравмуючою ситуацією; симптоми вторинно-афективної переробки власних сомато-вегетативних виявів; зменшення частини усвідомленої, змістовно-логічної переробки інформації та збільшення емоційно-евристичної, неусвідомленої; відсутність психотичних розладів психічної сфери; одужання без дефекту особистості.

За динамікою перебігу невротичних розладів виокремлюють невротичні реакції – стійкі невротичні стани – невротичний розвиток особистості.

На сьогодні загально визнаною є теорія поліфакторності етіопатогенезу психогенних захворювань. Можна виділити 3 основні групи етіологічних чинників.

Біогенні. Обстеження батьків, сибсів та близнюків хворих на психогенні недуги засвідчило статистично важливу високу психічну захворюваність порівняно із загальною популяцією. Серед хворих з психогеніями переважають жінки, а з реактивними психозами – чоловіки.

Психологічні. Конституційно-типологічні. Різні типи акцентуації особистості (К. Леонгард, 1981) або акцентуації характеру (А. Е. Личко, 1985): астено-невротичний, лабільний, сенситивний, психастенічний, істероїдний, епілептоїдний, шизоїдний, змішаний. Екзогено-психотравмивні: родинно-побутові, сексуальні, виробничі.

Соціальні: мікросоціальні, макросоціальні. У генезі форм психогенних захворювань різні етіологічні чинники грають неоднозначну роль. Так, клінічні варіанти гострих реактивних психозів меншою мірою залежать від конституційно-типологічних персональних особливостей. В той же час для формування клінічних варіантів неврозів вони мають провідне значення.

Сучасні уявлення про **патогенез** психогенних захворювань можуть бути сформульовані у рамках системно-рівневого підходу.

Нейрофізіологічний рівень. Виникнення психогенних захворювань та їхні клінічні прояви залежать від типології ЦНС та стану інтегративних систем мозку, що відповідальні за регуляторні, адаптивні, мотиваційні й активаційні функції.

Нейрохімічний рівень. Основною патогенетичною ланкою психогенних захворювань є дисбаланс катехоламінів (підвищення рівня норадренатину та зниження дофаміну), а також вияви вичерпання синтезу ендогенних опіоїдів (емоціогенно-компетентних нейропептидів).

Психофізіологічний рівень. Численними дослідженнями виявлено багатоланкові патофізіологічні ланцюги: психогенний чинник – центральні емоційно-вегетативні регуляторні системи лімбіко-гіпоталамічного рівня – периферичні сомато-вегетативні кореляти.

Патопсихологічний рівень. Провідною патогенетичною ланкою є виникнення гострого або хронічного психологічного конфлікту, який дана особистість не здатна залагодити.

Усі варіанти психологічних конфліктів поділяються на дві групи: неможливість досягнути мети, що викликає тривогу; позбавлення задоволення потреб, що зумовлює фрустрацію. При цьому можливі підвищений рівень домагань та самооцінка; незбіг потреб та особистої системи цінностей, що викликає боротьбу між "обов'язком та бажанням"; незбіг об'єктивних особистих можливостей та вимог.

На такі внутрішньоособистісні конфлікти індивід реагує переважно чотирма основними видами компенсаторно-приспосовницьких механізмів психологічного захисту, що мають значення для синдрому генезу психогеній: переключення мети - зміна діяльності, "вихід у роботу", хобі та ін.; витіснення – психологічне ігнорування, заперечення існування конфлікту; знецінення важливості конфлікту - "інтелектуалізація", "раціоналізація"; дезадаптація – формування патологічних симптомів як механізму, що звільняє від відповідальності - "вихід у хворобу".

Запитання для самоконтролю

- 1. У якому випадку епізоди і ситуації, оточення і середовище стають психотравмуючими?*
- 2. Вкажіть основні характеристики фактора психічної травми.*
- 3. Назвіть класифікацію психічних травм за інтенсивністю Г.К.Ушакова.*
- 4. Яку роль у неврозогенезі відіграють преморбідні риси особистості?*
- 5. Поясняйте триаду К.Ясперса*
- 6. Які порушення психічної сфери належать до психогенно зумовлених?*

Тема 3. Причини виникнення та види неврастенії (F 48)

1. Умови виникнення неврастенії.
2. Клініка та форми неврастенії.

Література

1. Свядощ А.М. Неврози и их лечение. М., 1979
2. Каменецкий Д.А. Неврология и психотерапия. – М., 2012.
3. Менделевич В.Д., Соловьева С.Л. Неврология и психосоматическая медицина. М., 2002.

1. Умови виникнення неврастенії

Неврастенія – одна з найпоширеніших «хвороб цивілізації». Це психогенне захворювання споріднене неврозам. Головна його характеристика - стан «дратівливої слабкості». Друга назва неврастенії - «синдром хронічної втоми» - дуже вдало характеризує основні її ознаки. Згідно зі статистичними даними, до 5% населення схильні неврастенії. В основному це люди 20-40 років, рідше вона зустрічається у дітей.

Неврастенія виникає в основному при поєднанні наступних особистісних особливостей і робочих обставин:

- Підвищена відповідальність, «синдром перфекціоніста» - людина прагне досягти максимуму в роботі, особистому житті, суспільстві.
- Високі навантаження у всіх областях життя – складні і численні обов'язки на роботі, необхідність допомагати родичам, підтримувати соціальний статус.
- Обмеженість часу. Замовлення потрібно виконувати «на вчора», рішення приймати терміново, проблеми вирішувати зараз же.

Діючи в сукупності, ці фактори викликають надзвичайний перенапруження психічних сил і подальше їх виснаження, яке і проявляється як ознаки неврастенії.

Термін "неврастенія" запропонував американський психіатр G. Beard (1869). У клінічній картині неврастенії провідним є астенічний синдром. Характерна тріада: підвищена дратливість, головний біль, порушення формули сну. Хворі неврастенію дуже легко стомлюються, а потім насилу відновлюють сили, як фізичні, так і психічні, скаржаться "на загальну слабкість, погане самопочуття, розбитість, не витривалість до звичних навантажень. Характерні порушення чутливості, гіперпатії (найчастіше у вигляді гіперакузії, коли звуки звичайної сили "ріжуть" вуха, а природні запахи сприймаються занадто гостро; хворобливо переносять денне світло та ін.). На тлі оптичної гіперестезії часто виникає перевтома очей – астенопія; хворі не здатні довго фіксувати об'єкти зором, особливо текст. Астенопія швидко посилюється під час читання.

Облігатним симптомом є головний біль. Він має різноманітний характер: ніби тисне, пече, коле; гострий, тупий, тягнучий та ін.; мігрує (лобний, скроневий, потиличний та ін.). Головний біль часто супроводжується гіпер- та парестезіями. Одна з постійних ознак – відчуття оперізуючого стискання голови - "каска неврастеніка". Нерідко спостерігається шкірна гіперестезія

волосяної частини голови. Поряд з головним болем, спостерігаються відчуття заколисування, нудота, шум у вухах.

Основними змінами психічної сфери поряд із астеничним симптомокомплексом, є емоційно-афективні порушення. На фоні суб'єктивного відчуття постійної втоми спостерігаються пригнічення, негативне загальний фон настрою, як правило, песимістична оцінка власного стану здоров'я.

2. Клініка та форми неврастенії

Розвиток хвороби відбувається поступово, у міру виснаження резервів нервової системи. Одними з перших симптомів неврастенії з'являється гіперестезія і дратівливість. Вони змінюються стомлюваністю, слабкістю і виснаженням нервових процесів. Навіть тривалий відпочинок не призводить до повного відновлення сил. Фізичні прояви супроводжуються психологічними - апатією, депресією, частими змінами настрою. У розвитку симптомів неврастенії можна виділити ряд послідовних фаз, які відповідають клінічним формам: гіперстенічна фаза; фаза дратівливою слабкості; гіпостенічна фаза.

Гіперстенічна фаза. З неї, як правило, починається розвиток захворювання. Характерними є швидка стомлюваність, відчуття занепаду сил, дратівливість. Велике значення в клініці неврастенії має гіперестезія. Навіть нормальні фізіологічні процеси через підвищеної чутливості сприймаються як надмірні, хворобливі. Всі відчуття хворий описує як дуже інтенсивні. Іноді гіперестезія настільки виражена, що заважає нормальному сну. Хворий уникає яскравого світла, різких звуків, навіть скупчення людей викликають у нього дискомфорт. Гіперестезія викликає також різноманітні соматичні скарги – болі в животі, в серці, задишка, відчуття серцебиття, шум у вухах, відчуття котрі бігають мурашок. На цій стадії хворі не можуть зосередитися на одній справі, через що страждає якість роботи. Увага переходить з однієї справи на іншу, робляться численні безуспішні спроби закінчити розпочаті справи. Лікування в домашніх умовах гіперстенічної форми можливо і цілком успішно. Медикаментозне лікування на цій стадії не показано. Добре зарекомендували себе поєднання режимних заходів та психотерапії. Хворого бажано тимчасово звільнити від роботи.

Стадія дратівливої слабкості. Найяскравіша, вона і дала характеристику всьому захворюванню. Більшість пацієнтів звертаються за допомогою саме в цій фазі захворювання. Посилюється відчуття втоми, воно займає чільне місце в житті хворого. Різко вираженою стає дратівливість. При цьому короткі періоди активного вираження почуттів змінюються тривалими періодами апатії і мовчазного роздратування, образи на оточуючих. Стає ще більш складним виконання обов'язків, хворий не може зосередитися навіть на короткий термін. Виконання найпростішої роботи займає все більше часу. Навіть значні періоди відпочинку не приносять полегшення.

На цій стадії часто з'являється безсоння, тому вдень хворий сонливий, млявий, почувається виснаженим, розбитим. Появляються вісцеральні симптоми. З боку серцево-судинної системи це нестійкі, з періодами підвищення і пониження артеріального тиску, головні болі, запаморочення,

серцебиття, болі в серці. З боку шлунково-кишкового тракту - порушення апетиту, болі в животі, розлади стільця. Можлива задишка, порушення в статевій сфері. На цій стадії лікування симптомів неврастенії комплексне і більш тривале, ніж на першій. Може знадобитися більш тривалий відпочинок, фізіотерапевтичне лікування. Необхідність в транквілізаторах або снодійних вкрай рідкісна.

Гіпостенічна фаза. Розвивається в результаті крайнього виснаження можливостей нервової системи. У хворих при цьому постійно знижений фон настрою, з вираженою апатією, тривожністю і негативізмом. Спостерігаються перепади настрою, плаксивість. Хворі фіксовані на своїх відчуттях, іпохондричні, потребують уваги з боку оточуючих. При виражених порушеннях в роботі соматичних органів, можливо, буде потрібно госпіталізація. Крім використовуваних на другій стадії може виникнути необхідність підключити нейролептики. Доцільним є психотерапевтичне лікування неврастенії, яке передбачатиме визнання існування проблеми, зниження тривожності, прийняття себе та умов життя «як є». Надалі відбувається поступове повернення до нормального життя і колишнього рівня активності.

Запитання для самоконтролю

- 1. Чому неврастенію називають синдромом хронічної втоми?*
- 2. Які чинники провокують появу неврастенії?*
- 3. Які основні форми неврастенії?*
- 4. Які основні заходи при лікуванні неврастенії?*

Тема 4. Дисоціативні розлади (F44). Диференціальна діагностика істеричних та епілептичних нападів

1. Етіологія та патогенез істерії.
2. Клініка (особливості протікання).
3. Диференціація істеричного та епілептичного нападу.

Література

1. Свядощ А.М. Неврози и их лечение. М., 1979
2. Каменецкий Д.А. Неврология и психотерапия. – М., 2012
3. Дитяча психіатрія: підручник/Г.М. Кожина, В.Д Мішійєв. – К., 2014.

1. Етіологія та патогенез істерії

Загальними ознаками, які характеризують дисоціативні та конверсійні розлади є часткова або повна втрата нормальної інтеграції між пам'яттю на минуле, усвідомлення ідентичності та безпосередніх відчуттів з однієї сторони, і контроль рухів тіла, з іншої. Вважається, що при дисоціативних розладах свідомий та елективний контроль пам'яті, відчуттів та рухів, які треба здійснювати, порушений до такої міри, що може змінюватися протягом кількох днів чи навіть годин.

Істерія (hysteria, гр. - hystera – матка) – різновид психогеній, що виникає у зв'язку з психотравмуючою обстановкою в осіб з особливим складом характеру (істеричний характер).

У патогенезі цього захворювання важливу роль відіграє механізм "втечі у хворобу", "умовної приємності, бажаності" хворобливого симптому. І.П. Павлов довів, що тимчасові порушення функцій організму, даючи людині той чи інший життєвий зиск, наприклад, вихід із загрозової ситуації або втечу від похмурої реальності, можуть завдяки своїй "умовній приємності" закріпитись за механізмом умовного рефлексу. Це і лежить в основі істеричної фіксації хворобливого симптому. Особливостями хворих на істерію є демонстративність, прагнення будь-яким шляхом привернути до себе увагу, велика навіюваність, самонавіюваність та інфантильні (дитячі) механізми психологічного захисту в конфліктних ситуаціях.

2. Клініка (особливості протікання)

Враховуючи дуже різноманітну симптоматику істерії, її розлади умовно поділяють на моторні, сенсорні, вегетативно-вісцеральні та психічні.

Моторні розлади можуть проявлятися істеричними пароксизмами, функціональними паралічами, парезами, афонією, м'язовими контрактурами, гіперкінезами, явищами астазії-абазії, різноманітними порушеннями ходи, затинанням та ін. Істеричний пароксизм виникає, зазвичай, у присутності глядачів, проявляється падінням, як правило, безпечним, у вигляді повільного опускання, після якого, за висловом Е. Кречмера, «розгорається пожежа усіляких виразних рефлексорних рухів, одне за одним». Істеричний напад триває від декількох хвилин до декількох годин. Може бути перерваний зовнішніми впливами, наприклад, голосним звуком, різкою командою,

обливанням холодною водою та ін. Нерідко напад переходить у плач, стан розбитості, втоми, безсилля, рідше у сон.

Про період істеричного нападу зберігаються часткові спогади. Істеричні паралічі (як і парези) виникають у вигляді моноплегій (монопарезів), параплегій (парапарезів), тетраплегій (тетрапарезів) і т.ін. При цьому зона параліча (пареза) може обмежуватися розмірами пальця, кисті, стопи, руки чи ноги і т.д. («пташина лапа»). Як правило, вони, на відміну від органічних, не супроводжуються патологічними рефlekсами, пірамідними знаками і топографічно не відповідають ходу нервових стовбурів.

Сенсорні розлади можуть проявлятися: зниженням чутливості, чи повною анестезією на тактильні, температурні чи больові подразники, або ж гіперестезіями на ті ж впливи. Ділянки анестезії або гіперестезії при цьому також можуть зовсім не відповідати певним зонам інервації: бути у вигляді так званих курток, напівкурток, трусів, напівтрусів, панчох, шкарпеток, рукавичок і т.ін. Нерідко виникають явища істеричної сліпоти, глухоти та німоти (сурдомутизм), втрати нюху, смаку, відсутності глоточного рефlekсу.

Вегетативно-вісцеральні розлади при істерії найбільш частими і різноманітними. У зв'язку зі спазмом гладкої мускулатури може виникати почуття стискання гортані (*globus hystericus*), враження нехватки повітря, що нагадує бронхіальну астму, відчуття непрохідності стравоходу (дисфагія), затримка сечовипускання, закрепи. Можлива істерична анорексія (іноді з відразою до певного виду їжі), ікота, зригування, порушення салівації, проноси, нудота.

Психічні розлади проявляються передовсім підвищеною афективністю, хворі з найменшого приводу зриваються на крик, тупають ногами, б'ють посуд, вередують. Настрій лабільний, з частими різкими перепадами від награно-захопленого до незадоволено-буркотливого. Істерія може імітувати окремі симптоми будь-яких психічних захворювань, про які хворі мають хоча б якесь уявлення. Часто виникають психогенні амнезії (тотальні або часткові). Фіксовані страхи, істеричні депресії, як правило, неглибокі і супроводяться яскравим зовнішнім оформленням у вигляді театральних поз, стогону, патетичних заяв і т.п.

3. Диференціація істеричного та епілептичного нападу

Істеричні втрати свідомості (обмороки) відрзняються від справжніх обмороків меншою глибиною затьмарення свідомості, меншим послабленням дихання і кровообігу, відсутністю, як правило, різкого збліднення обличчя.

У зв'язку із широкою популяризацією медичних знань відбувся патоморфоз істеричних розладів. Так, замість повної втрати чутливості хворі скаржаться на оніміння кінцівок, повзання мурашок, хворі говорять про свої переживання з пафосом, підкреслюючи їх винятковий характер: біль «жахливий», «нестерпний». Водночас, вони не обтяжені цими порушеннями, ніби байдужі до них.

У зарубіжній літературі деякі істеричні розлади називаються дисоціативними. Дисоціація – це стан, при якому деякі психічні комплекси

тимчасово набувають автономії і керують психічними процесами у відриві від цілісності психічного життя. До істеричних розладів дисоціативного типу належать амнезії (F44.0), fuga (F44.1), ступор, трансї та одержимості (F44.3), істеричні психози.

Диференціальна діагностика істеричних та епілептичних нападів

Епілептичні пароксизми	Істеричні напади
Виникають поза зв'язком із зовнішніми факторами	Виникають при психотравмуючій ситуації
Тривалість нападу обмежена в часі	Тривалість нападу залежить від тривалості психотравмуючої ситуації
Відзначається зміна або виключення стану свідомості	Свідомість ясна або афективно звужена
Після нападу виникає кома, що переходить в сон	Після нападу з'являються елементи демонстративності й істеричний мутизм
Почастішання пароксизмів протягом захворювання	Частота пароксизмів залежить від психотравмуючих факторів
У хворих формуються епілептичні зміни особистості	У хворих виявляються особистісні особливості за невротичним типом
Характерні зміни при електроенцефалографії (ЕЕГ)	ЕЕГ в межах фізіологічної норми
Купірування пароксизмальних нападів досягається за допомогою протиепілептичних засобів	Купірування пароксизмальних нападів досягається за допомогою психотерапії та транквілізаторів

У клінічному розумінні термін «конверсія» означає особливий патологічний механізм, що спричинює трансформацію психологічних механізмів у сомато-неврологічні симптоми. Це рухові, сенсорні та вегетативні симптоми істеричного неврозу.

На відміну від конверсійних істеричних симптомів при симуляції ознаки, що імітують захворювання перебувають під свідомим контролем і можуть бути перервані симулянтю у будь-який момент. При істерії соматоневрологічні порушення розвиваються за своїми клінічними закономірностями, не зважаючи на бажання хворого.

Запитання для самоконтролю

- 1. Чому істерію називають «великою симулянткою»?*
- 2. В чому специфіка моторних, вісцеральних, психічних розладів при істерії?*
- 3. Чим відрізняється епілептичний напад від істеричного?*
- 4. Поясніть поняття «конверсія» та «дисоціація».*
- 5. Чи вплинули на протікання істеричного неврозу сучасні знання? Як?*

Тема 5. Невроз нав'язливих станів (F40- F42)

1. Фобійні тривожні розлади (F40).
2. Клініка психастенії.

Література

1. Дитяча психіатрія: підручник/Г.М. Кожина, В.Д Мішієв. – К., 2014.
2. Пограничная психическая патология в общей медицинской практике /под ред. А.Б.Смулевича. - М., 2000
3. Свядош А.М.Неврози и их лечение. М., 1979

1. Фобійні тривожні розлади (F40)

Невроз нав'язливих станів – це загальна назва неврозів, що проявляються нав'язливими страхами (фобіями), нав'язливими думками (обсесіями), нав'язливими діями, тривогою. Як самостійне захворювання описаний Р. Janet (1905) під назвою "психастенія" та систематизоване С. А. Сухановим (1905). Залежно від переважання психопатологічної симптоматики виділяють фобійний, обсесивний, та компульсивний варіанти неврозу. У МКХ-10 різні прояви неврозу нав'язливих станів кодуються різними знаками

фобійні і тривожні розлади – F40;

агорафобія без панічних розладів – F40.0;

агорафобія з панічними розладами – F40.01;

соціальні фобії – F40.1;

специфічні (ізолювані) фобії F – 40.2;

інші тривожні розлади – F41;

обсесивно-компульсивні розлади – F42.

У вітчизняній психіатрії ці стани традиційно описуються як окремі форми неврозу, тому що вони пов'язані загальним етіологічним фактором (психічна травма), виникають у людей з подібними особистісними особливостями. Симптоми хвороби рідко діагностуються ізолювано і супроводжуються характерними для всіх неврозів вегетативними розладами.

Появі симптомів неврозу нав'язливих станів передують психічна травма, що визначає зміст провідного порушення. Так, у пацієнтки, що опинилася в натовпі, при виході з метро з'явилися болючі відчуття в серці і страх, що воно може зупинитися, надалі розвивається агорафобія. У початковій стадії хвороби найчастіше виникає панічний розлад, що визначає дебют захворювання. Це зненацька виниклі і швидко наростаючі вегетативні порушення (відчуття ядухи, стиснення в грудях, запаморочення, серцебиття, пітливість), що супроводжуються страхом знепритомнення, божевілля, смерті. Цей стан може тривати до 20-30 хв. Після панічних атак розвивається нав'язливий страх – фобія: агорафобія, соціофобія, іпохондрична фобія.

Фобійні тривожні розлади проявляються конкретним нав'язливим страхом і тривогою, що виникають у певній ситуації, супроводжуються вегетативною дисфункцією. Як наслідок, цих ситуацій або їхніх об'єктів уникають або переживають їх із почуттям страху. Страх при фобіях

кондиціональний, тобто з'являється лише за певних умов і поза ними не виникає.

Агорафобія – страх відкритих просторів, транспорту, натовпу (від грец. базарна площа, страх). Провокується перебуванням у метро, магазині, натовпі, ліфті, літаку, театрі, кінозалі і т. д. Страх супроводжується вегетативними симптомами (сухість у роті, тахікардія, тремор), торакоабдомінальними симптомами (задишка, ядуха, біль у грудях, нудота, відчуття дискомфорту у травному каналі), психічними симптомами (дереалізація, деперсоналізація, страх втратити над собою контроль). Хворі намагаються уникати ситуацій, у яких вони можуть залишитися без супроводу близької людини в місцях, звідки їм важко знайти вихід самотійно. Деякі пацієнти не виходять із будинку, боячись повторень нападів страху. Це порушує їхні життєвий стереотип і соціальну адаптацію, іноді вони відмовляються від будь-якої діяльності поза будинком.

Іпохондричні фобії (нозофобії) — нав'язливий страх захворіти на тяжку хворобу. Найчастіше спостерігаються кардіо-, канцеро-, сифіло-, СНІДО-, інсультофобії. Ці хворі нерідко звертаються до різних лікарів, вимагаючи обстеження.

Соціальні фобії (F40.1) – страх опинитися в центрі уваги, поява зняковіння і сором'язливості в присутності чужих людей. Соціальні фобії маніфестують звичайно в підлітковому і юнацькому віці і провокуються особливими ситуаціями в школі (відповідання біля дошки, іспит), необхідністю виступати на сцені, а також контактувати з учителями, вихователями, особами протилежної статі. Спілкування з близькими страх не спричинює. Часто супроводжуються іншими психічними розладами: тривогою, іншими фобіями, афективною патологією, алкоголізмом, розладом харчової поведінки.

Виділяють дві групи соціальних фобій: **ізолювані і генералізовані**. Ізолювані соціальні фобії – це страх невиконання у чужій присутності звичних дій і уникання конкретних ситуацій. Спілкування поза цими ситуаціями не утруднене. Однією з форм ізолюваної соціальної фобії є страх почервоніти, виявити незграбність, зняковіти (ерейтофобія). Побояючись, що оточуючі помітять це, пацієнти на людях сором'язливі, часто бентежаться. При генералізованих соціальних фобіях окрім страху з'являються ідеї малоцінності, відносин. Ці порушення найчастіше виникають при синдромі скоптофобії — страху здатися смішним, виявити на людях свою неповноцінність. Хворі відчувають сором, що не зумовлено реальними фактами, але визначає їхню поведінку (уникання контактів з людьми).

Специфічні (ізолювані) фобії (F40.2) розвиваються в дитинстві або підлітковому віці. Вони обмежені певною ситуацією: страх певної тварини, висоти, грози, нудоти, стоматологічних маніпуляцій. Зіткнення із предметом страху зумовлює тривогу, тому для цих хворих характерно уникати фобічних ситуацій або об'єкта.

Крім нав'язливих страхів при неврозі нав'язливості спостерігаються обсесії (нав'язливі думки) і імпульси (нав'язливі дії).

Панічний розлад, епізодична пароксизмальна тривога (F41.0). Панічні напади перебігають, як і при агорафобії. Швидко формується страх очікування повторних нападів, які хворі намагаються приховати. Панічні напади часто виникають спонтанно, поза зв'язком із ситуаціями, небезпечними або загрозливими для життя. Тривога з'являється раптово, досягає максимуму за кілька хвилин, супроводжується вегетативними розладами. Якщо протягом місяця спостерігаються 4 напади, то мова йде про панічний розлад середнього ступеня тяжкості (F41.00), якщо до 4 нападів на тиждень, то про тяжкий панічний розлад (F41.01).

Генералізований тривожний розлад (F41.1) часто сполучається з іншими невротичними станами. Спостерігається в 2-5 % випадків у популяції, у жінок – 2 рази частіше, ніж у чоловіків. Клінічно проявляється стійкою тривогою, нерідко безпідставною, що супроводжується відчуттям внутрішнього напруження і вегетативними симптомами, інтенсивність яких нижча, ніж при панічному розладі. Хворі відчувають внутрішнє тремтіння, вони боязкі, в усіх справах передбачають гірший результат. Пацієнти нетерплячі, дратівливі, метушливі. Вони звичайно не розцінюють хворобливі симптоми як психічні, тому до психіатра звертаються рідко, більша частина шукають допомоги у лікарів загальної практики.

Змішаний тривожний і депресивний розлад (F41.2) – стани, при яких депресивний і тривожний компоненти виражені недостатньо і жоден із них не домінує над іншим. Ці порушення супроводжуються вегетативними розладами і виникають у психогенних ситуаціях.

2. Клініка психастенії

Психастенія – це форма неврозу, яка розвивається під впливом психотравмуючої ситуації на фоні тривожно-надумливого характеру.

На думку Р. Janet, психастенікам властиві відсутність рішучості, вольової активності, активності та уваги, в них «втрачені функції реальності», внаслідок чого виникають постійні сумніви, безпідставні і безконечні роздумування над одними і тими ж питаннями, своєрідна «розумова жуйка».

Найчастіше захворювання проявляється під впливом хронічних психотравмуючих впливів: тривалих конфліктних відносин з родичами, неприємностями на роботі. Іноді пусковим механізмом до розвитку неврозу стає гостра психотравма, яка накладається на хронічну.

На думку Д.А.Каменецького (2012), психастеніки живуть не теперішнім, а минулим і майбутнім. Будь-яка незнайома справа, ініціатива стає для нього джерелом страждань. П.Б. Ганнушкін вважає, що психастенік здебільшого є іпохондриком. Постійна тривога, побоювання, тривога, неспокій – все це переповнює їхнє життя. Крайньо негативними для них є очікування, саме тому, не зважаючи на свою нерішучість, психастенік іноді проявляє впертість та настирливість. Він недовірливий, підозрілий, мрійник і фантазер, часто сором'язливий. Йому властива схильність до самоаналізу.

На думку дослідників, психастенія – це нормальний специфічний тип особистості із вираженими тривожно-надумливими рисами. Під впливом важких переживань у них можуть виникати два різновиди неврозів: психастенія тривожно-надумлива і психастенія з нав'язливостями.

Тривожно-надумлива психастенія зустрічається рідше і проявляється загостренням характерологічних рис, які набувають гротескного характеру і стають невиносимими для хворих. Знижується настрій до виражених форм депресії по екзогенному типу, порушується сон: хворі швидко засинають, але часто просинаються, в них часті нічні кошмари. Такі хворі рідко звертаються до лікаря.

Друга форма – психастенія з нав'язливостями зустрічається частіше і відрізняється від першої тим, що на фоні загострених рис тривожно-надумливого характеру під впливом додаткових психотравмуючих моментів появляються нав'язливі стани. Деякі автори вважають ці форми фазами одного і того ж захворювання. Саме ці хворі стають пацієнтами психіатрів та психотерапевтів.

Запитання для самоконтролю

1. Яку групу розладів об'єднує невроз нав'язливих станів?
2. Що може спровокувати дебют неврозу нав'язливих станів?
3. Опишіть клініку фобійних тривожних розладів?
4. Які види фобій ви знаєте?
5. В чому специфіка соціальних фобій?
6. Опишіть клініку психастенії.

Тема 6. Обсесивно-компульсивні розлади (F42)

1. Obsесивно-компульсивний розлад (F42).
2. Соматоформні розлади (F45).

Література

1. Дитяча психіатрія: підручник/Г.М. Кожина, В.Д Мішієв. – К., 2014.
2. Пограничная психическая патология в общей медицинской практике /под ред. А.Б.Смулевича. - М., 2000
3. Свядощ А.М. Неврози и их лечение. М., 1979

1. Obsесивно-компульсивний розлад (F42)

Крім нав'язливих страхів при неврозі нав'язливості спостерігаються obsесії (нав'язливі думки) та компульсії (нав'язливі дії).

Клініка obsесивного варіанту характеризується нав'язливими думками, уявленнями, ідеями. Найчастіше бувають нав'язливі сумніви. Зміст їхній різноманітний, як правило, пов'язаний з побутом (чи зачинені двері, вікна, чи вимкнена електрика, газ, вода та ін.) або службовими обов'язками (чи правильні розрахунки, адреси, формулювання та ін.).

Нав'язливі дії ізолювано майже не спостерігаються. Іноді набувають вигляду ізолюваних, моносимптомних рухових розладів, частіше – тиків. Хворі трусять головою, рухають руками, кліпають очима.

Залежно від структурних особливостей obsесивного синдрому виділяють категорії: F42.0 – нав'язливі думки; F42.1 – переважно компульсивні дії, ритуали; F42.2 – змішані нав'язливі думки і дії. Невроз нав'язливості перебігає хронічно. Рідко спостерігається видужання. У разі мономорфних проявів можлива тривала стабілізація, при цьому поступово відбуваються редукція психопатологічних симптомів і соціальна реадаптація. Найбільше резистентні до терапії фобії зараження, забруднення, гострих предметів, контрастні obsесії, численні ритуали. У цих випадках частими є рецидиви хворобливих проявів. Існує ризик формування резидуальних розладів.

Переважно нав'язливі думки або міркування (F42.0) – суб'єктивно неприємні, марні ідеї, страхи, образи, філософські міркування, що не приводять до прийняття рішень.

Obsесивно-компульсивний розлад (F42). Скарги на повторювані тяжкі стереотипні, нав'язливі (obsесивні) думки, образи або потяги, що сприймаються як безглузді, які в стереотипній формі знову і знову спадають на думку і спричиняють безуспішну спробу опору. Компульсивні дії або ритуали – це повторювані стереотипні вчинки, зміст яких полягає в запобіганні яким-небудь об'єктивно малоймовірним подіям. Obsесії і компульсії переживаються як чужорідні, абсурдні й ірраціональні. Пацієнт страждає від них і опирається їм. Найчастіше відзначають нав'язливий страх забруднення (мізофобія), що супроводжується багатогодинним миттям; нав'язливі сумніви, що супроводжуються компульсивними перевірками (чи зачинені двері, чи вимкнений газ), і нав'язлива повільність, при якій obsесії і компульсії об'єднані і пацієнт дуже повільно виконує повсякденні справи.

Переважаю компульсивні дії, obsесивні ритуали (F42.1) – нав'язливі дії, що стосуються безперервного контролю за запобіганням потенційно небезпечній ситуації або за порядком і охайністю. В основі – страх, наприклад забруднення, що призводить до нав'язливого миття рук. На компульсивні ритуальні дії пацієнт щодня витрачає багато годин, вони поєднуються з його нерішучістю і повільністю. Часто сполучаються рівною мірою як порушення мислення, так і поведінки. У такому разі діагностують змішані obsесивні думки і дії (F42.2).

2. Соматоформні розлади (F45)

Серед клінічних проявів у хворих із невробами, які звертаються по допомогу до лікарів загальної практики, домінують симптоми соматизованих розладів. Своєчасна діагностика психічних порушень із "соматичними" масками має велике значення, тому що частка соматоформних розладів становить до 2 % усіх патологій загальносоматичної практики, точні дані про поширеність у популяції відсутні. На їх лікування витрачається близько 20 % усіх засобів закладів охорони здоров'я. Однак направлення на консультацію психіатра або психотерапевта одержують тільки 19 % хворих із тих, хто її потребує, а середнє запізнення такого направлення – близько 8-9 років.

Етіологія і патогенез. Соматоформні розлади фактично є невротичними, соматизованими межовими психічними розладами. В етіопатогенезі соматоформних розладів, як і невробів, провідну роль відіграють психогенні фактори – внутрішньоособистісні і мікросоціальні конфлікти, однак при соматоформних розладах хворі неохоче обговорюють психологічні проблеми. Окрім цього, передбачається наявність нейропсихологічного підґрунтя, генетичної схильності. На думку деяких авторів, "соматизацію" психічних порушень зумовлює алекситимія (нездатність людини висловлювати свої душевні переживання, утруднення вербального і символічного вираження емоцій). Ознаки алекситимії характерні також для пацієнтів із "класичними" психосоматичними захворюваннями. Алекситимія характеризується утрудненням розпізнання й описання власних почуттів, зниженою здатністю до символізації і фантазування, зосередженістю переважно на зовнішніх подіях, ніж на внутрішніх переживаннях.

Класифікація клінічних проявів. Психічні захворювання, які проявляються переважно різними "псевдосоматичними" розладами, традиційно у вітчизняній психіатрії описували в рамках неврастенії, істерії, іпохондрії. При цьому соматовегетативні симптоми вважаються однією з обов'язкових ознак невротичних розладів будь-якого типу.

У МКХ-10 соматоформні розлади визначаються як група психопатологічних порушень, головною ознакою яких є повторюване виникнення фізичних симптомів на тлі постійних вимог проведення медичних обстежень всупереч негативним результатам, які підтверджуються, і запевнянням лікарів у відсутності фізичного підґрунтя для появи такої симптоматики.

До соматоформних розладів належать:

- соматизований розлад (F45.0);
- недиференційований соматоформний розлад (F45.1);

- іпохондричний розлад (F45.2);
- соматоформна вегетативна дисфункція (F45.3);
- хронічний соматоформний больовий розлад (F45.4).

Соматизований розлад (F45.0). Клінічну картину становить безліч стійких і змінюваних соматичних симптомів, які існують не менше двох років, за відсутності соматичних захворювань, які могли б ці симптоми пояснити. Це можуть бути симптоми з боку травного каналу (біль, нудота, відрижка, блювання, пронос, регургітація, метеоризм), шкірного покриву (свербіж, печіння, болючість, оніміння, поколювання), серцево-судинної системи (біль, задишка), сечової і статевих систем (дизурія, геніталгії, патологічні виділення). Увага хворих прикута до цих симптомів, вони постійно звертаються до лікарів по медичну допомогу. Спостерігається часта коморбідність із тривогою і депресією, зловживанням психоактивними речовинами.

Іпохондричний розлад (F45.2) проявляється наявністю постійних ідей (немаревних) про існування одного або кількох тяжких соматичних захворювань. Нормальні, звичайні відчуття інтерпретуються як хворобливі. Хворі постійно висувають соматичні скарги, причому увага звичайно фокусується на одному або кількох органах чи системах організму. Хворий може назвати передбачуване соматичне захворювання. Ця думка може змінюватися від одного захворювання до іншого. Зазначені ідеї зберігаються, незважаючи на те що не знайдено адекватне соматичне пояснення наявним скаргам. На відміну від хворих із соматизованим розладом, увага пацієнтів з іпохондричним розладом прикута саме до захворювання і його наслідків, а не до окремих симптомів. До лікарів звертаються переважно з метою діагностики.

Соматоформна вегетативна дисфункція (F45.3). Скарги хворого стосуються функціонування однієї із систем, що перебуває під впливом вегетативної регуляції (серцево-судинна, дихальна або травна). Симптоми не вказують на порушення функціонування органа чи системи, а відображають об'єктивні ознаки вегетативного порушення (серцебиття, задишка, гикавка та ін.) або є суб'єктивними і неспецифічними (минуций біль, печіння, відчуття важкості, розпирання та ін.). Залежно від органа і системи, які обрав хворий за джерело симптоматики, виділяють окремі розлади цієї групи з відповідним кодуванням п'ятим знаком.

Хронічний соматоформний больовий розлад. Хворий скаржиться на постійний біль, що не залежить повністю від фізіологічного процесу або соматичного розладу. Виникає на тлі психоемоційного конфлікту.

Запитання для самоконтролю

1. Які виділяють категорії в залежності від структурних особливостей обсесивного синдрому?
2. Які нав'язливі дії ви можете назвати?
3. Чому особливість компульсивних ритуальних дій?
4. Що зумовлює "соматизацію" психічних порушень?

Тема 7. Особливості невротичних розладів у дітей та підлітків

1. Загальна характеристика невротичних розладів у дітей.
2. Неврози підліткового віку. Дисморфофобія. Анорексія.

Література

1. Критерії діагностики і психотерапії розладів психіки та поведінки / Під ред. Б.В.Михайлова, С.І.Табачнікова, О.К.Напреєнка// Новини української психіатрії. – Харків, 2003. <http://www.psychiatry.ua/books/criteria/paper10.htm>.
2. В.А. Гурьева. Психогенные расстройства у детей и подростков. М., 1996
3. Дитяча психіатрія: підручник/Г.М. Кожина, В.Д Мішієв. – К., 2014.

1. Загальна характеристика невротичних розладів у дітей

В якості самостійної форми невроз частіше виникає в дітей 6-7 років, коли вони проявляють усвідомлене відношення до себе й навколишнього, розуміють соціальні мотиви, моральні оцінки, значимість конфліктних ситуацій. У дітей молодшого віку розвиваються реакції невротичного типу у відповідь на емоційно неприємні впливи середовища. Найбільш поширеними формами психотравмуючих факторів є переляк чи емоційне потрясіння, у тому числі смерть близьких людей, відрив від матері, госпіталізація (ізоляція). Фактори хронічної психотравматизації: неблагополуччя в сім'ї, хронічні захворювання в рідних із загрозою смерті (реальної чи уявної), тривалі захворювання в дітей із відривом від нормальної життєдіяльності, порушення адаптації (шкільний комплекс), порушення взаємостосунків із ровесниками, постійні невдачі, переживання почуття провини, почуття недосконалості, ревності до брата чи сестри (неврастенія), неусвідомлюване почуття неповноцінності.

Для неврозів дитячого віку характерні клінічна одноманітність, переважання сомато-вегетативних та рухових розладів. Головними проявами неврозів дитячого віку є астеничний синдром, переважаючий головний біль, психосоматичні порушення, порушення сну, енурез, енкопрез, тик, істеричний параліч, логоневроз.

Невропатія - вроджена дитяча нервовість. Виходячи з того, що для дитини з невропатією характерні фізичний інфантилізм, схильність до алергічних реакцій, недорозвиненість ряду систем і функцій організму, наявність ексудативно - катарального діатезу (у 88,3% дітей), причини її полягають в порушеннях внутрішньоутробного розвитку. Про це непрямо свідчить те, що у 56% матерів, у яких народились діти з невропатією, був токсикоз другої половини вагітності, а у 36% з них спостерігалась загроза її мимовільного переривання.

Разом з тим, виражена при невропатії вегетосудинна дистонія з підвищеним чи зниженим слиновиділенням, зниженою чи дещо підвищеною t тіла, порушеннями функцій внутрішніх органів, частіше шлунково-кишкового тракту, пітливістю свідчать про порушення функції гіпоталамічного відділу головного мозку, який регулює життєдіяльність організму. Це підтверджується змінами на електроенцефалограмі (ЕЕГ). У таких дітей відносно часто у

внутрішньоутробному періоді відмічалась гіпоксія, асфіксія - в період родів. У 63,2% матерів, які народили дітей з невропатією, мали місце важкі переживання в період вагітності. Нервувала мати - нервував плід. Таким чином, не випадково невропатія – саме вроджена дитяча нервовість.

Г.Є.Сухарева виділила 2 варіанти невропатії - збудливий і астеничний. При збудливому варіанті дитина імпульсивна, запальна, егоїстична, рухливо розгальмована і надто рухлива, шумна, невгамовна. При астеничному варіанті вона вразлива, ранима, підвищено образлива. Вона швидко втомлюється, виснажується і тоді стає капризною, плаксивою. Характерними є порушення сну, порушення дефекації і сечовиділення, порушення харчування, емоційна нестабільність, контрастність поведінки.

Основними причинами нейротизму в дітей в віком 7–10 років є період адаптації. У дитини, яка відчуває перші невдачі, виникає страх школи, страх виходу до дошки, оцінки та ін.

Проблеми, що можуть спричинити виникнення неврозу: кардинальна зміна режиму (перехід від дитсадка до школи), комунікативні труднощі, проблеми взаємин з учителями, проблеми, пов'язані зі зміною сімейної обстановки.

Невроз тривоги чи страху. В дитини проявляються немотивовані напади боязні, тривоги, триваючи 10-30хв. Найчастіше вони співпадають з часом засинання, можуть поєднуватися галюцинаціями. В дошкільному віці діти, як правило, бояться залишатися самі, лякаються темноти, різноманітних тварин та міфічних об'єктів.

Невроз нав'язливих станів поділяють на obsesивний невроз (моргання носом, посмикування плечима і т.д.) та фобійний невроз (страх обмежених приміщень, колючих, ріжучих предметів і т.д.)

Істеричний невроз може виражатися паданням на підлогу, супроводитися криками, плачем, ударами в тверду поверхню, в деяких випадках нападами респіраторного характеру.

Невротичне заїкання. Найбільш виражене в період становлення мовних навичок – 2-3 роки, або в 5-річному віці, коли мова значно ускладнюється. Основною причиною є психічна травма, наприклад, сильний переляк чи вимушена розлука з батьками.

Невротичні тики. Вважається, що цей вид неврозу більше характерний для хлопчиків. Крім психічних факторів, причинами може розлади бути місцеве подразнення, наприклад, блефарит, внаслідок якого дитина безпідставно буде потирати очі. Це спричинює відчуття скованості, прагнення здійснювати нав'язливий, але звичний жест чи рух.

За МКХ тики віднесені до розділу психічних захворювань і пов'язані з порушенням обміну в блоці регуляції та контролю довільних дій. Пусковим механізмом у виникненні тиків можуть гостра чи хронічна психічна травма, неправильне виховання дитини. Можлива поява тиків за принципом наслідування: наприклад, дитина повторює привичні дії дорослих чи тварин, що поступово набуває фіксованого характеру.

Вважається, що тики найчастіше зустрічаються у віці від 7 до 12 років і є досить поширеною патологією дитячого віку (від 4,5 до 23% дітей віком від 2 до 13 років), причому у хлопчиків зустрічається у 2-4 рази частіше. Ніж в дівчаток. Часто тики можуть посилюватися з наближенням періоду статевого дозрівання і поступово зменшуються з віком.

В сучасній МКБ-10 тики виділені, як окрема діагностична група
Транзиторний тиковий розлад (F95.0)

Хронічний руховий або голосовий тиковий розлад (F95.1)

Комбінований голосовий і множинний руховий тиковий розлад (синдром де ля Туретта) (F95.2) названий за іменем французького вченого, який вперше 150 років тому описав це явище, при якому неможливо здійснювати продуктивну діяльність через виражені тики: важко писати, тримати книгу, грати на музичних інструментах.

Інші тикові розлади (F95.8)

Провідний принцип у лікуванні дітей – це комплексний підхід, який включає психотерапію (сімейну, поведінкову, арт-терапію) і медикаментозну терапію. Медикаментозна терапія сприяє спокійній поведінці, підтримує психічні процеси і тим самим підвищує якість психотерапії.

2. Неврози підліткового віку. Дисморфофобія. Анорексія.

Проблеми невротизації можуть посилюватись особливостями протікання фізіологічних змін під час підліткового періоду. Для нього характерні бурхливий розвиток та перебудова всього організму, стрімке підвищення критичного ставлення до себе та своєї зовнішності. Усі ці прояви є джерелом нових відчуттів, що можуть модифікувати психічні кризи.

Астенічний невроз. Картина цього неврозу зумовлена нестриманістю, яскраво вираженою дратівливістю і плаксивістю. Як правило. Спостерігаються порушення сну та апетиту. Характерний для дітей, які навчаються в середніх та старших класах внаслідок високої зайнятості додатковими заняттями.

Іпохондричний невроз часто спостерігається у підлітків. Виражається в надмірній турботі про здоров'я, безпідставних страхах перед захворюваннями.

Депресивний невроз найбільш характерний для підлітків. Виражається зниженою самооцінкою, слізливістю, бідною мімікою і загальмованими рухами. Може втрачатися апетит, появлятися безсоння.

Серед фобій, характерних для підліткового віку особливе місце займають дисморфофобія та нервова анорексія. Встановлено, що дисморфофобії виникають у 80% випадків в період пубертатної кризи.

Основним їх змістом є фобії, які можуть носити нав'язливий або надцінний характер. При дисморфофобії існує патологічна впевненість або у наявності в себе якого-небудь фізичного недоліку (потворні риси обличчя, будови тіла), або в поширенні неприємних запахів. Хворі бояться, що навколишні помічають ці недоліки, обговорюють їх і насміхаються. Для дисморфофобії характерна типова тріада ознак: ідея фізичного недоліку, ідеї відношення, пригнічений настрій.

Підлітки з дисморфофобією схильні до приховування своїх хворобливих переживань (дисимуляція). Однак, існує два характерні симптоми, які можуть свідчити про наявність хворобливих страхів. Це симптом «дзеркала» - постійне нав'язливе розглядання себе в дзеркалі з метою переконатися в наявності чи відсутності дефекту і намагання знайти положення чи поворот обличчя, який «приховує» потворність. Дзеркало носять з собою, вішають парад столом, щоб «постійно себе бачити».

Симптом «фотографії» - уникання фотографування, приховування своїх фотографій, щоб ніхто не отримав доказів «здогадок про наявність потворності» хворого.

Дисморфофобія найчастіше виникає у підлітків з особистісною акцентуацією по сенситивно-шизоїдному, тривожно-надумливому чи істеричному типам, є психогенно спровокованою реакцією, виникає у відповідь на зауваження, типу «не сунь свого носа». Розлади часткові, не знижують працездатності, успішності, проявляються тільки в особливо значущих ситуаціях. З віком можуть згладжуватися без лікування, але можуть набувати затяжного характеру.

Нервова анорексія – це прогресуюче самообмеження в їжі при зниженні апетиту з метою схуднення у зв'язку із надцінним чи нав'язливим страхом розповніти та переконаністю про надмірну вагу. Нервова анорексія займає проміжне місце між неврозами та психосоматичними розладами. Зустрічається здебільшого в дівчат у підлітковому віці. Характерна тріада ознак: відмова від їжі, значне схуднення, аменорея. При низько вираженій анорексії в підлітковому віці спостерігається загострений інтерес до власної зовнішності, незадоволення нею, хвороблива чутливість до оцінки до оцінки сторонніх, побоювання з приводу своєї непривабливості. Надмірна повнота асоціюється у свідомості підлітка з неповороткістю, відсутністю витонченості, що може викликати насмішки.

Основним у формуванні синдрому є страх невідповідності своєму уявному чи реальному ідеалу. Пусковим механізмом стає необережне зауваження педагогів, батьків, яке, в силу особистої чутливості стає особливо значущим. Нерідко нервова анорексія супроводжується депресивним настроєм, який буває маскованим. Якщо відмова від їжі часткова (наприклад, виключаються висококалорійні продукти), різкого і стійкого схуднення не спостерігається. Однак, це може бути початковим етапом, вслід за яким їде повна відмова від їжі викликання блювоти, прийом послаблюючих засобів, виснажливі фізичні навантаження. У важких випадках розвивається аліментарна дисфорія.

Запитання для самоконтролю

- 1. Що є причиною дитячих неврозів?*
- 2. Які форми дитячих неврозів ви знаєте?*
- 3. Які засоби лікування дитячих неврозів?*
- 4. Що спричинює невротичні розлади в підлітковому віці?*
- 5. Які форми невротичної поведінки зустрічаються в підлітковому віці?*

Тема 8. Методи психологічного консультування та психотерапії неврозів

1. Психотерапія невротичних розладів.
2. Медикаментозна терапія.

Література

1. Александров А.А. Психотерапия: Учебн. Пособие. – СПб, 2004.
2. Захаров Н.П. Психотерапия пограничных расстройств и состояний зависимости. – М.: ДеЛи принт, 2004.
3. Каменецкий Д.А. Неврология и психотерапия. – М., 2012.
4. Фенихель О. Психоаналитическая теория невротозов/ Пер.с англ.. А.Б.Хавина. М., 2004.

1. Психотерапія невротичних розладів

Терапія неврозів будується за загальними принципами та розподіляється на етіологічну, патогенетичну й симптоматичну. Етіологічно спрямована на усвідомлення та дезактуалізацію пацієнтами змістової частини психогенно-конфліктної ситуації. До патогенетичної належить вплив на провідні ланки синдрому генезу: патопсихологічну, нейрохімічну, інтегративно-регуляторну. До симптоматичної зараховують вплив на конкретні психічні, соматичні та вегетативні прояви. Загальними принципами психотерапії неврозів є етапність, індивідуальність, комплексність, спадкоємність, особисте та соціальне спрямування.

Виділяють 4 етапи лікування: підготовчий, основний, підтримувальний, протирецидивний. Методом вибору є психотерапія, тобто система лікувального впливу на хворого, опосередкована через психічну сферу. Вибір конкретної психотерапевтичної техніки залежить від особливостей пацієнта, клінічної форми неврозу, кваліфікації та персоналії психотерапевта.

Для лікування неврозів використовують такі види психотерапії:

- аутопсихотерапія (проводить сам хворий);
- гетеропсихотерапія (проводить психотерапевт);
- індивідуальна (бере участь один пацієнт);
- групова (бере участь терапевтична група).

За характером техніки, що використовується, психотерапію неврозів поділяють на сугестивну, раціональну, групову, аналітичну, біхевіоральну, екзистенційну та ін.

Сугестивна терапія ґрунтується на реалізації терапевтичного навіювання, що сприймається хворим некритично, мимовільно. Під її впливом з'являється в нього певне відчуття, ставлення до чогось, в тому числі – до свого стану.

1. Гіпносугестивна терапія. Навіювання проводять в особливому стані пацієнта, гіпнотичному. За глибиною виділяють три ступені гіпнозу: сонливість, гіпотаксії, сомнамбулізму. Терапевтичне навіювання реалізується у I — II ступені гіпнозу. Вважають, що приблизно 20 % людей досить гіпнабельні для проведення цього виду лікування. Сеанс складається із 4 фаз: гіпнотизації; лікувального навіювання; лікувального відпочинку; дегіпнотизації.

2. Наркопсихотерапія – навіювання на тлі поверхневого наркозу (під впливом барбамілу, тіопенталу натрію, гексеналу, закису азоту та ін.).

3. Емоційно-стресова – навіювання за допомогою глибоких за емоційно-змістовним навантаженням вербальних формул.

4. Імперативне навіювання проводять, у вигляді наказу, що зумовлює появу в пацієнта передбачених почуттів, означеного ставлення до попередніх переживань.

5. Предметно-опосередкована сугестія – навіювання за допомогою якогось матеріального об'єкту, що має стосунок до медичних процедур або індиферентний (наприклад, плацебо-терапія).

6. Аутосутестія. До цієї групи методів психотерапії належать самонавіювання за Кує (E. Coue, 1928), аутотренінг Шульца (J. Schultz, 1987), прогресуюча релаксація за Джейкобсоном, оперантне підкріплення – біологічний зворотний зв'язок, біоадапт поза регулюванням (N. Miller, 1981).

Раціональна (або розумова, за І.З. Вельвовським, 1984) система терапевтичного впливу шляхом розмови, опосередкована через критичне, змістовно-логічне осмислення пацієнтом.

Групова психотерапія – цілеспрямоване використання сукупності взаємодій та взаємин, що виникають у групі між її учасниками, тобто групової психодинаміки, з лікувальною метою щодо кожного з учасників (С. С. Лібіх, 1974; Б. Д. Карвасарський, С. Ледер, 1990 та ін.). Нижче неведено головні положення згаданого виду терапії. Основною формою занять є дискусія. Темі визначають раніше. Принципи групової терапії: сувора конфіденційність, конкретність тем, щирість та відвертість членів групи, переживання "тут і зараз". Доповнюють заняття розігрування рольових ситуацій, психогімнастика, пантоміміка.

Сімейна психотерапія є різновидом групової, в основі якої лежить ліквідація внутрішньородинного конфлікту (Е. Г. Ейдемільер, В. В. Юстицький, 1990).

Аналітична терапія ґрунтується на трьох головних принципах: внутрішня детермінованість особистісного конфлікту та неврозу; тлумачення символіки сновидінь, застережень, помилок як патопсихологічного механізму синдромогенезу; терапевтична техніка – метод вільних асоціацій.

Біхевіоральна (поведінкова, умовнорефлекторна) терапія. Проводять її у трьох напрямках: систематичної сенсibiлізації (J. Wolpe, 1973) – на тлі релаксації за Джейкобсоном пацієнта "занурюють" в модельовану психотравмівну ситуацію; імплозії – нагнітання, згущення психотравмівної ситуації; парадоксальної інтенції (V. E. Frankl, 1966) - надмірне провокування психотравмівних ситуацій. Терапевтичний ефект біхевіоральної терапії ґрунтується на психологічному феномені погашення реакції під час багаторазового повторення стимулу.

Екзистенційна терапія має кілька складників. Недирективна (С. Rogers, 1951). Принцип взаємопозитивного сприйняття пацієнт – терапевт; апеляція до Я-ідеального пацієнта. Трансактний аналіз (E. Berne, 1988) – розігрування пацієнтами типових ситуацій. Психодрама (J. L. Moreno, 1965) – розігрування

сцен із драматичних творів, що за фабулою нагадують психотравмівні ситуації самих хворих. Гештальт-терапія (F. Perls, 1969) – моделювання експериментальних ситуацій із пацієнтами для перевірки образного досвіду (фігур-гештальтів).

Невербальні методи психотерапії ґрунтуються на різноманітних впливах.

1. Музикотерапія. Розподіляється на рецептивну (прослуховування) та активну (хоровий спів). Використовують музичні твори, що зумовлюють переживання, пов'язані зі змістом психогенії, формують бажаний емоційний стан (С. Schwabe, 1972; Л. С. Брусиловський, 1985).

2. Піскова терапія, арт-терапія (малювання та ліплення) – художнє відтворення пацієнтом власних переживань (S. Kratochvil, 1978).

3. Хоротерапія (танці та пантоміма) – відтворення внутрішніх переживань за допомогою поз, жестів, рухів, доторкувань. Розвиток навичок комунікації (Z. Aleszko, 1975; H. Junova, 1975).

5. Бібліотерапія — поповнення нестачі або посилення власних образів та уявлень шляхом читання літератури (А. Алексейчик, 1985).

2. Медикаментозна терапія

Найчастіше з психофармакологічних засобів застосовують транквілізатори, коректори поведінки та "м'які" антидепресанти. Широко призначають також вегетотропні препарати (белоїд, белатамінал, беласпон), ноотропи, біостимулятори, адаптогени (препарати женьшеню, лимоннику китайського, елеутерококу, пантокрин та ін.), вітамінні засоби. Поряд із цим використовують фізіо-, рефлексо-, бальнео-, дієто-, голодотерапію.

Лікування хворих з депресивним синдромом проводять за допомогою антидепресантів, транквілізаторів у середньотерапевтичних дозах. При астеничному синдромі поєднують середньотерапевтичні дози седативних та психостимулювальних засобів рослинні адаптогени, біостимулятори, вітаміни, ноотропні препарати.

Медикаментозне лікування повинно бути спрямоване на нормалізацію основних нервових процесів – збудження і гальмування. З цією метою проводиться терапія бромом і кофеїном. Бром посилює процеси гальмування, а кофеїн підвищує силу збуджувального процесу. Вміле поєднання цих препаратів дає можливість в одних випадках зміцнити процеси гальмування, а в інших - посилити процеси порушення. З фізіотерапевтичних процедур можна призначати водні процедури (солено-хвойні, вуглекислі й інші ванни, душ Шарко, циркулярний душ, вологі укутування), масаж комірцевої зони. Рекомендуються ранкова гімнастика, легкі спортивні ігри, лікувальна фізкультура (для хворих з переважанням збуджувального процесу менш активна, а для хворих з переважанням гальмівних процесів-активніша).

Запитання для самоконтролю

- 1. Які із відомих вам методів психотерапії є найбільш ефективними при лікуванні невротичних розладів?*
- 2. В яких випадках при лікуванні неврозів рекомендовано медикаментозну терапію?*

1. Сучасний стан невротології як науки.
2. Наукові платформи дослідження неврозів.
3. Поняття психогенного розладу.
4. Етіологічні та патогенетичні чинники психогенних розладів.
5. Психічна травма як чинник формування невротичних розладів.
6. Преморбідні особистісні риси. Особливості вищої нервової діяльності.
7. Загальні закономірності формування психогеній.
8. Умови виникнення неврастенії. Форми неврастенії.
9. Класифікація та клінічна картина тривожних розладів.
10. Клінічна картина obsесивно-компульсивного розладу.
11. Клінічна картина дисоціативних розладів.
12. Диференціація істеричного та епілептичного нападу.
13. Депресивні невротичні розлади.
14. Класифікація, клінічна картина та лікування соматоформних розладів.
15. Сучасні уявлення про феномен дитячих страхів.
16. Загальна характеристика невротичних розладів у дітей.
17. Неврози підліткового віку. Дисморфофобія. Анорексія.
18. Методи психологічного консультування та психотерапії неврозів
19. Посттравматичні стресові розлади.
20. Невротичні розлади сну.
21. Психодинамічний підхід у терапії неврозів.
22. Психотерапія невротичних розладів дитячого віку.
23. Арт-терапія. Піскова терапія за К.Юнгом.
24. Поведінкова психотерапія. Когнітивно-поведінкова терапія, бос-терапія невротичних розладів.
25. Групова психотерапія (психодрама, позитивна психотерапія).
26. Заходи з психологічної профілактики та просвіти невротичних розладів

Семінарське заняття №1

Наукові теорії походження неврозів

I. Розкрийте сутність понять: невроз, межові розлади, види неврозів, неврозоподібні стани, невротична поведінка, невротичний синдром, невротичний розвиток, неврологія.

II. Питання для поглибленого опрацювання та обговорення

1. Психоаналітичний підхід у виникненні неврозів:
 - а) теорія неврозів З Фрейда;
 - б) теорія К. Юнга;
 - в) концепція неврозів А.Адлера;
 - г) теорія К. Хорні;
 - д) ноогенна теорія неврозів В.Франкла.
2. Концепція Г.Сельє про стрес.
3. Нейродинамічна концепція І.П.Павлова про вищу нервову діяльність.

III. Завдання для самостійного опрацювання

I. Підготуйте стимульний матеріал та протоколи методик:

1. Діагностика рівня невротизації Л.І. Вассермана
2. Діагностика рівня невротизації та психопатизації РПН.
3. Опитувальник ММРІ

II. Підготуйте презентацію на тему «Причини виникнення неврозів», «Профілактика неврозів у сучасному суспільстві».

IV. Питання для самоконтролю

1. Що таке невроз?
2. Вкажіть причини появи неврозів.
3. Як трактуються причини виникнення неврозів у психоаналізі?
4. В чому особливість появи неврозу у глибинній індивідуальній психології А. Адлера?
5. Якими методиками можна діагностувати наявність невротичних розладів?

Література

1. Каменецкий Д.А. Неврология и психотерапия. – М., 2012. - с.5-27
2. Карвасарский Б.Д. Неврозы и их лечение: 2 –е изд., – М.,1990.- с. 276-290
3. Свядош А.М. Неврозы и их лечение. – М.,1971. – с.17-21
4. Менделевич В.Д., Соловьева С.Л. Неврология и психосоматическая медицина. М., 2002. – с.16-29
5. Батаршев А.В. Диагностика пограничных психических расстройств личности. М.,2004. – 320с.
6. [http://www. myword.ru](http://www.myword.ru) / Фенихель О. Психоаналитическая теория неврозов/ Пер.с англ.. А.Б.Хавина. М., 2004. – 848с.
7. [http:// nevroz.info](http://nevroz.info) / К.Хорни. Невроз и личностный рост. Борьба за самоосуществление.
8. www.easyschool.ru.sosh / Psihoanaliticheskaya_teoriya_nevrozov.doc
9. Матейко Н.М. Клінічна психологія:Словник-довідник. – Івано-Франківськ, 2015. – 134с.

Семінарське заняття №2

Психотравмуючі чинники виникнення невротичних розладів

I. Розкрийте сутність понять: проекція, ідентифікація, соматизація, дисоціація, витіснення, ізоляція, регресія, реактивне утворення, раціоналізація, інтелектуалізація

II. Питання для поглибленого опрацювання та обговорення

1. Значення механізмів психологічного захисту в усуненні впливу психотравми.
2. Сімейні стосунки та їх значення у формуванні патогенних станів особистості.
3. Психічна травма, психогенії та концепція психічної адаптації. Види травмуючих ситуацій.
4. Хронічна фрустрація як прояв психотравматизації.
5. Взаємозалежність самооцінки, рівня домагань, фрустрацій (за Л.Д.Столяренком)
6. Агресивність та агресія.

III. Завдання для самостійного опрацювання

I. Підготуйте стимульний матеріал та протоколи методик:

1. Тест-опитувальник Спілбергера-Ханіна ситуаційної та особистісної тривожності.
2. Експрес-діагностика депресивних станів за В.А.Жмуровим.
3. Експрес-діагностика невротичних станів Хека-Хесса.

IV. Питання для самоконтролю

1. Що таке механізми психологічного захисту?
2. Чи позитивним є використання механізмів психологічного захисту?
3. Що таке психогенії?
4. Як ви можете пояснити термін «фрустрація»?
5. Назвіть методи діагностування невротичних станів.

Література

1. Батаршев А.В. Диагностика пограничных психических расстройств личности. М.,2004. – 320с.
2. Гурьева В.А.Психогенные расстройства у детей и подростков. – М., Крон-Пресс, 1996
3. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: Учебное пособие. – М.,2000
4. www.klex.ru /Кровяков В.М. Психотравматология. М., 2005. – с. 17- 35
5. <http://window.edu.ru/>Фрустрация: Понятие и диагностика: Учеб.-метод. пособие: Для студентов специальности 020400 «Психология» / Сост. Л.И. Дементий. – Омск: Изд-во ОмГУ, 2004. – 68 с.
6. studentam.net.ua/ Невротична особистість/ Взаємозалежність самооцінки, рівня домагань, фрустрацій.
7. lib.chdu.edu.ua/pdf/naukraci/ Качанова Агресивність та агресія
8. Матейко Н.М. Клінічна психологія:Словник-довідник. – Івано-Франківськ, 2015. – 134с.
9. Мак-Вильямс Н.Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе / Пер. с англ.- М.: Независимая фирма “Класс”, 2001.- 480 с.

Семінарське заняття №3

Неврастенія.

I. Розкрийте сутність понять: неврастенія, невропатія, невротична депресія, дистимія, нейротизм.

II. Питання для поглибленого опрацювання та обговорення

1. Умови виникнення та симптоми неврастенії (F48.0).
2. Форми неврастенії.
3. Причини виникнення неврастенічного симптомокомплексу.
4. Прояви невропатії у дітей.
5. Особливості виховання дітей з невропатією.

III. Завдання для самостійного опрацювання

I. Підготуйте стимульний матеріал та протоколи методик:

1. Оцінка нервово-психічного напруження (Н.А. Немчин)
2. Діагностика самооцінки психічних станів Г.Айзенка
3. Діагностика невротичних станів К.К. Яхіна, Д.М. Менделевича

IV. Питання для самоконтролю

1. Перечисліть симптоми неврастенії.
2. У розвитку симптомів неврастенії назвіть фази, які відповідають її клінічним формам.
3. Вкажіть умови виникнення неврастенії.
4. Які форми неврастенії ви знаєте?
5. Якими психологічними методами можна діагностувати наявність неврастенії?
6. Які причини виникнення неврастенії?
7. Вкажіть відмінності між невропатією та неврастенією?
8. Що таке невропатія?

Література

1. Свядоц А.М. Неврозы и их лечение. – М., 1971. – с. 22-29
2. <http://a-yak.com/nevrasteniya> Неврастенія – ще один подарунок цивілізації
3. <http://fivobio.com/nervova-sistema> Неврозы у дітей. Їх види та класифікація.
4. <http://www.lnu.edu.ua/> Проблема психоневрологічних захворювань і стресових станів у дітей. Вплив навчального процесу на здоров'я учнів.
5. <http://www.disslib.org/> Венгер Олена Петрівна. Вплив соціальних факторів на розвиток неврастенії, дисоціативних та тривожно-фобічних розладів: дисертація канд. мед. наук: 14.01.16 / Харківська медична академія післядипломної освіти. - Х., 2003.
6. <http://www.library.univ.kiev.ua/> Г. Астаф'єва. Особливості впливу соціальних факторів на формування неврастенії/ Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. - 1(1)/2014. – с.5-8
7. <http://psyera.ru/astenicheskiy-nevroz/> Астенический невроз (Неврастенія)/ Шанько Г.Г. Неврозы у детей - Минск.: Харвест, 2007
8. Батаршев А.В. Диагностика пограничных психических расстройств личности. М.,2004.

Семінарське заняття №4

Особливості невротичних розладів у дітей

I. Розкрийте сутність понять: депривація, госпіталізм, енурез, енкопрез неорганічного походження, невротичне заїкання, гіперкінези (хорея, тик), елективний мутизм.

II. Питання для поглибленого опрацювання та обговорення

1. Вплив емоцій на гармонійний розвиток дитини. Психічна депривація.
2. Вплив особистості батьків на формування невротичної поведінки дітей.
3. Природа виникнення невротичних розладів у дітей:
 - а) невропатія;
 - б) невротичний енурез (F98.0), невротичний (енкопрез F98.1); поїдання неїстівного (F98.3);
 - в) невротичне заїкання (F98.5); елективний мутизм (F94.0);
 - г) невротичні тики (F95), патологічно звичні дії (F98.8)
4. Психологічна допомога дітям невротичними розладами.

III. Завдання для самостійного опрацювання

I. Підготуйте стимульний матеріал та протоколи методик:

1. Діагностика рівня тривожності школярів Філіпса.
2. Тест тривожності Р.Теммла, М.Доркі.
3. Тест-опитувальник рівня тривожності і схильності школяра до неврозу А.Захарова.
4. Діагностика агресивності Басса-Даркі.

IV. Питання для самоконтролю

1. Який вплив здійснює депривація у ранньому віці на дитину?
2. Які стилі виховання спричиняють невротичну поведінку дітей?
3. Назвіть причини енурезу та енкопрезу неорганічного походження?
4. Вкажіть основні характеристики невропатії.
5. Характерні особливості дітей з невропатією.

Література

1. Пономарева Г.А. /mysunny.ru/psiholog_pedagog-psiholog
2. Захаров А. И. Ребенок до рождения и психотерапия последствий психических травм. - СПб.: СОЮЗ, 1998. – 1 44 с.
3. Менделевич В.Д., Соловьева С.Л. Неврология и психосоматическая медицина. М., 2002. – с.182-208
4. belmapo.by/downloads/det_nevrologia/statii/enkoprez.doc. Энкопрез неорганической природы у детей: учеб.-метод пособие / Г.Г. Шанько, А.Н. Михайлов, С.Н. Прусаков, О.Г.Родцевич – Минск: БелМАПО, 2007.
5. www.rmj.ru/articles_3799.htm/ Фесенко Ю.А., Лохов М.И., Рубина Л.П. Современный поход к диагностике и лечению тиковых расстройств у детей
6. Батаршев А.В. Диагностика пограничных психических расстройств личности. М.,2004. – 320с.
7. Г.Г. Шанько. Неврозы у детей. Минск, Харвест. - 2007. - 304 с.

Семінарське заняття №5

Дисоціативний (конверсійний) розлад особистості. (Істеричний невроз).

I. Розкрийте сутність понять: Істеричні сутінки, істерична fuga дисоціація, конверсія, пуерилізм, псевдодеменція, синдром Ганзера, істеричні гіперкінези, істеричні акінезії, афонії.

II. Питання для поглибленого опрацювання та обговорення.

1. Загальна характеристика істеричного неврозу(F44).
2. Симптоматика істерії.
3. Диференціальна діагностика істеричних та епілептичних нападів.
4. Істеричні рухові та вегетативні розлади (F44.4 - F44.7).
5. Розлади органів чуття та мови при істерії.
6. Психічні розлади при істерії.

III. Завдання для самостійного опрацювання

I. Підготуйте стимульний матеріал та протоколи методик:

1. Методика визначення характерологічних акцентуацій особистості та нервово-психічної нестійкості А.А.Кареліна
2. Тест фрустраційних реакцій С.Розенцвейга.

IV. Питання для самоконтролю

1. Який основний психологічний механізм істерії?
2. Назвіть характерологічні особливості істеричних осіб.
3. Опишіть моторні розлади при істерії.
4. В чому специфіка сенсорних розладів при істеричному неврозі?
5. Опишіть вегетативно-вісцеральні розлади при істерії.
6. В чому відмінність істеричних та епілептичних нападів?

Література

1. Свядоц А.М. Неврозы и их лечение. – М., 1971. – С. 99-149
2. Дитяча психіатрія: підручник/Г.М. Кожина, В.Д Мішієв. – К., «Медицина», 2014. – с.149-151
3. Батаршев В.А. Психология индивидуальных различий. – М., 2001. – С.84-88
4. Еникеева Д. Д. Популярныe основы психиатрии. – Д.: Сталкер, 1997. – С.24-35
5. Батаршев А.В. Диагностика пограничных психических расстройств личности. М., 2004.
6. [http://www. myword.ru](http://www.myword.ru) / Фенихель О. Психоаналитическая теория невротозов/ Пер.с англ.. А.Б.Хавина. М., 2004. – 848с.
7. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе / Пер. с англ.- М.: Независимая фирма “Класс”, 2001.- 480 с.

Семінарське заняття №6

Обсесивно-фобійні розлади

I. Розкрийте сутність понять: фобія, агорафобія, соціальні фобії, іпохондричні фобії, обсесії, компульсії.

II. Питання для поглибленого опрацювання та обговорення

I. Тривожно-фобійні розлади:

- 1.1. панічні атаки, агорафобія;
- 1.2. генералізований тривожний розлад;
- 1.3. соціальні фобії, іпохондричні фобії.

II. Obsesивно-компульсивні розлади:

- 2.1. обсесії (забруднення, іпохондричні, повторного контролю);
- 2.2. компульсії (ритуали, моторні стереотипи, тики, синдром Туретта).

III. Завдання для самостійного опрацювання

I. Підготуйте стимульний матеріал та протоколи методик:

1. Опитувальник Леонгарда-Шмішека.
2. Діагностика стану фрустрованості Вассермана-Бойко.

IV. Питання для самоконтролю

1. В чому відмінність між страхом та фобією?
2. Які із розглянутих розладів зустрічаються найчастіше?
3. Які види фобій ви знаєте?
4. В чому специфіка генералізованого тривожного розладу?
5. Опишіть природу obsesивно-компульсивного розладу.
6. Дайте характеристику obsesивним думкам.
7. Що таке компульсивні дії?
8. Опишіть синдром Туретта.

Література

1. Пограничная психическая патология в общей медицинской практике /под ред. академика РАМН А.Б.Смулевича. - М.: Издательский дом "Русский врач". - 2000
2. Еникеева Д.Д. Популярныe основы психиатрии. Д., 1997. – с.35-40
3. Г.Г.Шанько, В.Ф.Шанько, Е.Н.Ивашина. Тики у дітей: класифікація, лікування
4. <http://idokdor.pp.ua/> Л.С Чуйно. Тики у дітей. Основні напрямки лікування.
5. health-ua.com/pics. В.І Коростій. Надання медичної допомоги пацієнтам із тривожно-фобійними розладами.
6. <http://neuronews.com.ua/> Obsesивно-компульсивний розлад, синдром і особистість.
7. <http://www.eurolab.ua/> Синдром де ля Туретта
8. Матейко Н.М. Клінічна психологія:Словник-довідник. – Івано-Франківськ, 2015. – 134с.

Семінарське заняття №7

Психогенні розлади

I. Розкрийте сутність понять психогенії, посттравматичний стресовий розлад, манія, депресія, синдром Ганзера, пуерилізм, істеричний ступор, психогенний параноїд.

II. Питання для поглибленого опрацювання та обговорення

1. Поняття психогенії.
2. Психопатологічні поліморфні реактивні стани:
 - гостра реакція на стрес (афективно-шокова реакція); ПТСР;
 - патологічна реакція горя; розлади адаптації.
3. Психопатологічні мономорфні стани:
 - психогенні депресії та психогенні манії;
 - істеричні психогенні розлади;
 - психогенні параноїди.

III. Завдання для самостійного опрацювання

I. Підготуйте стимульний матеріал та протокол методики

Діагностика розладів особистості DSM-IV Олдхема та Луї.

IV. Питання для самоконтролю

1. Чим характеризується афективно-шокова реакція?
2. Розкрийте специфічні симптоми ПТСР.
3. Опишіть мімічні реакції при афективно-шоківій реакції.
4. Перечисліть симптоми істеричних психогенних розладів.
5. Наведіть приклад психогенного параноїду.

Література

1. Пограничная психическая патология в общей медицинской практике /под ред. Академика РАМН А.Б.Смулевича. - М.: Издательский дом "Русский врач". – 2000. – с.47-63
2. <http://psyera.ru/> Афективно-шокові реакції
3. <https://books.google.ru/books> Ушаков Г.К. Детская психиатрия. – с.334
4. <http://www.psyportal.net/> Клінічні варіанти реактивних депресій
5. Батаршев А.В. Психология индивидуальных различий: От темперамента – к характеру и типологии личности. - М.,2000. – с. 224-245
6. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе / Пер. с англ.- М.: Независимая фирма "Класс", 2001.- 480 с.
7. Матейко Н.М. Клінічна психологія:Словник-довідник. – Івано-Франківськ, 2015. – 134с.

Семінарське заняття №8

Загальні принципи реабілітації при межових психічних розладах

I. Розкрийте сутність понять: холізм, реабілітація, психоосвіта, психотерапія

II. Питання для поглибленого опрацювання та обговорення

1. Психодинамічний підхід у терапії неврозів.
2. Психотерапія невротичних розладів дитячого віку.
3. Арт-терапія. Піскова терапія за К.Юнгом.
4. Поведінкова психотерапія. Когнітивно-поведінкова терапія, бос-терапія невротичних розладів.
5. Групова психотерапія (психодрама, позитивна психотерапія).
6. Заходи з психологічної профілактики та просвіти невротичних розладів.

III. Завдання для самостійного опрацювання

I. Підготуйте міні-лекцію або презентацію проблем:

1. «Зниження емоційного напруження, зумовленого симптомами психічного захворювання»;
2. «Роль психофармакології та психотерапії у лікуванні неврозів»;
3. «Зниження в пацієнтів та членів їх сімей рівня стигматизованості та самостигматизованості».
4. «Корекція спотворених хворобою суспільних позицій пацієнтів та поліпшення їхніх комунікативних зібностей».

IV. Питання для самоконтролю

1. Які види психотерапії включає психодинамічний напрямок?
2. В чому специфіка проведення психотерапії з дітьми?
3. Розкрийте основні положення юнганської піскової терапії.
4. Вкажіть специфіку та призначення бос-терапії.
5. Що таке стигматизованість?

Література

1. Дитяча психіатрія: підручник/Г.М. Кожина, В.Д Мішієв. – К.,«Медицина»,2014. –с.121-140
2. <http://neuronews.com.ua/> Костюченко С.І. Рекомендації з психосоціальної реабілітації хворих на психічні розлади.
3. Романин А.Н. Основы психотерапии – М.: «Академия»1999. – 208с.
4. Штейнхардт Л. Юнгианская песочная терапия. – СПб., «Питер», - 2001. – 301с.
5. Практикум по арт-терапии / Под ред. А. И. Копытина. СПб., «Питер», 2000
6. Зинкевич-Евстигнеева Т. Д., Грабенко Т. М. Практикум по креативной терапии. СПб.: Речь, 2001.

Опитувальник «Міні-мульти»

Опитувальник «Міні-мульти» складається із 71 запитання, включає 11 шкал, з яких 3 – оціночні, що вимірюють відвертість (L), вірогідність результатів тестування (F), і величину корекції (K), зумовлену надмірною обережністю досліджуваного. Решта шкал 8 шкал є базовими і оцінюють патопсихологічний профіль особистості за показниками іпохондрії (H), депресії (D), істерії (Hy), психопатії (Pd), паранояльності (Pa), психастенії (Pt), шизоїдності (Se), гіпоманії (Ma).

За допомогою ММРІ складають додаткові шкали для з'ясування особливостей інтелекту, уваги, ставлення до навколишніх людей, самооцінки, тенденцій до агресивності, схильності до цинізму, лідерства, ставлення до праці, змагання, конкуренції, і навпаки. Такі шкали можна створити шляхом аналізу питальника і систематизації наявних у ньому тверджень.

Інструкція. Уважно прочитайте в опитувальнику твердження, які стосуються вашого здоров'я і характеру. Вирішіть, вірно чи не вірно кожне твердження по відношенню до Вас. Не витрачайте час на обдумування. Найбільш правильне те рішення, яке першим приходить вам на думку. Свою відповідь занесіть в бланк тесту (форма бланку приводить нижче): якщо ви згодні з твердженням, запишіть «+» («вірно»), а якщо не згодні – знак «-» («невірно»).

Час проведення опитувальника не обмежується, але він не повинен бути дуже тривалим.

Опитувальник

1. У вас хороший апетит.
2. Вранці зазвичай відчуваєте, що виспались і відпочили.
3. У вашому повсякденному житті багато цікавого.
4. Ви працюєте з великим напруженням.
5. Часом вам приходять в голову такі погані думки, що про них краще не розповідати.
6. У вас рідко бувають закрепи.
7. Іноді вам дуже хотілося назавжди піти з дому (покинути дім).
8. Часом у вас бувають приступи нестримного сміху або плачу.
9. Часом вас турбують нудота і позиви на блювоту.
10. У вас таке враження, що вас ніхто не розуміє.
11. Іноді вам хочеться вилятися.
12. Щотижня вам сняться страхітливі сновидіння.
13. Вам важче зосередитися, ніж більшості людей.
14. З вами траплялися дивні речі.
15. Ви досягнули б у житті значно більшого, якщо б люди не були налаштовані проти вас.
16. В дитинстві якийсь час ви здійснювали крадіжки.
17. Бувало, що по декілька днів, тижнів, або цілих місяців ви нічим не могли займатися, тому що важко було себе заставити включитися в роботу.
18. У вас переривчастий та неспокійний сон.
19. Коли ви знаходитесь серед людей, вам вчуваються дивні речі.
20. Більшість ваших знайомих не вважають вас неприємною людиною.
21. Вам часто доводилося виконувати вказівки людей, які знали менше від вас.
22. Більшість людей задоволені своїм життям більше, ніж ви.
23. Багато інших збільшують свої нещастя, щоб добитися співчуття та допомоги.
24. Іноді ви сердитесь.
25. Вам, безумовно, не вистачає впевненості в собі.
26. У вас часто буває таке відчуття, що ви зробили щось неправильно чи недобре.
27. У вас часто буває посіпування в м'язах.
28. Звичайно ви задоволені своєю долею.
29. Деякі люди так люблять командувати, що вам хочеться зробити все навпаки, хоча ви знаєте, що вони праві.

30. Ви вважаєте, що проти вас щось задумують.
31. Більшість людей здатні добитися вигоди не зовсім чесним шляхом.
32. Вас часто турбує шлунок.
33. Часто ви не можете зрозуміти, чому напередодні були в поганому настрої і роздратовані.
34. Часом ваші думки протікали так швидко, що ви не встигали їх вловлювати.
35. Ви вважаєте, що ваше сімейне життя не гірше, ніж у більшості ваших знайомих.
36. Часом ви переконані у власній непотрібності.
37. За останні роки ваше самопочуття було в основному добрим.
38. У вас були періоди, під час яких ви щось робили і потім не могли згадати, що саме.
39. Ви вважаєте, що вас часто незаслужено карали.
40. Ви ніколи не почували себе краще, ніж тепер.
41. Вам байдуже, що про вас думають інші.
42. З пам'яттю у вас все гаразд.
43. Вам важко підтримувати розмову з людиною, з якою щойно познайомились.
44. Більшість часу ви відчуваєтеся слабкістю.
45. У вас рідко болить голова.
46. Іноді вам важко зберігати рівновагу при ходьбі.
47. Не всі ваші знайомі вам подобаються.
48. Є люди, які намагаються вкрасти ваші думки та ідеї.
49. Ви вважаєте, що здійснили вчинки, яким нема прощення.
50. Ви вважаєте себе надто сором'язливим.
51. Ви майже завжди про щось тривожитесь.
52. Ваші батьки часто не схвалювали ваші знайомства.
53. Іноді ви любите трохи попліткувати.
54. Часом ви відчуваєте, що вам надзвичайно легко приймати рішення.
55. У вас буває сильне серцебиття і ви часто задихаєтесь.
56. Ви запальний, але швидко заспокоюєтесь.
57. У вас бувають періоди такого сильного хвилювання, що вам важко всидіти на місці.
58. Ваші батьки та інші члени сім'ї часто без причини придираються до вас.
59. Ваша доля нікого особливо не цікавить.
60. Ви не засуджуєте людину, яка не проти в своїх інтересах використати помилки іншої.
61. Часом ви сповнені енергією.
62. Останнім часом у вас погіршився зір.
63. У вас часто дзвенить і шумить у вухах.
64. У вашому житті були випадки (можливо тільки один), коли ви відчували, що на вас впливають гіпнозом.
65. У вас бувають періоди, коли ви без особливої причини незвично веселі.
66. Навіть перебуваючи серед інших людей, ви звичайно відчуваєтеся самотнім.
67. Ви вважаєте, що майже кожен може обманути, щоб уникнути неприємностей.
68. Ви вразливіший від більшості людей.
69. Часом ваша голова працює повільніше, ніж звичайно.
70. Ви часто розчаровуєтесь в інших людях.
71. Ви зловживаєте спиртними напоями.

Бланк тесту
(зворотна сторона)

T	L	F	K	1	2	3	4	6	7	8	9	
110	M			-	-	26	23	-	-	30	-	
				-	-	-	-	14	27	-	17	
				24	-	24	-	-	-	-	-	28
				-	-	-	-	21	-	-	-	-
100	-	12	-	-	-	-	-	-	25	-	-	
	-	-	-	21	20	22	-	12	-	26	15	
				-	-	-	19	-	23	-		
90	-	-	-	-	-	20	-	-	-	24	-	
	-	10	-	18	-	-	-	10	-	-	13	
	-		-	-	16	-	17	-	21	22	-	
80	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	-	8	-	15	-	16	15	-	-	20	11	
	4	-	15	-	-	-	-	8	19	-		
	-											
70		6	-	-	12	-	-	-	-	18	-	
	3		12	-	-	14	13	-	-	-	10	
60												
	2	4	-	9	-	12	-	-	-	16	-	
			9	-	8	10	11	-	15	-	7	
50												
	1	2	-	6	-	-	9	4	-	-	-	
40												
	0	0	-	3	4	-	-	2	11	10	-	
			3	-	-	6	7	-	-	-	-	
30												
			-	0	-	4	-	0	-	-	3	
			3	-	0	-	5	-	7	6	-	
T	L	F	K	1	2	3	4	6	7	8	9	
Сума К=				0,5К	-	-	0,4К	-	1К	1К	0,2К	
Сума +К=				?	-	-	?	-	?	?	?	

Шкала «К»

Таблиця 2

К=	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
0,5=	8	8	7	7	6	6	5	5	4	4	3	2	2	2	1	1
0,4=	6	6	6	6	5	4	4	4	3	3	2	2	2	2	1	1
0,2=	3	3	3	3	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	0	0

Аналіз та інтерпретація даних тестування

На лицевій стороні бланку проводиться підрахування «сирих» балів за всіма 11 показниками (оціночними та базовими) у відповідності з результатами опитування і з ключем до опитувальника (табл.1). Набрана кількість балів по кожній шкалі записується під бланком тесту.

Таблиця 1

Шкали	Відповіді	№ питання
L	Неправильно (-)	5,11,24,4,53
F	-	22,24, 61
	Правильно +	9,12,15,19,30,38,48,49,58,59,64,71
K	-	11,23,31,33,34,36,40,41,43,56,51
	+	61,65,67,69,70
1 (Hs)	-	1,2,6,37,45
	+	9,18,26,32,44,46,55,62,63
2 (D)	-	1,3,6,11,28,37,40,42,60,61,65
	+	9,13,18,22,25,36,44
3 (Hy)	-	1,2,3,11,23,28,29,31,33,35,37,40,41,43,45,50,56
	+	9,13,18,26,44,46,55,57,62
4 (Pd)	-	3,28,34,35,41,43,50,65
	+	7,10,13,14,15,16,22,27,52,58,71
6 (Pa)	-	28,29,31,67
	+	5,8,10,15,30,39,63,64,66,68
7 (Pt)	-	2,3,42
	+	5,8,13,17,22,25,27,36,44,51,66,68
8 (Se)	-	3,42
	+	5,7,8,10,13,14,15,16,26,30,38,39,46,57,63,64,66
9 (Ma)	-	43
	+	4,7,8,21,29,34,38,39,54,57,60

На зворотній стороні бланку тесту експериментатор будує профіль особистості досліджуваного із врахуванням шкали корекції, додаючи до отриманих «сирих» балів по базових шкалах №1,4,7,8,9 відповідні значення шкали корекції (табл. 2): 0,5K, 0,4K, 1K, 0,2K. наприклад, до отриманих балів по шкалі №1, виходячи з таблиці, додають 0,5 від значення K, а до 7,8 шкал додають повне значення 1K і т.д.

Інтерпретація показників по шкалах

1. Шкала брехні (L) – оцінює відвертість досліджуваного.

2. Шкала достовірності (F) – виявляє невірогідні відповіді. Чим більше значення по цій шкалі, тим менш вірогідні результати.

3. Шкала корекції (K) – згладжує викривлення, внесені надмірною обережністю і контролем досліджуваного під час тестування. Високі показники по цій шкалі свідчать про несвідомий контроль поведінки. Шкала K використовується для корекції базових шкал, які залежать від її величини.

За даними тестування накреслюється профіль досліджуваного (зворотна сторона бланку тесту). Високими оцінками для кожної з базових шкал є оцінки в умовних балах, які перевищують їх номінальні значення по показнику 70 за шкалою T.

Основні типи профілів

Графічне зображення кількісних показників низки оцінних і клінічних шкал, що виражає структуру особистісних і психологічних особливостей обстежуваного, є **профілем ММРІ**. Оскільки профілі відображають особливості обстежуваних осіб, їх може бути дуже багато, але шляхом узагальнення і систематизації створено основні.

Профіль оцінюють як ціле, а не сукупність незалежних шкал. Результати, отримані за однією зі шкал, не можна оцінювати ізольовано від результатів за іншими шкалами. Особливе значення має відношення рівня профілю на кожній шкалі до середнього рівня і до сусідніх шкал. Профіль характеризує особливості особистості, психічний стан у момент тестування, відображаючи наявні психологічні установки на обстеження, іноді – прагнення виглядати перед експериментом якомога краще. Результати обстеження можуть залежати від попереднього ознайомлення з описом тесту.

Деякі клінічні шкали, створені на основі обстеження контингенту психічно хворих, не підтверджують результатів, отриманих при обстеженні психічно здорових або людей, які перебувають на межі нервово-психічних розладів. Тому було розроблено психологічні позначення шкал.

Низькорозташований профіль особистості найчастіше спостерігають при спробі обстежуваного зарекомендувати себе кращим, ніж він є насправді. Часто йому відповідають високі показники за шкалами «брехні» та корекції. Деякі хворі демонструють профіль, що є варіантом норми, хоча клініка свідчить про психічні розлади. Наприклад, у хворих на шизофренію у стадії вираження психічного дефекту цей профіль свідчить про яскраво виявлену емоційну сплюсненість.

Важливе значення має **нахил профілю**.

Позитивний нахил, тобто наявність високих показників за шкалами психотичної тетради (4, 6, 8 і 9), є ознакою психотичного стану (порушення контактів із дійсністю, дезорієнтованість, розгубленість).

Негативний нахил, тобто переважання високих показників за шкалами невротичної тріади (1, 2 і 3), за наявності загального високого підйому всього профілю вказує на гострі афективні порушення. ММРІ не дає нозологічно-діагностичної оцінки.

Профіль особистості, одержуваний при дослідженні з допомогою цієї методики, характеризує лише особливості особистості у момент дослідження. Проте отримана при такому дослідженні характеристика особистісних властивостей хворого доповнює картину патопсихологічного реєстр-синдрому. Так, код, що характеризується піднесенням показників за шкалами 6 і 8 (параноїдне мислення), спостерігали не тільки при параноїдальній шизофренії, а й при інших маревних психозах зокрема при скроневій епілепсії, що протікає з хронічним маревним (шизоформним) синдромом.

Одержувані за допомогою ММРІ дані слід постійно зіставляти з клінічною симптоматикою, матеріалами спостереження патопсихолога щодо особливостей виконання обстежуваним завдань за методиками, спрямованими на дослідження пізнавальної діяльності, з результатами дослідження з допомогою інших особистісних методик.

«Лінійними» профілями є показники, що перебувають у межах 30-60 Т-балів, найчастіше це варіант норми.

«Втоплений» профіль характеризується відносно низькими показниками - 30-40 Т-балів. Найчастіше він є результатом спроб дати неточні відповіді, щоб показати себе краще, ніж є насправді.

«Межові» профілі у найвищих точках досягають 70-73 Т-балів, а інші шкали – не нижче 54 Т-балів. Такі профілі можуть передбачати різні функціональні стани, найчастіше без особливих відхилень.

«Широкорозкиданий» профіль характеризується піднесенням однієї-двох шкал, а за іншими їх піднесення виражене менше, можливі одиничні відхилення чи особливості станів.

«Шпилястим» профілем називають кілька окремих шкал, розташованих помітно вище від інших (переважно з перевищенням 70-80 Т-балів), що може виявитися показником будь-яких окремих відхилень станів.

«Високорозміщений» профіль має багато піків, що значно перевищують 70 Т-балів. При цьому передбачається низка відхилень чи негативних станів.

«Плаваючому» профілю властиве значне підвищення більшості шкал, що також може свідчити про різні відхилення.

«Опуклий» профіль має підвищення в центрі і зниження по краях, здебільшого відображаючи негативні показники.

Профіль з безліччю піків без різких знижень за іншими шкалами називають «зубцювата тилка», він часто свідчить про негативні тенденції.

«Заглиблений» профіль піднімається на перших і останніх шкалах зі зниженням у центральній частині і теж, як правило, демонструє негативні показники.

Нахил профілю показує ту його частину, що розташована вище. Так, профіль, який має підйом 1-3 шкал над іншими, характеризується невротичним (чи негативним) нахилом. Перевага підйому в правій частині профілю (4, 6, 8 і 9 шкали) дає підставу говорити про позитивну тенденцію.

Основою ММРІ є 3 оцінні і 10 базисних (клінічних) шкал.

Оцінні шкали (L, F, K). Вони призначені для з'ясування ставлення досліджуваного до тестування, одержання даних про вірогідність результатів дослідження, матеріалу для корекції клінічних шкал. Ці шкали містять також відомості про особистість обстежуваного

У нормі показники за всіма шкалами профілів наближені до 50 Т-балів (середня лінія), відхилення від середньої виражає ступінь характерологічних особливостей або патологічних змін. За варіант норми умовно прийнято діапазон у 30-70 Т-балів.

Патопсихологічна оцінка індивідуально-психологічних особливостей за базовими шкалами

1. Іпохондрії (Hs) – «близькість» досліджуваного до астеноневротичного типу. Досліджувані з високими оцінками повільні, пасивні, все сприймають на віру, покірні владі, поволі адаптуються, погано переносять зміну обстановки, легко втрачають рівновагу в соціальних конфліктах. При перевищенні рівня 70 Т шкала вказує на фіксованість уваги людини на внутрішніх відчуттях, схильність до перебільшення важкості свого стану, іпохондричність.

2. Депресії (D) – високі оцінки мають чутливі сенситивні особи, схильні до тривоги, несміливі, сором'язливі. У роботі вони старанні, добросовісні, високоморальні й обов'язкові, але нездатні прийняти рішення самостійно, у них нема впевненості в собі, при найменших невдачах вони впадають у відчай.

3. Істерії (Hu) – ця шкала виявляє осіб, схильних до сомато-неврологічних захисних реакцій конверсійного типу. Вони використовують симптоми соматичного захворювання як засіб уникнення від відповідальності. Всі проблеми вирішуються «втечею у хворобу». Головною особливістю таких людей є прагнення виглядати значнішими, ніж є насправді, привернути до себе увагу будь-чим, прагнення захоплення ними. Почуття таких людей поверхневі, а інтереси неглибокі. При показниках цієї шкали вище 70Т можна спостерігати істеричні риси поведінки: демонстративність, екзальтованість, егоцентризм, інфантильність.

4. Психопатії (Pd) – високі оцінки по цій шкалі свідчать про соціальну дезадаптацію. Такі люди конфліктні, агресивні, імпульсивні, нехтують соціальним нормами і цінностями. Настрій у них нестійкий, вони образливі, збудливі і вразливі. Можливе тимчасове підвищення по цій шкалі, викликане будь-якою причиною.

6. Паранояльності (Pa) – головна риса людей з високими показниками по цій шкалі – схильність до формування надцінних ідей. Ці люди односторонні, агресивні і злопам'ятні. Хто не згідний з ними думає по іншому, той нерозумний або ворог. Свої погляди вони активно

нав'язують, тому мають часті конфлікти з навколишніми. Власні найменші досягнення вони завжди переоцінюють.

7. Психастенії (Pt) – діагностує осіб з тривожно-надумливим типом характеру, яким властиві тривожність, боязкість, нерішучість, постійні сумніви, а при перевищенні 70Т спостерігається дезорганізація поведінки внаслідок цих властивостей.

8. Шизоїдності (Se) – особам з високими показниками по цій шкалі властивий шизоїдний тип поведінки. Вони здатні тонко відчувати і сприймати абстрактні образи, але повсякденні радості і горе не викликають в них емоційного відгуку. Таким чином, загальною рисою шизоїдного типу є поєднання підвищеної чутливості з емоційною холодністю та відчуженістю в міжособистих стосунках. Високі показники по цій шкалі (вище 70Т) відображають такі особистісні властивості, як своєрідність системи цінностей, відчуження від навколишніх, замкнутість (аутизм), труднощі у спілкуванні, дезорганізацію поведінки.

9. Гіпоманії (Ma) – для осіб з високими оцінками по цій шкалі характерний піднесений настрій незалежно від обставин. Вони активні, діяльні, енергійні, життєрадісні. Люблять роботу з частими змінами, охоче контактують з людьми, однак інтереси їх поверхові і нестійкі, їм не вистачає витримки та наполегливості. Можлива оцінка даних якостей як у рамках психологічних особливостей так і при психічній патології.

При неврозах виявляється невротичний нахил профілю особистості: переважають показники перших трьох базових шкал (Hs, D, Hy), що нерідко супроводжується підвищеннями по шкалі 6 (Pt). При істеричній симптоматиці профіль особистості набуває вигляду «конверсійної п'ятірки»: при збільшенні трьох шкал «невротичної тріади» лідерами є 1 і 3 шкали, а друга – трохи нижче (у вигляді латинського знака букви V).

При психопатіях, як правило, відзначається підвищення по шкалі 4 (Pd).

При психозах спостерігаються високі показники по шкалах 4 (Pd), 6 (Pa), 8 (Se), 9 (Ma).

Депресивний синдром психотичного рівня характеризується вершинами по 2,7,8 зі зниженням по 9 шкалі, а маніакальний – вершинами по 4 і 9 та зі зниженням по 2 і 7 шкалах.

Пік по шкалі 7 з одночасним підвищенням по шкалі 1 і 2 характерний для хворих з тривожно-фобічним синдромом.

Опитувальник К.К.Яхіна – В.Д.Менделевича

Інструкція. Уважно прочитайте кожне з наведених запитань та оцініть свій теперішній стан за п'ятибальною шкалою: 5 балів – ніколи не було, 4 бали – дуже рідко, 3 бали – іноді, 2 – часто, 1 бал – постійно або завжди. Напишіть свої відповіді поряд із кожним запитанням.

Опитувальник

1. Ваш сон поверхневий та неспокійний?
2. Чи помічаєте ви, що стали більш повільними та в'ялими, немає попередньої енергійності?
3. Після сну ви почуваетесь втомленим та розбитим?
4. У вас поганий апетит?
5. У вас буває відчуття стискання в грудях та недостатності повітря при хвилюванні чи роздратуванні?
6. Вам буває важко заснути, якщо вас що-небудь тривожить?
7. Чи відчуваєте ви себе пригніченим та подавленим?
8. Чи відчуваєте ви в себе підвищену втому, стомлюваність?
9. Чи помічаєте ви, що попередня робота дається вам важче та потребує більших зусиль?
10. Чи помічаєте ви, що стали більш розсіяними та неуважними: забуваєте, куди поставили яку-небудь річ або не можете згадати, що збиралися щойно робити?
11. Вас турбують нав'язливі спогади?
12. Чи буває у вас відчуття якого-небудь неспокою (ніби щось повинно трапитися), хоча особливих причин на це немає?
13. У вас виникає страх захворіти важкими захворюваннями (рак, інфаркт, психічне захворювання і т. д.)?
14. Ви не можете стримувати сльози і плачете?
15. Чи помічаєте ви, що потреба в інтимному житті для вас стала меншою і навіть почала вас обтяжувати?
16. Ви стали більш дратівливими та запальними?
17. Чи бувають у вас думки, що у вашому житті мало радості та щастя?
18. Ви помічаєте, що стали якимись байдужими, нема минулих інтересів та захоплень?
19. Ви багаторазово перевіряєте виконані дії: чи вимкнений газ, вода, електрика, зачинені двері?
20. Вас турбує біль або неприємні відчуття в ділянці серця?
21. Коли ви засмучуетесь, чи буває у вас так погано з серцем, що доводиться приймати ліки або навіть викликати «швидку»?
22. У вас буває дзвін у вухах або миготіння в очах?
23. У вас бувають приступи пришвидшеного серцебиття?
24. Ви настільки чутливі, що голосні звуки, яскраве світло, різкі фарби вас дратують?
25. Чи відчуваєте ви поколювання в пальцях рук, ніг чи по всьому тілу, повзання мурашок, заніміння або інші неприємні відчуття?
26. У вас бувають періоди такого неспокою, що ви не можете всідіти на місці?
27. До завершення роботи ви так сильно втомлюєтесь, що вам необхідно відпочити, перш ніж братися за що-небудь інше?
28. Очікування вас тривожить та нервує?
29. У вас паморочиться голова і темніє в очах, якщо ви різко встанете чи нагнетесь?
30. При різкій зміні погоди у вас погіршується самопочуття?
31. Ви помічали, як у вас мимоволі посіпується голова і плечі або повіки, вилиці, особливо, коли ви хвилюєтесь?
32. У вас бувають страхітливі сновидіння?
33. Ви відчуваєте тривогу за кого-небудь чи за що-небудь?
34. Ви відчуваєте клубок в горлі, коли хвилюєтесь?

35. У вас буває відчуття, що до вас ставляться байдуже, ніхто не намагається вас зрозуміти і поспівчувати, ви відчуваєте самотність?
36. Ви відчуваєте важкість при ковтанні їжі, особливо, коли хвилюєтеся?
37. Ви звертали увагу, що руки і ноги знаходяться у вас в неспокійному русі?
38. Вас турбує те, що ви не можете звільнитися від нав'язливих думок, які постійно повертаються (мелодія, вірш, сумніви)?
39. Ви легко потієте при хвилюванні?
40. У вас буває страх залишитися наодинці в порожній квартирі?
41. Ви відчуваєте у себе нетерпеливість, непосидючість чи метушливість?
42. У вас буває головокружіння або нудота під кінець робочого дня?
43. Ви погано переносите транспорт, вас закачує і ви погано себе відчуваєте?
44. Навіть у теплу погоду руки і ноги у вас холодні, мерзнуть?
45. Чи легко ви ображаєтеся?
46. У вас бувають нав'язливі сумніви відносно правильності ваших вчинків чи рішень?
47. Чи не вважаєте ви, що праця вдома чи на роботі недостатньо оцінюється навколишніми?
48. Вам часто хочеться побути на самоті?
49. Ви помічаєте, що ваші близькі ставляться до вас байдуже або навіть неприязно?
50. Ви відчуваєте скуто або невпевнено в товаристві?
51. Чи бувають у вас головні болі?
52. Чи помічаєте ви, як пульсує кров по судинах, особливо, якщо ви хвилюєтеся?
53. Чи здійснюєте ви машинально непотрібні дії (потираєте руки, поправляєте одяг, пригладжуєте волосся і т.д.)
54. Ви легко червонієте чи бліднете?
55. Чи покривається ваше обличчя, шия чи груди червоними плямами при хвилюванні?
56. Чи приходять вам на роботу думки, що з вами може що-небудь трапитися і вам не встигнуть надати допомогу?
57. Чи появляються у вас болі або неприємні відчуття в ділянці шлунку, коли ви хвилюєтеся?
58. Чи появляються у вас думки, що ваші подруги (друзі) чи близькі більш щасливі, ніж ви?
59. Чи бувають у вас закрепи чи проноси?
60. Коли ви засмучуєтеся, чи буває у вас відрижка або нудота?
61. Ви довго вагаєтеся, перш ніж прийняти рішення?
62. Чи легко ви змінюєте свій настрій?
63. Під час хвилювання у вас появляється свербіння шкіри або висип?
64. Після сильного хвилювання ви втрачали голос чи німіли руки або ноги?
65. У вас підвищене слиновиділення?
66. Чи буває, що ви один не можете перейти вулицю, відкриту площу?
67. Чи буває, що ви відчуваєте дуже сильний голод, а почавши їсти, швидко стаєте ситі?
68. У вас виникає відчуття, що у багатьох неприємностях винні ви самі?

Обробка результатів здійснюється за допомогою таблиць значень діагностичних коефіцієнтів по 6 шкалах.

Шкала вегетативних порушень

Номер запитання	1 бал	2 бали	3 бали	4 бали	5 балів
1	-1,51	-1,6	-0,54	0,5	1,45
4	-1,56	-1,51	-0,34	0,68	1,23
6	-1,33	-0,44	1,18	1,31	0,87
20	-1,3	-1,58	-0,1	0,81	0,77
22	-1,08	-1,5	-0,71	0,19	0,92
23	-1,8	-1,4	-0,1	0,5	1,22

Методики

25	-1,15	-1,48	-1	0,43	0,63
29	-1,6	-0,5	-0,3	0,62	0,9
30	-1,34	-0,7	-0,17	0,42	0,85
32	-0,9	-1,32	-0,41	0,42	1,19
39	-1,56	-0,43	-0,1	0,48	0,76
42	-1,3	-0,97	-0,4	-0,1	0,7
43	-1,11	-0,44	0	0,78	0,45
44	-1,45	-0,57	-0,26	0,32	0,63
51	-1,34	-0,78	0,2	0,31	1,4
52	-0,97	-0,66	-0,14	0,43	0,77
54	-0,93	-0,3	0,13	0,93	0,6
57	-1,2	-1,34	-0,3	0	0,42
59	-1,08	-0,83	-0,26	0,24	0,55
63	-0,9	-1,15	-1	-0,1	0,25
65	-1	-1,26	-0,22	-0,43	0,27
67	-0,7	-0,42	-0,55	0,18	0,4

Шкала невротичної депресії

Номер запитання	1 бал	2 бали	3 бали	4 бали	5 балів
2	-1,58	-1,45	-0,41	0,7	1,46
7	-1,51	-1,53	-0,34	0,58	1,4
15	-1,45	-1,26	-1	0	0,82
17	-1,38	-1,62	-0,22	0,32	0,75
18	-1,3	-1,5	-0,15	0,8	1,22
35	-1,34	-1,34	-0,5	0,3	0,73
48	-1,2	-1,23	0,36	0,56	0,2
49	-1,08	-1,08	-1,18	0	0,46
58	-1,2	-1,26	-0,37	0,21	0,42
68	-1,08	-0,54	-0,1	0,25	0,32

Шкала астенії

Номер запитання	1 бал	2 бали	3 бали	4 бали	5 балів
3	-1,51	-1,14	-0,4	0,7	1,4
8	-1,5	-0,33	0,9	1,32	0,7
9	-1,3	-1,58	-0,6	0,42	1
10	-1,62	-1,18	0	0,79	1,18
14	-1,56	-0,7	-0,12	0,73	1,35
16	-1,62	-0,6	0,26	0,81	1,24
24	-0,93	-0,8	-0,1	0,6	1,17
27	-1,19	-0,44	0,18	1,2	1,08
45	-1,58	-0,23	0,34	0,57	0,78
62	-0,5	-0,56	0,38	0,56	0

Шкала істеричного типу реагування

Номер запитання	1 бал	2 бали	3 бали	4 бали	5 балів
5	-1,41	-1,25	-0,5	0,4	1,53
21	-1,2	-1,48	-1,26	-0,18	0,67
31	-1,15	-1,15	-0,87	-0,1	0,74
34	-1,48	-1,04	-0,18	1,11	0,5
35	-1,34	-1,34	-0,52	0,3	0,73
36	-1,3	-1,38	-0,64	-0,12	0,66
45	-1,58	-0,23	0,34	0,57	0,78
47	-1,38	-1,8	-0,64	-0,1	0,52
49	-1,08	-1,08	-1,18	-0,1	0,46
57	-1,2	-1,34	-0,3	0	0,42
64	-0,6	-1,26	-1,08	-0,38	0,23

Шкала obsесивно-фобічних порушень

Номер запитання	1 бал	2 бали	3 бали	4 бали	5 балів
11	-1,38	-1,32	-0,3	0,3	1,2
13	-1,53	-1,38	-0,74	0,23	0,9
19	-1,32	-0,63	0	0,99	1,2
38	-0,9	-1,17	-0,43	0,37	0,69
40	-1,38	-0,67	-0,81	0,18	0,64
46	-1,34	-1,2	0,1	0,54	0,43
53	-0,78	-1,5	-0,35	0,27	0,36
56	-0,3	-1,2	-1,3	-0,67	0,33
61	-0,92	-0,36	0,28	0,56	0,1
66	-1	-0,78	-1,15	-0,52	0,18

Шкала тривоги

Номер запитання	1 бал	2 бали	3 бали	4 бали	5 балів
6	-1,33	-0,44	1,18	1,31	0,87
12	-1,08	-1,3	-0,6	0,37	1,44
26	-1,6	-1,34	-0,4	-0,6	0,88
28	-1,11	0	0,54	1,22	0,47
32	-0,9	-1,32	-0,41	0,41	1,3
33	-1,19	-0,2	1	1,04	0,4
37	-0,78	-1,48	-1,38	0,11	0,48
41	-1,26	-0,93	-0,4	0,34	1,24
50	-1,23	-0,74	0	0,37	0,63
61	-0,92	-0,36	0,28	0,56	0,1

Обробка та інтерпретація результатів проводиться з допомогою вищенаведених шкал, за якими виявлені за вказаними номерами питань бали переводяться у відповідні коефіцієнти. Встановлені в такий спосіб коефіцієнти за кожною шкалою сумують і будують графік.

Показник більше +1,28 вказує на рівень здоров'я, менше 1,28 – на характер виявлених невротичних розладів і ступінь їх вираженості.

Торонтська Алекситимічна Шкала

Рівень алекситимії вимірюється за допомогою спеціального опитувальника Торонтська Алекситимічна Шкала, адаптованої в Психоневрологічному інституті ім. В.М. Бехтерева.

Інструкція. Прочитайте твердження опитувальника і вкажіть, в якому ступені Ви згодні або не згодні з кожним з наступних тверджень (ставте «+» у відповідній колонці). Дайте тільки одну відповідь на кожне твердження: 1) абсолютно не згоден, 2) швидше не згоден, 3) ні то, ні інше, 4) швидше згоден, 5) абсолютно згоден

Твердження	<i>Абсолютно не згоден</i>	<i>Скоріше не згоден</i>	<i>Ні те, ні інше</i>	<i>Швидше згоден</i>	<i>Цілком згоден</i>
1. Коли я плачу, завжди знаю чому					
2. Мрії – це трата часу					
3. Я хотів би бути не таким сором'язливим					
4. Часто важко визначити, які почуття відчуваю					
5. Я часто мрію про майбутнє					
6. Мені здається, я так само здатний легко заводити друзів, як і інші					
7. Знати, як вирішувати проблеми, більш важливо, ніж розуміти причини цих рішень					
8. Мені важко знаходити правильні слова для моїх почуттів					
9. Мені подобається ставити людей в популярність про свою позицію з тих чи інших питань					
10. У мене бувають фізичні відчуття, які незрозумілі навіть лікарям					
11. Мені недостатньо знати, що призвело до такого результату, мені необхідно знати, чому і як це відбувається					
12. Я здатний з легкістю описати свої почуття					
13. Я волію аналізувати проблеми, а не просто їх описувати					
14. Коли я засмучений, не знаю, сумний чи я, переляканий або зол					
15. Я часто даю волю уяві					
16. Я проводжу багато часу в мріях, коли не зайнятий нічим іншим					
17. Мене часто спантеличують відчуття, що виникають в моєму тілі					
18. Я рідко мрію					
19. Я волію, щоб все йшло само собою, ніж розуміти, чому сталося саме так					
20. У мене бувають почуття, яким я не можу дати цілком точне визначення					
21. Дуже важливо вміти розбиратися в					

емоціях					
22. Мені важко описувати свої відчуття по відношенню до людей					
23. Люди мені кажуть, щоб я більше висловлював свої почуття					
24. Слід шукати більш глибокі пояснення того, що відбувається					
25. Я не знаю, що відбувається у мене всередині					
26. Я часто не знаю, чому я серджуся					

Обробка та інтерпретація даних. Підрахунок балів здійснюється таким чином:

1) відповідь «абсолютно не згоден» - оцінюється в **1 бал**, «швидше згоден» - **2**, «ні то, ні інше» - **3**, «швидше згоден» - **4**, «абсолютно згоден» - **5**. Ця система балів дійсна для пунктів шкали **2, 3, 4, 7, 8, 10, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 25, 26**.

2) негативний код мають пункти шкали **1, 5, 6, 9, 11, 12, 13, 15, 21, 24**. Для отримання підсумкової оцінки в балах слід проставити протилежну оцінку по цих пунктах (тобто відповідь «абсолютно не згоден» оцінюється в **5 балів**, «швидше згоден» - **4**, «ні то, ні інше» - **3**, «швидше згоден» - **2**- «абсолютно згоден» **1**;

3) сума балів по всіх пунктах і є підсумковим показником «алекситимічності».

Теоретично розподіл результатів можливий від 26 до 130 балів. За даними авторів методики, «алекситимічний тип» особистості одержує 74 бали і вище, «неалекситимічний тип» особистості набирає 62 бали і нижче.

Методика «Тип поведінкової активності» - ТПА

Інструкція. Вам буде пред'явлена низка питань або тверджень, що стосуються особливостей життя, активності в справах і спілкуванні або поведінки в емоційно-напружених ситуаціях. Уважно прочитайте кожне питання (твердження) і виберіть як відповідь той з варіантів, який найбільшою мірою відповідає вашим поведінковим характеристикам, і обведіть відповідний порядковий номер (проставте номер у відповідній графі бланка для відповіді).

Довго не роздумуйте, прагніть відповідати щиро і швидко. Пам'ятайте, правильних або неправильних відповідей тут не існує.

Текст опитувальника¹

1. Чи буває Вам важко вибрати час, щоб сходити в перукарню:

- 1) ніколи;
- 2) іноді;
- 3) майже завжди.

2. У Вас така робота, яка підбадьорює (ньокає, розбурхує):

- 1) менше, ніж робота більшості людей;
- 2) приблизно така ж, як робота більшості людей;
- 3) більше, ніж робота більшості людей.

3. Ваше повсякденне життя в основному заповнена:

- 1) справами, що потребують вирішення;
- 2) буденними справами;
- 3) справами, які вам нудні.

4. Одні люди живуть спокійним, розміреним життям, життя інших часто переповнена несподіванками, непередбаченими обставинами і ускладненнями. Як часто Вам доводиться стикатися з такими подіями:

- 1) кілька разів на день;
- 2) приблизно раз на день;
- 3) кілька разів на тиждень;
- 4) раз на тиждень;
- 5) раз на місяць або рідше.

5. У випадку, якщо Вас щось сильно гнітить, давить, або люди занадто багато чого вимагають від Вас, то Ви:

- 1) втрачаєте апетит і / або менше їсте;
- 2) їсте частіше і / або більше звичайного;
- 3) не помічаєте ніяких істотних змін в апетиті.

6. У випадку, якщо Вас щось гнітить, давить або у Вас є невідкладні турботи, то Ви:

- 1) негайно приймаєте відповідні заходи;
- 2) ретельно обмірковуєте, перш ніж почати діяти.

7. Як швидко Ви зазвичай їсте:

- 1) зазвичай закінчую їсти раніше за інших;
- 2) їм трохи швидше інших;
- 3) з такою ж швидкістю, як і більшість людей;
- 4) їм повільніше, ніж більшість людей.

8. Ваші рідні чи друзі коли-небудь говорили, що Ви їсте занадто швидко:

- 1) так, часто;
- 2) так, раз чи два;
- 3) ні, мені ніхто ніколи цього не говорив.

9. Як часто Ви робите кілька справ одночасно, наприклад, їсте і працюєте:

- 1) роблю кілька справ одночасно кожного разу, коли це можливо;
- 2) роблю це тільки тоді, коли не вистачає часу;
- 3) роблю це рідко або ніколи не роблю.

10. Коли Ви слухаєте когось, і ця людина дуже довго не може закінчити думку, Ви відчуваєте бажання поквипити його:

- 1) часто;
- 2) іноді;
- 3) майже ніколи.

11. Як часто Ви дійсно закінчуєте думку повільно говорить, щоб прискорити розмову:

- 1) часто;
- 2) іноді;
- 3) майже ніколи.

12. Як часто Ваші близькі або друзі зауважують, що Ви неуважні, якщо Вам говорять про що-небудь занадто докладно:

- 1) раз на тиждень або частіше;
- 2) кілька разів на місяць;
- 3) майже ніколи;
- 4) ніколи.

13. Якщо Ви говорите своїм близьким або друзям, що приїдете в певний час, то як часто Ви спізнюєтеся:

- 1) іноді;
- 2) рідко;
- 3) майже ніколи;
- 4) ніколи не спізнююся.

14. Чи буває, що Ви поспішаєте до місця зустрічі, хоча часу ще цілком достатньо:

- 1) часто;

2) іноді;

3) рідко або ніколи.

15. Припустимо, що Вам треба з кимось зустрітися в обумовлений час, наприклад, на вулиці, у вестибюлі метро і т. п., і ця людина спізнюється вже на 10 хв, то Ви:

1) спокійно почекаєте;

2) будете прохажуватися в очікуванні;

3) зазвичай у Вас є з собою чи книга газета, щоб було чим зайнятися в очікуванні.

16. Якщо Вам доводиться стояти в черзі, наприклад, в їдальні, в магазині, то Ви:

1) спокійно чекаєте своєї черги;

2) випробовуєте нетерпіння, але не показуєте цього;

3) відчуваєте таке нетерпіння, що це помічають оточуючі;

4) рішуче відмовляєтеся стояти в черзі і намагаєтеся знайти спосіб уникнути втрати часу.

17. Якщо Ви граєте в гру, в якій є елемент змагання (наприклад, шахи, доміно, волейбол), то Ви:

1) напружуєте всі сили для перемоги;

2) намагаєтеся виграти, але не дуже старанно;

3) граєте скоріше для задоволення, ніж серйозно.

18. Уявіть, що Ви і Ваші друзі (або співробітники) починаєте нову роботу. Що Ви думаєте про змагання в цій роботі:

1) волю уникати цього;

2) приймаю тому, що це неминуче;

3) отримую задоволення, так як це мене підбадьорює і стимулює.

19. Коли Ви були молодші, більшість людей вважало, що Ви:

1) часто намагаєтеся і по-справжньому хочете бути у всьому першим і найкращим;

2) іноді намагаєтеся і Вам подобається бути у всьому першим і найкращим;

3) зазвичай Вам добре так, як є (зазвичай Ви розслаблені);

4) Ви завжди розслаблені і не схильні змагатися.

20. Чим, на Вашу думку, Ви відрізняєтеся в даний час:

1) часто намагаєтеся (і по-справжньому хочете) бути у всьому першим і найкращим;

2) іноді намагаєтеся і Вам подобається у всьому бути першим і кращим;

3) зазвичай Вам добре так, як є (зазвичай Ви розслаблені);

4) Ви завжди розслаблені і не схильні змагатися.

21. На думку рідних чи друзів Ви:

1) часто намагаєтеся (і по-справжньому хочете) бути у всьому першим і найкращим;

2) іноді намагаєтеся і Вам подобається бути у всьому першим і найкращим;

3) зазвичай Вам добре так, як є (зазвичай Ви розслаблені);

4) Ви завжди розслаблені і не схильні змагатися.

22. Як оцінюють Ваші рідні чи друзі Вашу загальну активність:

1) недостатня активність, повільність, треба бути активніше;

2) близько середнього, завжди є якийсь заняття;

3) надактивність, що б'є через край енергія.

23. погодилися б знаючі Вас люди, що Ви ставитеся до своєї роботи занадто серйозно:

1) так, абсолютно;

2) можливо, так;

3) можливо, немає;

4) абсолютно, немає.

24. погодилися б добре знають Вас люди, що Ви менш енергійні, ніж більшість людей:

1) так, абсолютно;

2) можливо, так;

3) можливо, немає;

4) абсолютно, немає.

25. погодилися б добре знають Вас люди з тим, що за короткий час Ви здатні виконати великий обсяг роботи:

- 1) абсолютно, так;
 - 2) можливо, так;
 - 3) можливо, немає;
 - 4) абсолютно, немає.
26. погодилися б добре знають Вас люди, що Ви легко гнівайтесь (нервуетесь):
- 1) так, абсолютно;
 - 2) можливо, так;
 - 3) можливо, немає;
 - 4) абсолютно, немає.
27. погодилися б добре знають Вас люди, що Ви живете мирній і спокійній життям:
- 1) так, абсолютно;
 - 2) можливо, так;
 - 3) можливо, немає;
 - 4) абсолютно, немає.
28. погодилися б добре знають Вас люди, що Ви більшість справ робите в поспіху:
- 1) так, абсолютно;
 - 2) можливо, так;
 - 3) можливо, немає;
 - 4) абсолютно, немає.
29. погодилися б добре знають Вас люди, що Вас радують змагання (змагання) і Ви дуже стараетесь виграти:
- 1) так, абсолютно;
 - 2) можливо, так;
 - 3) можливо, немає;
 - 4) абсолютно, немає.
30. Який характер був у Вас, коли Ви були молодші:
- 1) запальний і насилу піддається контролю;
 - 2) запальний, але піддається контролю;
 - 3) цілком урівноважений (не було проблем);
 - 4) майже ніколи не серджуся (не виходжу з себе).
31. Яким Ви уявляєте свій характер сьогодні:
- 1) запальним, насилу піддається контролю;
 - 2) запальним, але піддається контролю;
 - 3) цілком урівноваженим;
 - 4) майже ніколи не серджуся (не виходжу з себе).
32. Коли Ви занурені в роботу і будь-хто (не начальник) перериває Вас, що Ви зазвичай відчуваєте при цьому:
- 1) почуваю себе цілком добре, так як після несподіваного перерви працюється краще;
 - 2) відчуваю легку досаду;
 - 3) відчуваю роздратування, тому що це заважає справі.
33. Якщо повторювані переривання в роботі дійсно Вас розлютили, то Ви:
- 1) відповісте різко;
 - 2) відповісте в спокійній формі;
 - 3) спробуєте щось зробити, аби цьому запобігти;
 - 4) спробуєте знайти більше спокійне місце для роботи, якщо це можливо.
34. Як часто Ви виконуєте роботу, яку повинні закінчити до певного терміну:
- 1) щодня або частіше;
 - 2) щотижня;
 - 3) щомісяця або рідше.
35. Робота, яку Ви повинні закінчити до певного терміну, як правило:
- 1) не викликає напруги, тому що вона звична, одноманітна;
 - 2) викликає сильне напруження, так як зрив терміну може вплинути на роботу групи людей.
36. Ви самі собі визначаєте терміни виконання роботи на службі і вдома:

- 1) немає;
 - 2) так, але тільки зрідка;
 - 3) так, вельми часто.
37. Якість роботи, яку Ви виконуєте, до кінця призначеного терміну буває:
- 1) краще;
 - 2) звичайне;
 - 3) гірше.
38. Чи буває, що на роботі Ви одночасно виконуєте два або декілька завдань, роблячи щось одне, то інше:
- 1) ні, ніколи;
 - 2) так, але не так часто;
 - 3) так, постійно.
39. Були б Ви задоволені можливістю залишатися на нинішній роботі в наступні роки:
- 1) так;
 - 2) ні, мені хотілося б домогтися більшого;
 - 3) звичайно ні, я роблю все для того, щоб мене підвищили, інакше я буду дуже засмучений.
40. Якби Ви могли вибирати, то що б воліли:
- 1) надбавку до заробітної плати без просування в посаді;
 - 2) просування на посаді без істотного підвищення зарплати.
41. До кінця відпустки Ви:
- 1) хочете продовжити його ще на тиждень-другий;
 - 2) відчуваєте, що готові повернутися до звичайної роботи;
 - 3) хочете, щоб відпустка скінчився, і можна було повернутися до звичайної роботи.
42. Чи бувало так, що за останні три роки Ви брали менше днів відпустки, ніж належить:
- 1) так;
 - 2) немає;
 - 3) на моїй роботі це неможливо.
43. Чи буває, що під час відпустки Ви не можете перестати думати про роботу:
- 1) так, часто;
 - 2) так, іноді;
 - 3) ні, ніколи.
44. В останні три роки Ви отримували якісь заохочення на роботі:
- 1) ні, ніколи;
 - 2) іноді;
 - 3) так, часто.
45. Як часто Ви приносите роботу додому або вивчаєте будинку матеріали, пов'язані з роботою:
- 1) рідко або ніколи;
 - 2) раз на тиждень або рідше;
 - 3) майже постійно.
46. Як часто Ви залишаєтеся на роботі після закінчення робочого дня або приходьте на роботу в надурочний час:
- 1) на моїй роботі це неможливо;
 - 2) дуже рідко;
 - 3) іноді (рідше, ніж раз на тиждень).
47. Ви зазвичай залишаєтеся вдома, якщо у Вас озноб або підвищена температура тіла:
- 1) так;
 - 2) немає.
48. Якщо Ви відчуваєте, що починаєте втомлюватися від роботи, то:
- 1) деякий час працюєте менш активно, поки сили не повернуться до Вас;
 - 2) продовжуєте працювати так само активно, незважаючи на втому.
49. Коли Ви працюєте в колективі, то співробітники чекають, що Ви будете керувати:
- 1) рідко;
 - 2) не частіше, ніж від інших;

3) частіше, ніж від інших.

50. Ви записуєте для пам'яті розпорядок дня (що потрібно зробити):

- 1) ніколи;
- 2) іноді;
- 3) часто.

51. Якщо хтось чинить відносно Вас нечесно, Ви:

- 1) прямо вказуєте йому на це;
- 2) перебуваєте в нерішучості і поступаєте в залежності від обставин;
- 3) нічого не говорите про це.

52. У порівнянні з іншими, які виконують таку ж роботу, Ви докладаєте:

- 1) набагато більше зусиль;
- 2) трохи більше зусиль;
- 3) приблизно стільки ж зусиль;
- 4) трохи менше зусиль;
- 5) набагато менше зусиль.

53. У порівнянні з іншими, які виконують таку ж роботу, Ви відчуваєте:

- 1) значно більшу відповідальність;
- 2) дещо більшу відповідальність;
- 3) приблизно таку ж відповідальність;
- 4) дещо меншу відповідальність;
- 5) значно меншу відповідальність.

54. У порівнянні з іншими, які виконують таку ж роботу, Ви відчуваєте необхідність поспішати:

- 1) значно більше;
- 2) дещо більше;
- 3) стільки ж;
- 4) дещо менше;
- 5) набагато менше.

55. У порівнянні з іншими, які виконують таку ж роботу, Ви:

- 1) значно більш акуратні;
- 2) кілька більш акуратні;
- 3) приблизно в такій же мірі акуратні;
- 4) дещо менш акуратні;
- 5) значно менше акуратні.

56. У порівнянні з іншими, які виконують таку ж роботу, Ваше ставлення до неї:

- 1) набагато більш серйозне;
- 2) кілька більш серйозне;
- 3) мало відрізняється від інших;
- 4) дещо менш серйозне;
- 5) значно менш серйозне.

57. У порівнянні з роботою, яку Ви виконували 10 років тому, зараз Ви працюєте в протягом тижня:

- 1) більше годин;
- 2) приблизно стільки ж;
- 3) менше, ніж раніше.

58. У порівнянні з роботою, яку Ви виконували 10 років тому, нинішня робота вимагає:

- 1) меншої відповідальності;
- 2) стільки ж відповідальності;
- 3) більшої відповідальності.

59. У порівнянні з роботою, яку Ви виконували 10 років тому, нинішня робота користується:

- 1) великим престижем;
- 2) таким же престижем;
- 3) меншим престижем.

Методики

60. Скільки різних робіт Ви змінили за останні 10 років (врахуйте, будь ласка, будь-які зміни в характері чи місці роботи):

- 1) змін не було або були одного разу;
- 2) дві;
- 3) три;
- 4) чотири;
- 5) п'ять і більше.

61. За останні 10 років Ви обмежили число своїх розваг через нестачу часу:

- 1) так;
- 2) немає.

Система обробки результатів.

При підрахунку результату використовується наступна система оцінки відповідей в балах.

Ключ до перерахунку відповідей в бальну оцінку

№ тверджень	№ відповідей				
	1	2	3	4	5
1	13	7	1		
2	13	7	1		
3	1	17	13		
4	1	4	7	10	13
5	1	7	13		
6	1	13			
7	13	9	5	1	
8	1	7	13		
9	1	7	13		
10	1	7	13		
11	1	7	13		
12	1	5	9	13	
13	13	9	5	13	
14	1	7	13		
15	13	7	1		
16	13	9	5	1	
17	1	7	13		
18	13	7	1		
19	1	5	9	13	
20	1	5	9	13	
21	1	5	9	13	
22	13	7	1		
23	1	5	9	13	
24	13	5	9	1	
25	1	5	9	13	
26	1	5	9	13	
27	13	9	5	1	
28	1	5	9	13	
29	1	5	9	13	
30	11	5	9	13	
31	11	5	9	13	
32	13	7	1		
33	1	5	9	13	
34	1	7	13		
35	13	1			

36	13	7	1		
37	1	7	13		
38	13	7	1		
39	13	7	1		
40	13	1			
41	13	7	1		
42	1	7	13		
43	1	7	13		
44	13	7	1		
45	13	7	1		
46	13	9	5	1	
47	13	1			
48	13	1			
49	13	7	1		
50	13	7	1		
51	1	7	13		
52	1	4	7	10	13
53	1	4	7	10	13
54	1	4	7	10	13
55	1	4	7	10	13
56	1	4	7	10	13
57	1	7	13		
58	13	7	1		
59	1	7	13		
60	13	10	7	4	1
61	1	13			

Якщо кількість балів не перевищує **167**, то з високою вірогідністю діагностується виражений тип поведінкової активності особистості – тип А;

168-335 балів – діагностується певна тенденція до поведінкової активності типу А (умовно А1);

336-459 балів – діагностується проміжний (перехідний) тип особистісної активності – тип АБ;

460-626 балів – діагностується певна тенденція до поведінкової активності типу Б (умовно – Б1);

627 балів і вище – діагностується з високою вірогідністю виражений поведінковий тип особистісної активності – тип Б.

Інтерпретація результатів дослідження

Для осіб з вираженою поведінковою активністю (тип А) характерні наступні особливості. Перебільшена потреба в діяльності – надмірне залучення в роботу, ініціативність, невміння відмовитися від роботи, розслабитися; брак часу для відпочинку і розваг, нерідко робота у вихідні дні і у відпустці. Постійна напруга душевних і фізичних сил в боротьбі за успіх, висока мотивація досягнення, наполегливість в досягненні мети нерідко відразу в декількох областях життєдіяльності, небажання відмовитися від досягнення мети, не дивлячись на поразку. Невміння і небажання виконувати щоденну одноманітну роботу. Нездатність до тривалої і стійкої концентрації уваги, нетерплячість, гостре відчуття браку часу, прагнення робити все швидко: ходити, є, говорити, ухвалювати рішення. Енергійна, емоційно виразна мова, підкріплювана жестами і мімікою, нетерплячість в діалогах, імпульсна, емоційна нестриманість в суперечках, невміння до кінця вислухати співрозмовника. Схильність до суперництва і визнання, амбітність, агресивність по відношенню до суб'єктів, протидіючих

здійсненню планів; у випадках неуспіху нерідко причина вбачається в зовнішніх обставинах або суперниках; прагнення до домінування в колективі або компаніях, легка фрустрованість зовнішніми обставинами і життєвими труднощами. В умовах дефіциту інформації при необхідності ухвалення швидкого рішення зростає реактивна тривожність, можлива втрата контролю за ситуацією, що може приводити до емоційної нестабільності, пониженню стійкості до стресу і зниження поведінкового контролю в цілому.

Для осіб, у яких діагностується проміжний (перехідний тип поведінкової активності — АБ), характерна активна і цілеспрямована діловитість, різносторонність інтересів, уміння збалансувати ділову активність, напружену роботу із зміною занять і вміло організованим відпочинком; моторика і мовна експресія помірно виражені. Особи типу АБ не виявляють явної схильності до домінування, але в певних ситуаціях і обставинах упевнено беруть на себе роль лідера; для них характерна емоційна стабільність і передбаченість в поведінці, відносна стійкість до дії стресогенних чинників, добра адаптація до різних видів діяльності.

Для осіб, у яких з високою вірогідністю діагностується виражений поведінковий тип Б, характерні: виразна неквапливість, зваженість і раціональність в роботі і інших сферах життєдіяльності, відданість вибраній справі, відсутність прагнення до зміни роботи. Скупість в рухах і проявах емоційних реакцій і відчуттів, у тому числі при спілкуванні з близькими і друзями; ґрунтовність і обов'язковість, надійність і передбачуваність в поведінці, підкреслена дружелюбність. Надмірно довге обдумування планів діяльності, що поєднується з вельми неквапливим і надретельним виконанням дій; відсутність прагнення до суперництва, невміння і небажання сперечатися, але в той же час твердість у відстоюванні своєї точки зору. Відсутність зовнішніх проявів невпевненості в своїх силах і можливостях. Невміння, а часом і небажання швидко міняти стереотипи діяльності викликають труднощі і в пристосуванні до ситуацій, що вимагають швидкого ухвалення відповідального рішення або зміни роботи. Відносна стійкість до стресогенних ситуацій і обставин, проте при тривалій дії цих чинників схильні до депресивних реакцій, втратою інтересу до роботи і спілкування.

Методика визначення стресостійкості та соціальної адаптації Холмса і Раге

№ Життєві події	Бали
1. Смерть чоловіка (дружини)	100
2. Розлучення	73
3. Роз'їзд подружжя (без оформлення розлучення), розрив з партнером	65
4. Тюремне ув'язнення	63
5. Смерть близького члена сім'ї	63
6. Травма або хвороба	53
7. Одруження, весілля	50
8. Звільнення з роботи	47
9. Примирення подружжя	45
10. Вихід на пенсію	45
11. Зміна в стані здоров'я членів сім'ї	44
12. Вагітність партнерки	40
13. Сексуальні проблеми	39
14. Поява нового члена сім'ї, народження дитини	39
15. Реорганізація на роботі	39
16. Зміна фінансового стану	38
17. Смерть близького друга	37
18. Зміна професійної орієнтації, зміна місця роботи	36
19. Посилення конфліктності відносин з чоловіком	35
20. Позика або позика на крупну покупку (наприклад, будинки)	31
21. Закінчення строку виплати позики або позики, зростаючі борги	30

22. Зміна посади, підвищення службової відповідальності	29
23. Син або дочка покидають будинок	29
24. Проблеми з родичами чоловіка (дружини)	29
25. Видатне особисте досягнення, успіх	28
26. Чоловік кидає роботу (або приступає до роботи)	26
27. Початок чи закінчення навчання у навчальному закладі	26
28. Зміна умов життя	25
29. Відмова від якихось індивідуальних звичок, зміна стереотипів поведінки	24
30. Проблеми з начальством, конфлікти	23
31. Зміна умов або годин роботи	20
32. Зміна місця проживання	20
33. Зміна місця навчання	20
34. Зміна звичок, пов'язаних з проведенням дозвілля або відпустки	19
36. Зміна звичок, пов'язаних з віросповіданням	19
36. Зміна соціальної активності	18
37. Позика або позика для покупки менш крупних речей (машини, телевізора)	17
38. Зміна індивідуальних звичок, пов'язаних зі сном, порушення сну	16
39. Зміна числа живучих разом членів сім'ї, зміна характеру і частоти зустрічей з іншими членами сім'ї	15
40. Зміна звичок, пов'язаних з харчуванням (кількість споживаної їжі, дієта, відсутність апетиту і т. п.)	15
41. Відпустка	13
42. Різдво, зустріч Нового року, день народження	12
43. Незначне порушення правопорядку (штраф за порушення правил вуличного руху)	11

Інтерпретація результатів тесту

150 балів означають 50% імовірності виникнення якогось захворювання, а при 300 балах вона збільшується до 90%.

Підсумкова сума визначає одночасно ступінь вашої опірності стресу. Велика кількість балів - це сигнал тривоги, застережливий вас про небезпеку. Отже, вам необхідно терміново щось вдіяти, щоб ліквідувати стрес. Підрахована сума має ще одне важливе значення - вона виражає (в цифрах) вашу ступінь стресового навантаження.

Ступінь опірності стресу

- 150-199 балів - висока;
- 200-299 балів - межова;
- 300 і більше балів - низька (вразливість).

Методика діагностики рівня «емоційного вигорання» В.В. Бойка

Інструкція. На кожне із запропонованих нижче суджень дайте відповідь «так» чи «пі». Візьміть до уваги: якщо у формулюваннях опитувальника згадуються партнери, то йдеться про суб'єктів Вашої професійної діяльності – пацієнтів, клієнтів, споживачів, замовників, учнів, студентів та інших осіб, з якими Ви щоденно працюєте.

Текст опитувальника

1. Організаційні помилки на роботі постійно змушують нервувати, напружуватися, хвилюватися.

2. Сьогодні я задоволений своєю професією не менше, ніж на початку кар'єри.
3. Я помилився у виборі професії чи профілю діяльності (займаю не своє місце).
4. Мене турбує те, що я став гірше працювати (менш продуктивно, менш якісно, повільніше).
5. Тепло та взаємодія з партнерами дуже залежить від мого настрою.
6. Від мене, як від професіонала, мало залежить добробут партнерів.
7. Коли я приходжу з роботи додому, то деякий час (години 2-3) мені хочеться побути на самоті, щоб зі мною ніхто не спілкувався.
8. Коли я відчуваю втому чи напруження, то намагаюся швидше вирішити проблеми партнера (згорнути взаємодію).
9. Мені здається, що емоційно я не можу дати колегам того, що потребує професійний обов'язок.
10. Моя робота притупляє емоції.
11. Я відверто втомився від людських проблем, з якими доводиться мати справу на роботі.
12. Трапляється, я погано засинаю (сплю) через хвилювання, пов'язані з роботою.
13. Взаємодія з партнерами потребує від мене великого напруження.
14. Робота з людьми приносить мені все менше задоволення.
15. Я б змінив місце роботи, якби з'явилась така можливість.
16. Мене часто засмучує те, що я не можу на потрібному рівні надати професійну підтримку, послугу, допомогу.
17. Мені завжди вдається запобігти впливу поганого настрою на ділові контакти.
18. Мене дуже засмучує ситуація, коли щось не йде на лад у стосунках з діловим партнером.
19. Я так стомлююся на роботі, що вдома намагаюся спілкуватися якомога менше.
20. Через брак часу, втому та напруження часто приділяю партнеру менше уваги, ніж потрібно.
21. Іноді звичні ситуації спілкування на роботі дратують мене.
22. Я спокійно сприймаю обґрунтовані претензії партнерів.
23. Спілкування з партнерами спонукає мене уникати людей.
24. При згадці про деяких партнерів та колег, у мене псується настрій.
25. Конфлікти та суперечки з колегами віднімають багато сил та емоцій.
26. Мені все складніше встановлювати або підтримувати контакти з діловими партнерами.
27. Обставини на роботі мені здаються дуже складними і важкими.
28. У мене часто виникають тривожні очікування, пов'язані з роботою: щось має трапитися, як би не припуститися помилки, чи зможу зробити все як потрібно, чи не скоротять мене тощо.
29. Якщо партнер мені неприємний, то я намагаюся обмежити час спілкування з ним, менше приділяти йому уваги.
30. У спілкуванні на роботі я дотримуюся принципу «не роби людям добра – не отримаєш зла».
31. Я з радістю розповідаю домашнім про свою роботу.
32. Трапляються дні, коли мій емоційний стан погано відображається на результатах роботи (менше працюю, знижується якість, виникають конфлікти).
33. Іноді я відчуваю, що потрібно поспівчувати партнерові, але не в змозі цього зробити.
34. Я дуже хвилююся за свою роботу.
35. Партнерам по роботі віддаю більше уваги та турботи, ніж отримую від них вдячності.
36. При одній згадці про роботу мені стає погано: починає колоти в області серця, підвищується тиск, виникає головний біль.
37. У мене добрі (в цілому задовільні) стосунки з безпосереднім керівником.
38. Я часто радію, коли бачу, що моя робота приносить користь людям.
39. Останнім часом мене переслідують невдачі на роботі.
40. Деякі аспекти (факти) моєї роботи викликають розчарування, нудьгу і зневіру.
41. Трапляються дні, коли контакти з партнерами складаються гірше, ніж зазвичай.
42. Я переймаюся проблемами ділових партнерів (суб'єктів діяльності) менше, ніж зазвичай.
43. Втома від роботи призводить до того, що я намагаюся скоротити час спілкування з друзями та знайомими.
44. Зазвичай я виявляю зацікавленість особистістю партнера більше, ніж того вимагає справа.
45. Зазвичай я приходжу на роботу відпочивши, зі свіжими силами, в доброму настрої.

46. Іноді я ловлю себе на тому, що працюю з партнерами автоматично, без душі.
47. У справах зустрічаються настільки неприємні люди, що всупереч волі бажаєш їм чогось недоброго.
48. Після спілкування з неприємними партнерами в мене буває погіршення фізичного та психічного самопочуття.
49. На роботі я постійно відчуваю психічне та фізичне перевантаження.
50. Успіхи в роботі надихають мене.
51. Ситуація на роботі, в якій я опинився, здається безвихідною (майже безвихідною).
52. Я втратив спокій через роботу.
53. Впродовж останнього року траплялися скарги па мене з боку партнерів.
54. Мені вдається зберегти нерви тільки через те, що багато з того, що відбувається з партнерами, я не беру близько до серця.
55. Я часто з роботи приношу додому негативні емоції.
56. Я часто працюю через силу.
57. Раніше я був більш співчутливим та уважним до партнерів, ніж тепер.
58. У роботі з людьми керуюся принципом: не псуй нерви, бережи здоров'я.
59. Іноді я йду на роботу з важким відчуттям: як все набридло, нікого б не бачити й не чути.
60. Після напруженого робочого дня я відчуваю, що занедужав.
61. Контингент партнерів, з якими я працюю, дуже важкий.
62. Іноді мені здається, що результати моєї роботи не варті тих зусиль, які я витрачаю.
63. Якщо б мені поталанило з роботою, я був би набагато щасливішим.
64. Я у відчаї від того, що на роботі в мене серйозні проблеми.
65. Іноді я поведжуся зі своїми партнерами так, як би не хотів, щоб вони вчиняли зі мною.
66. Я засуджую партнерів, що розраховують на особливу поблажливість та увагу.
67. Зазвичай після робочого дня у мене не вистачає сил займатися домашніми справами.
68. Часто я підганяю час: швидше б закінчився робочий день.
69. Стан, прохання, потреби партнерів зазвичай мене щиро хвилюють.
70. Працюючи з людьми, я зазвичай ніби ставлю екран, що захищає мене від чужих страждань та негативних емоцій.
71. Робота з людьми (з партнерами) дуже розчарувала мене.
72. Щоб відновити сили, я часто вживаю ліки.
73. Як правило, мій робочий день проходить спокійно і легко.
74. Мої вимоги до виконуваної роботи вищі, ніж те, чого я досягаю через певні обставини.
75. Моя кар'єра склалася вдало.
76. Я дуже нервую з приводу того, що пов'язано з роботою.
77. Деяких із своїх постійних партнерів я не хотів би бачити й чути.
78. Я схвалюю колег, які повністю присвячують себе людям (партнерам), нехтуючи власними інтересами.
79. Моя втома на роботі зазвичай мало або взагалі не відображається па спілкуванні з домашніми і друзями.
80. За можливості, я віддаю партнерові менше уваги, але так, щоб він цього не помітив.
81. Мене часто підводять нерви в спілкуванні з людьми на роботі.
82. До всього (майже до всього), що відбувається на роботі, я втратив зацікавленість, живе почуття.
83. Робота з людьми погано вплинула на мене як на фахівця – зробила знервованим, злим, притупила емоції.
84. Робота з людьми вочевидь підриває моє здоров'я.

Бланк для відповідей												
№ з/п	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Відповідь + або -												
№ з/п	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Відповідь + або -												
№ з/п	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36
Відповідь + або -												
№ з/п	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48
Відповідь + або -												
№ з/п	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
Відповідь + або -												
№ з/п	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72
Відповідь + або -												
№ з/п	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84
Відповідь + або —												

Обробка та інтерпретація результатів

Кожен варіант відповіді попередньо оцінений компетентними суддями тим чи іншим числом балів – зазначається в «ключі» поруч із номером судження в дужках. Це зроблено тому, що ознаки, які включені в симптом, мають різне значення для визначення його складності. Максимальну оцінку – 10 балів – отримала та ознака, яка є найбільш показовою для симптому.

Відповідно до «ключа» здійснюють такі підрахунки:

- 1) визначають суму балів окремо для кожного з 12 симптомів «вигорання»;
- 2) підраховують суму показників симптомів для кожної з 3-х фаз формування «вигорання»;
- 3) знаходять підсумковий показник синдрому «емоційного вигорання» - сума показників за всіма 12 симптомами.

У «ключі» поряд із номерами суджень у дужках вказаний бал, встановлений експертами, який показує «вагу» цієї ознаки симптому.

«Ключ»

Фаза «Напруження»

1. Переживання психотравмуючих обставин: +1(2),+13(3), +25(2), -37(3), +49(10), +61(5), -73(5)
2. Незадоволеність собою:

Методики

-2(3), +14(2), +26(2), -38(10), -50(5), +62(5), +74(3)

3. «Загнаність у кут»:

+3(10), +15(5), +27(2), +39(2), +51(5), +63(1), -75(5)

4. Тривога і депресія:

+4(2), +16(3), +28(5), +40(5), +52(10), +64(2), +76(3)

Фаза «Резистенція»

1. Неадекватне вибіркоче емоційне реагування: +5(5), -17(3), +29(10), +41(2), +53(2), +65(3), +77(5)

2. Емоційно-моральна дезорієнтація:

+6(10), -18(3), +30(3), +42(5), +54(2), +66(2), -78(5)

3. Розширення сфери економії емоцій:

+7(2), +19(10), -31(2), +43(5), +55(3), +67(3), -79(5)

4. Редукція професійних обов'язків:

+8(5), +20(5), +32(2), -44(2), +56(3), +68(3), +80(10)

Фаза «Виснаження»

1. Емоційний дефіцит:

+9(3), +21(2), +33(5), -45(5), +57(3), -69(10), +81(2)

2. Емоційне відчуження:

+10(2), +22(3), -34(2), +46(3), +58(5), +70(5), +82(10)

3. Особистісне відчуження (деперсоналізація): +11(5), +23(3), +35(3), +47(5), +59(5), +71(2), +83(10)

4. Психосоматичні та психовегетативні порушення: +12(3), +24(2), +36(5), +48(3), +60(2), +72(10), +84(5)

Інтерпретація результатів

Запропонована методика дає детальну картину синдрому «емоційного вигорання». Насамперед, необхідно *звернути увагу на окремі симптоми*. Показник вираженості кожного симптому знаходиться в межах від 0 до 30 балів:

0-9 балів — симптом не сформований;

10-15 балів — симптом на стадії формування;

16 і більше балів — симптом сформований.

Симптоми з показниками 20 і більше балів є домінуючими у фазі або у всьому синдромі «емоційного вигорання».

Методика дає можливість побачити провідні симптоми «вигорання». Суттєвим є те, до якої фази формування «емоційного вигорання» належать домінуючі симптоми і в якій фазі їх найбільша кількість.

Наступний крок в інтерпретації результатів – *осмислення показників фаз розвитку - «вигорання»: «напруження», «резистенція» та «виснаження».*

У кожній з них оцінка можлива в межах від 0 до 120 балів. За кількісними показниками можна стверджувати тільки про те, наскільки кожна фаза сформувалася, яка фаза сформувалася більшою або меншою мірою:

- 36 і менше балів – фаза не сформована;
- 37-60 балів – фаза на стадії формування;
- 61 і більше балів – фаза сформована.

Тест-опитувальник

«Оцінювання рівня тривожності й схильності школяра до неврозу» (А. Захаров)

Даним тестом можуть скористатися батьки при визначенні рівня тривожності і схильності дитини до неврозу.

Оцініть твердження, залежно від поведінкових реакцій, що простежуються.

Якщо зазначена особливість поведінки виражена, то пункт оцініть у 2 бали.

Якщо зазначені вияви зустрічаються періодично, то відповідний пункт оцініть в 1 бал.

За відсутності названих у пункті особливостей поведінки виставте 0 балів.

1. Легко засмучується, багато переживає, усе близько бере до серця.
2. Коли щось не так - у сльози, плаче, не може заспокоїтися.
3. Дратується через дрібниці, не може чекати, терпіти.
4. Дуже часто ображається, не терпить ніяких зауважень.
5. Може сміятися і плакати одночасно.
6. Усе більше сумує і засмучується без причини.
7. Неспокійно спить, часто прокидається уночі.
8. Стає надто збудженою, коли потрібно стримуватися.
9. З'являються виражені страхи, побоювання, боязкість у нових ситуаціях.
10. Наростає непевність у собі, нерішучість у діях і вчинках.
11. Швидко втомлюється, відволікається, не може концентрувати увагу довгий час.
12. Сутужно знайти з нею спільну мову, домовитися, змінює рішення чи занурюється в себе.
13. Скаржиться на головні болі ввечері чи на болі у ділянці живота вранці: блідне, червоніє, уприває, алергія, різні висипи на шкірі.
14. Знижується апетит, часто і довго хворіє, підвищується без причин температура.

Оцінювання результатів

Бали, виставлені в кожному пункті опитувальника, потрібно додати.

30 - 20 балів - невроз безсумнівний.

19-15 балів - невроз був чи буде найближчим часом.

14 - 10 балів - є ознаки нервового розладу, але не обов'язково сягають стадії захворювання.

5 балів - є схильність до виникнення нервового розладу, необхідно бути уважнішими до стану нервової системи.

4-0 бали - відхилення несуттєві або є вираженням вікових особливостей дитини.

Рекомендації до складання психологічних висновків

Подібно до того як не може бути стандартного побудови дослідження, стереотипного набору методик, не може бути і стандарту в складанні висновків. Кожен висновок складається психологом з урахуванням поставленого завдання. Можуть бути дані деякі рекомендації щодо загальної схеми подібних висновків, зміст ж їх не піддається суворій уніфікації.

Пропонується наступна схема оформлення висновку клініко-психологічного обстеження соматично- і психічно хворих, яка складається з п'яти абзаців.

Заголовок. Висновок клініко-психологічного (або патопсихологічного, нейропсихологічного) дослідження

Прізвище, ім'я, по батькові....., вік.....років,
освіта....., професія,
сімейне становище....., мета дослідження.....
діагноз захворювання.....
дата обстеження

У першому абзаці висновку звичайно приводять мотиви направлення або звернення пацієнта на психологічне обстеження, а також вказуються його завдання (діагностичні, диференційно-діагностичні, експертні, оцінка ефективності лікування й ін.).

У другому абзаці, як правило, приводяться скарги (якщо висловлюються), а також коротко тільки дуже важливі для діагностики відомості з історії хвороби (анамнезу хвороби) і з історії життя (анамнезу життя) пацієнта.

У третьому абзаці висновку описується характеристика ставлення до обстеження та особливості контакту з пацієнтом, які є важливими в контексті дослідження індивідуально-психологічних властивостей особистості. Ставлення до обстеження та особливості контакту під час всієї процедури обстеження між пацієнтом і психологом дозволяють розпізнати й оцінити важливі психологічні особливості досліджуваного. Найкоротший спосіб описання характеристики відношення до обстеження "адекватне", "неадекватне".

Ознаки адекватного ставлення свідчать про сформованість мотиву експертизи, що характеризується такими проявами:

- а) адекватність емоційних реакцій на успіх і невдачу;
- б) адекватність реакції на корегуючі зауваження експериментатора;
- в) зацікавленість у результатах обстеження.

Ознаки неадекватного ставлення до обстеження:

а) несформованість мотиву експертизи (аналізуються ті ж ознаки, як і у випадку сформованості мотиву (див. вище), але із зворотним знаком;

б) наявність установчої поведінки, до якої відносяться:

- симуляція – навмисне пред'явлення скарг на психологічні проблеми чи психічні (психопатологічні) розлади, які відсутні у досліджуваного, з метою обману психолога та винесення помилкового висновку;

- агравація – навмисне перебільшення психологічних проблем або психічної патології, наявних у досліджуваного з метою привести психолога до помилкових висновків для отримання в майбутньому якої-небудь вигоди;

- дисимуляція – навмисне заперечення або применшення значущості психологічних проблем чи психічних розладів також з метою привести психолога до помилкових висновків для отримання якоїсь вигоди;

в) наявність психічних розладів, які ускладнюють формування мотиву експертизи (наприклад, патологія емоційно-мотиваційної сфери у деяких хворих алкоголізмом, шизофренією та ін.).

Ознаки формального відношення до обстеження відбуваються в ситуації примушування до обстеження. У ситуації примушування таку поведінку можна визнати адекватною лише у випадку відповіді про порушення суверенітету особистості.

Характеристики контакту з досліджуваним у короткій формі можна дати такі: *вільний, ускладнений, порушений і формальний*.

Вільний – встановлюється легко і підтримується упродовж всього обстеження, досліджуваний відверто відповідає на запитання, емоційні реакції адекватні.

Ускладнений зумовлений як психологічними так і патопсихологічними причинами (наприклад, при депресії, аутизмі, негативізмі, низькому інтелекті й ін.).

Порушений свідчить про неможливість встановлення або підтримання продуктивного контакту, що призводить до недоступності пацієнта для обстеження.

Формальний спостерігається переважно у зв'язку з байдужим ставленням до обстеження. Характеристика формального контакту: досліджуваний в активний контакт не вступає, тримається насторожено, ухиляється або часто відмовляється відповідати на поставлені запитання, тримається на дистанції від дослідника.

Четвертий абзац – основний розділ висновку, в якому описуються результати обстеження пацієнта конкретними психодіагностичними методами з метою встановлення психологічного діагнозу. Плануючи дослідження, психолог підбирає необхідний комплекс психодіагностичних методик, які спрямовані на дослідження різних сторін психічної діяльності, що повинно створити цілісне уявлення про психологічні особливості та проблеми обстежуваної особистості чи наявність патопсихологічних порушень.

Психолог повинен самостійно вибрати для кожного пацієнта комплекс методик з урахуванням віку досліджуваного, інтелектуального рівня, особливостей контакту, а також завдання дослідження. Тому опис результатів патопсихологічного дослідження соматично і психічно хворого будуть мати свої особливості як за структурою, так і за змістом.

Таким чином, у цій частині висновку психологічного обстеження *соматичного хворого* описують такі результати дослідження:

- індивідуально-психологічні властивості особистості;
- виявлені розлади психічних процесів (уваги, пам'яті, мислення й ін.); психічні стани (астенії, депресії і ін.);
- виявлені психотравмуючі чинники або внутрішньо психічні конфлікти;
- роль психологічних або соматичних механізмів у виникненні психічних, психосоматичних розладів;
- психологію хворого.

Опис результатів *патопсихологічної діагностики психічно хворого* в цьому абзаці висновку також не може бути стандартним і повинно відображати виявлені особливості психічних розладів, патологічні симптоми.

Ця частина висновку описується у вигляді окремих положень, які розкривають результати психодіагностичного дослідження, отримані з допомогою різних методик. Порядок опису здійснюється не по методиках, а виходячи з вираженості виявлених психічних розладів. При цьому виявлені патопсихологічні симптоми необхідно об'єктивізувати доказами, підбираючи їх з протоколів дослідження. У кінці цієї частини висновку можна привести дані про збережені психічні процеси (уваги, пам'яті, мислення, інтелекту й ін.).

Висновок міститься у **п'ятому абзаці** – резюме, яке починається словами: "Таким чином...". У цій частині висновку підсумовуються найбільш важливі, головні дані, отримані при дослідженні, які повинні бути відповіддю на поставлене перед психологом завдання.

Резюме може бути психологічним діагнозом, який повинен відображати важливі дані для встановлення клінічного психічного діагнозу. У цій частині на основі виявлених у психічно хворого патопсихологічних симптомів необхідно вказати на встановлений патопсихологічний синдром або на відсутність психічних розладів, які припускалися (наприклад, шизофренічних, інтелектуальних та ін.), що має диференціально-діагностичне значення. Тут також вказують напрямки надання психологічної допомоги хворому.

Резюме не повинно містити розмірковувань психолога з приводу отриманих даних і їх аналізу, в ньому також не повинно бути нічого нового, чого не описано в попередній, основній частині висновку.

Подібно до того, як не може бути стандартно побудованого психологічного дослідження і стереотипного підбору методів, так не може бути і стандартного висновку. Характер опису висновку різними психологами значною мірою залежить також від їх індивідуальних особливостей та робочого навантаження. Цим також пояснюється лаконічність чи детальність висновку.

Для ілюстрації вищеприведеної схеми клініко-психологічного обстеження приводимо декілька прикладів висновків, описаних по одній і тій же схемі різними клінічними психологами.

Висновок патопсихологічного обстеження

Хворий К., 68 років, пенсіонер, направлений на патопсихологічне обстеження для диференціальної діагностики шизофренії і судинної патології головного мозку.

Хворий скаржиться на забудькуватість, втомлюваність, зниження працездатності, просить з'ясувати й усунути причину.

Завдання виконує старанно, безперервно перевіряє свої дії, якщо помічає помилку, засмучується і намагається виправити її. Стежить за виразом обличчя експериментатора, намагаючись орієнтуватися в тому, правильно чи помилково виконує завдання.

Новий матеріал розуміє швидко, правильно, але запам'ятовує гірше: з 10 слів відтворив 5, 6, 7, 6, 7, а через годину – 4 слова. Асоціації хворого при складанні піктограм змістовні, конкретні, відтворив 11 з 15 слів, решта 4 – приблизні за змістом, неточні.

Судження хворого також адекватні, прості, при невеликій допомозі приходять до правильних узагальнень. Увага нестійка: як у завданнях на додавання (за Крапеліним), коректурній пробі, так і в операціях мислення спостерігається багато випадкових, легко корегованих помилок. Під кінець дослідження кількість таких помилок зростає.

Таким чином, шизофренічних патопсихологічних симптомів не виявлено; на перший план виступають зниження пам'яті, уваги, підвищена уважність, виснажуваність розумової працездатності, що характерно для екзогенно-органічного синдрому.

Висновок патопсихологічного дослідження

Хворий Е., 18 років, закінчив допоміжну школу, направлений на військово-психіатричну експертизу для розмежування олігофренії і шизофренії. Скарг не висловлює.

Рекомендації до складання висновку психологічного дослідження

На початку дослідження сидить, відвернувшись від експериментатора, неохоче, однослівно відповідає на запитання. Поступово втягнувся в роботу, став більш контактний і виконував завдання.

При виконанні експериментальних завдань встановлено, що хворий розуміє досить складні для його освітнього рівня узагальнення, легко, без допомоги проводить класифікацію предметів по суттєвих ознаках. Мова характеризується багатим словниковим запасом.

У той же час при окремих експериментальних завданнях виявилась велика химерність асоціацій і суджень хворого.

Так, класифікуючи предмети, хворий поряд з правильно узагальненими групами об'єднав карточки "за рухом" зображених на малюнках: "Коваль рухає молотком, а дитина рухає зубами". Об'єднавши в класифікації посуд, називає його "ємністю". Виключаючи предмети (телефон, конверт, радіо, гітара), хворий говорить: "Конверт – це "письмове", а все решта - "слухове".

Таким чином, на перший план при дослідженні хворого виступають явища різнопланового мислення, химерність асоціацій при доброму рівні узагальнення. Доступність узагальнень, достатній запас уявлень свідчать про відсутність олігофренії, а порушення цілеспрямованості мислення дає підстави для діагностування шизофренічного синдрому.

Висновок патопсихологічного обстеження

Оля С, 16 років, знаходиться на стаціонарному обстеженні з метою вирішення питання про інвалідність.

З історії хвороби відомо, що пологи у матері протікали патологічно (накладались на голову щипці). Ранній розвиток протікав із запізненням. У 8 років пішла в 1-ий клас масової школи, проте програму не могла засвоїти. Не зважаючи на пропозиції педагогів, мати не зверталась до медико – педагогічної комісії. У даний час закінчила 9 класів, але не атестована по всіх предметах.

При патопсихологічному дослідженні контакт затруднений, виражена тривожність, реакції пасивного протесту,

Засвоєння шкільних навичок різко недостатнє: читає з помилками, не може вирішити математичні задачі на 2 дії, не знає таблиць множення, не може зрозуміти прочитаного. Об'єм, концентрація уваги недостатні. Механічне запам'ятовування затруднене: 2, 5, 3, 5, 5, асоціативне запам'ятовування має гірші результати (із запропонованих 10 пар слів правильно повторила тільки 4). Виключення та узагальнення проводить тільки по конкретно-ситуаційних ознаках, не може пояснити, чому одне слово зайве, не може назвати одним словом виділені предмети (ромашка, лілія, тюльпан).

При пред'явленні карточки із зображенням термометра, годинника, ваги й окулярів хвора вилучила вагу тому, що "її в кишеню не покладеш, а все решта можна". Класифікацію також проводить за конкретно-ситуаційними ознаками, об'єднуючи в одну групу різнородові поняття: наприклад, зошит і стіл, пояснюючи, що "в зошиті можна писати на столі". Розуміння приказок, прислів'я, метафор недоступне. Наприклад, відому приказку пояснює так: "Залізо не можна кувати, коли воно холодне". Вербальний IQ - 52 бали, невербальний - 60 (за методикою Векслера). Надання допомоги при виконанні завдань не покращує результати. Самооцінка недиференційована, завищена.

Таким чином, на перший план виступає недостатній рівень загальних відомостей і знань, нездатність засвоювати шкільну програму, низький рівень узагальнення, нездатність

Рекомендації до складання висновку психологічного дослідження

до утворення понять, конкретність мислення, що свідчить про легку ступінь розумової відсталості (дебільність).

Висновок клініко-психологічного обстеження

Хворий Б., 45 років, технік-будівельник, знаходиться на стаціонарному лікуванні в терапевтичному відділенні з діагнозом «виразкова хвороба шлунка». Вперше лікувався з приводу виразкової хвороби шлунка 2 роки тому. У даний час звернувся за допомогою зразу після того, як помер від раку шлунка сусід по квартирі.

Направлений на клініко-психологічне обстеження для уточнення діагнозу.

За характером вразливий, боязливий, невпевнений, легко навіюваний, нерішучий. За тестом Леонгарда-Шмішека встановлений тривожний тип акцентуації характеру.

Високий рівень ситуаційної й особистісної тривожності встановлений також тестом-опитувальником Спілбергера-Ханіна (відповідно 3,5, і 3,0 балів).

При експериментально-психологічному дослідженні розладів пам'яті та інтелекту не виявлено. Крім високого рівня тривожності, встановлено, obsesивно-фобічні та вегетативні порушення з допомогою клінічного опитувальника оцінки невротичних станів (К.К.Яхін, Д.М.Менделевич).

За особистісним опитувальником ставлення до хвороби виявлено також змішаний тривожно-іпохондричний тип ставлення до хвороби, що проявляється безперервним неспокоєм і недовірою щодо перебігу хвороби, страхом перед можливими ускладненнями та неефективністю лікування. Зосереджений на суб'єктивних відчуттях. На основі тривоги, страху, пригніченості хворий перебільшує існуючу і вишукує неіснуючі хвороби.

Таким чином, у акцентованій особистості тривожного типу в результаті психотравмуючої ситуації виникли невротичні розлади (тривожно-obsesивно-фобічні), тривожно-іпохондричний тип ставлення до хвороби, що вимагає встановлення довір'я до лікаря і проведення на фоні заспокійливої психофармакотерапії, роз'яснювальної (доказової) психотерапії.

Висновок патопсихологічного дослідження

Хворий Л., 38 років, інженер-конструктор, поступив до лікарні ім. П.Б. Ганнушкіна для обстеження і лікування. Передбачуваний діагноз: шизофренія.

Хворий охоче розповідає про себе. Багатослівний. Скарг не висловлює. Зазначає лише, що "пам'ять слабенька".

Розуміє мету дослідження. Охоче приступає до роботи. Критикує зміст пропонованих завдань, відзначає "помилки" у побудові методик. Приступаючи до роботи, заздалегідь упевнений в правильності своїх рішень. Після похвали психолога припиняє роботу і починає детально розповідати про свої здібності, про свій "видатний" розум і т.д. Негативну оцінку психолога ігнорує.

Швидко і легко засвоює інструкції. У ряді випадків приступає до роботи, не дослухавши інструкцію до кінця. Здатний самостійно обрати правильний спосіб роботи. Швидко перемикається на новий вид роботи в нових умовах. Загальний темп роботи досить високий.

Рівень доступних узагальнень і абстрагування цілком відповідає отриманому рівню освіти. Легко оперує узагальнюючими категоріями. Разом з тим, допускає значну кількість помилкових рішень, що мають поліморфну структуру. Це, перш за все, помилки суджень, пов'язаних з порушенням цілеспрямованості розумової діяльності, а також порушення операційної складової розумової діяльності (за типом спотворення процесу узагальнень,

тенденції до використання латентних ознак). Останнє тісно пов'язане з порушенням критичності та мотивації діяльності, внаслідок чого хворий діє відповідно до своїх парадоксальних спотворених мотивів та установок. Наприклад, порівнюючи поняття "місяць" і "вовк" (і віддаючи собі звіт в тому, що це непорівнянні поняття), відзначає, що вони відрізняються "за підпорядкуванням": "Місяць робить те, що сонце накаже, а вовк - те, що сам захоче ". Вважає також порівнюваними поняття "очки" і "гроші". Зазначає при цьому: " Гроші є еквівалент праці, і окуляри є матеріальна цінність. Щоб мати і те і інше, треба попрацювати. Поняття схожі тому, що виручають людину. А різниця між ними в тому, що окуляри у нас є постійно, а гроші весь час змінюються - то їх більше, то менше ".

Емоційні та мотиваційні порушення діяльності тягнуть за собою труднощі у виборі рішення з декількох можливих варіантів. При цьому він вдається до багатослівних резонерських міркувань. Наприклад, при виконанні піктограми для запам'ятовування поняття "щастя" малює стовп і м'яч: "Любив я дуже яблука. Щасливий був, коли вдосталь їх їв. Яблуко треба малювати, у них є вітаміни, вони зміцнюють здоров'я, а чим здоровіше людина, тим вона щасливіша ... Або краще, звичайно, інше - гра в м'яч ... Хто виграв, той і щасливий, хоча це теж якось дріб'язково. Можна, звичайно, згадати і отримання диплома, але мені особисто диплом щастя не приніс ... Саме, звичайно, щастя було б позбавитися від хвороби, але якщо я намалюю людину, то як зобразити, що в неї напад ... Щастя було б, якби жила моя мама, я б і хвороб не знав жодних ... Немає в мене щастя ... Залишу щастя як виграш в якій-небудь грі, залишу м'яч".

В ході тривалого дослідження хворий не втомлюється.

Таким чином, на фоні грубої некритичності та емоційної неадекватності хворого виявляються виражені порушення розумової діяльності (динамічні – порушення цілеспрямованості, операційні – спотворення процесу узагальнення, мотиваційні – різноплановість судження, резонерство).

Остаточний клінічний діагноз: шизофренія.

Висновок за даними патопсихологічного дослідження

Хворий А., 26 років, військовослужбовець, поступив до лікарні ім. П.Б. Ганнушкіна для проходження експертизи. Передбачуваний діагноз: шизофренія або органічне ураження ЦНС травматичного генезу.

Хворий під час дослідження привітний, спокійний. Поведінка адекватна ситуації. Правильно розуміє мету експериментальної роботи. Охоче ділиться своїми переживаннями. З належним інтересом і серйозністю ставиться до оцінки результатів. Є адекватна емоційна реакція на успіх і невдачі в роботі. Завжди активно прагне виправити помилки, домогтися правильного рішення. Скаржиться на підвищену стомлюваність навіть після нетривалих навантажень.

Завдання виконує швидко і легко. Розумові операції (аналіз, синтез, узагальнення, абстрагування) збережені. Рівень доступних узагальнень досить високий.

Разом з тим звертають на себе увагу деяка докладність суджень, схильність до зайвої деталізації малюнків і асоціацій в піктограмі. Схильний вживати слова із зменшувальними суфіксами.

Відзначаються елементи стомлюваності, що виражаються в появі помилок уваги.

Таким чином, під час дослідження виявляється інтелектуальна, емоційна збереженість хворого, критичне ставлення як до свого стану, так і до процесу дослідження в цілому. Разом з тим слід зазначити деяку докладність суджень і елементи стомлюваності (особливо при тривалому інтелектуальному навантаженні). Яких-небудь порушень (за шизофренічною типом) виявити не вдалося.

Цей висновок допоміг клініцистам виключити діагноз шизофренія.

Висновок за даними пато психологічного дослідження

Хворий Т., 16 років, учень 9 класу, направлений до лікарні ім. П.Б. Ганнушкіна для проходження експертизи. Диференціальний діагноз: залишкові явища органічного ураження ЦНС з епісіндромом або шизофренія.

Хворий скарж не пред'являє. У бесіді млява, формальний. Виконує запропоновані завдання без належного інтересу. Не виявляє емоційної реакції на успіх і неуспіх в роботі.

Легко і швидко засвоює інструкції. Хворому доступні всі розумові операції. Рівень узагальнення досить високий.

Разом з тим при виконанні експериментальних завдань спостерігаються такі періоди, коли хворий ніби "перестає думати" (сидить мовчки, припинивши виконання завдання). Потрібне втручання експериментатора, щоб повернути його до перерваної діяльності.

Спостерігаються також нечіткі розпливчасті судження, періодично виникають спотворення логіки суджень (по типу зісковзування).

Дослідження не виявляє докладності суджень або схильності до конкретно-ситуаційних рішень. Пам'ять і увага в межах норми. Втома не відзначається.

Таким чином, при дослідженні виявляються рідко виникають, слабо виражені порушення мислення (по типу зісковзування).

Цей висновок було використано клініцистом для постановки діагнозу шизофренія.

Висновок за даними пато психологічного дослідження

Хворий А., 28 років, за фахом технік. Діагноз: органічне ураження ЦНС неясного генезу (?), Пухлина мозку (?).

Хворий млявий, пасивний протягом всього дослідження. Мова монотонна, голос немодульований. Запитання розуміє повільно, важко. Відповіді не завжди в площині поставленого питання. Скарги носять розпливчастий характер: "Щось відбувається з головою, а ось що ... це ... якое ..."

Інструкції до завдань розуміє з великими труднощами, більш складні інструкції взагалі недоступні хворому. Засвоєння правил роботи можливе тільки при штучному розчленуванні дій на більш прості операції.

Інтелектуальні можливості хворого різко знижені. Йому недоступна більшість запропонованих завдань. Судження носять конкретно-ситуаційний характер. Процес опосередкування недоступний внаслідок грубого зниження операцій узагальнення і абстрагування, а також через порушення цілеспрямованості мислення. Відзначаються інертні "застрягання" хворого на окремих діях, труднощі переключення на нові дії.

При проведенні локальних проб: а) утруднене повторення ритмічних структур, як звукових, так і графічних; труднощі в накресленні букв при листі; порушення з'єднань букв; б) виявляються порушення конструктивної діяльності; відносин "під", "над"; майже повна втрата здатності до відтворення фігур за зразком; утруднення при орієнтуванні в схемі числа, при виконанні простих рахункових операцій; в) виявилися грубі порушення зорово-моторної координації (більше зліва); г) спостерігається зниження пам'яті. Безпосереднє відтворення матеріалу - 6, 6, 5, 7 слів з 10. Відстрочене відтворення підміняється множинними контамінаціями.

Порушена орієнтування в часі, частково - у просторі.

Спостерігається різка виснажуваність хворого, що носить пароксизмальний, так званий пульсуючий характер. Ступінь стомлення настільки велика, що можна говорити про коливання тону свідомості. (Під час виконання завдання хворий може задрімати.) Особливо слід відзначити значне зниження критичності хворого як до свого стану, так і до результатів дослідження в цілому.

Таким чином, дослідження виявило грубе зниження інтелектуальних можливостей хворого, різке зниження активності та критичності, грубі комплексні порушення пам'яті у

Рекомендації до складання висновку психологічного дослідження

поєднанні з вираженими коливаннями тону свідомості. Крім того, спостерігається цілий комплекс порушень психічних функцій.

Хворий після цілого ряду клінічних досліджень (з урахуванням патопсихологічних досліджень) був переведений в Інститут нейрохірургії з діагнозом пухлина мозку.

МОРАЛЬНО-ЕТИЧНІ (ДЕОНТОЛОГІЧНІ) ПРИНЦИПИ РОБОТИ КЛІНІЧНОГО ПСИХОЛОГА

Професійний рівень клінічного психолога визначається не тільки знаннями і вміннями, а також морально-етичним (деонтологічним) потенціалом, який сприяє більш успішному здійсненню ними своєї діяльності у виконанні діагностичних, лікувально-профілактичних та реабілітаційних функцій.

Об'єктом дослідження і впливу психологів є внутрішній світ особистості, тому їхні контакти з хворими повинні бути теплими, людяними, доброзичливими, цілющими.

«Ставтеся до клієнта (пацієнта) так, як би Ви хотіли, щоби відносились до Вас». Кожен хоче, щоб до нього відносились з повагою, поважаючи почуття власної гідності. Відносини довіря розвиваються із здатності психолога і досліджуваного бути чесними. Психолог повинен враховувати також індивідуальні та культурні особливості досліджуваного.

Знання та дотримання етичних вимог у роботі клінічного психолога є обов'язковими в практичній роботі з хворими, сприяють підвищенню ефективності їх діяльності і попереджують можливі негативні наслідки та психічні порушення (ятрогенії).

Основні моральні принципи роботи клінічного психолога відповідають етичному кодексу психолога, прийнятого на I Установчому з'їзді Товариства психологів України 20 грудня 1990 року в м. Києві, а також вимогам психологічних асоціацій інших країн.

Враховуючи морально-етичну відповідальність психологічної діагностики і надання психологічної допомоги в цілому, клінічний і практичний психолог у роботі з хворими зобов'язаний дотримуватися таких основних етичних принципів:

1. *Принцип ненанесення шкоди пацієнтові* вимагає від психолога такої організації своєї роботи, щоб ні її процес, ні її результати не наносили шкоди його здоров'ю, стану або соціальному становищу.

Виконання цього принципу полягає у взаємоповазі психолога і досліджуваного, в безпеці для досліджуваного застосовуваних методик. Робота психолога допускається тільки після згоди досліджуваного в ній брати участь, після повідомлення йому про мету дослідження, про застосовувані методики і способи використання отриманої інформації. Психолог використовує тільки ті методики, які не є небезпечними для здоров'я і стану досліджуваного. Психолог формулює свої рекомендації, організує зберігання, використання і публікацію результатів дослідження в такий спосіб, щоб не погіршити стан здоров'я і становище досліджуваного. Інформування пацієнта (клієнта) про результати його психологічного обстеження не повинно бути психотравматичним.

2. *Принцип компетентності психолога* вимагає від нього братися за вирішення тих питань, по яких він професійно підготовлений. Перший крок до професіоналізму - усвідомлення своїх можливостей, своєї компетентності. Тому починаючому психологові слід працювати під наглядом фахівця, шукати поради і пропозиції по покращенню стилю роботи.

Клінічний психолог повинен володіти методами психодіагностики і психологічної допомоги на такому рівні, який дозволив би максимально ефективно вирішувати поставлене завдання а також, з іншого боку, підтримувати у досліджуваного почуття симпатії і довіря, задоволення від спілкування з психологом.

Якщо досліджуваний хворий, то застосування будь-яких методів обстеження допустиме тільки з дозволу лікаря або інших осіб, які представляють інтереси хворого. Виконувати психотерапевтичну роботу психолог може також при узгодженні з лікуючим лікарем і при наявності відповідної підготовки.

Психолог формулює результати своїх досліджень у термінах і поняттях, прийнятих у психологічній науці, підтверджуючи свої висновки конкретними матеріалами дослідження, їх математично-статистичною обробкою та аналізом із врахуванням літературних даних з даного питання.

3. *Принцип безсторонності психолога* не допускає упередженого ставлення до досліджуваного, формулювання висновків, які суперечать науковим даним, незважаючи на те, яке суб'єктивне враження справляє досліджуваний своїм виглядом, юридичним і

соціальним становищем.

У результатах дослідження повинно бути відображено тільки те, що обов'язково отримає інший дослідник такої ж кваліфікації і спеціалізації, якщо він повторно проведе дослідження або інтерпретацію первинних даних, які пред'являє психолог.

Психолог може застосовувати методики, які адекватні меті дослідження, вікові, статі, освіті, станові досліджуваного. Методики також повинні бути стандартизовані, надійні і валідні, адаптовані до контингенту досліджуваних.

Психолог повинен використовувати методи обробки й інтерпретації даних, які мають наукове визнання і не залежать від його наукових пристрастей, особистих симпатій до досліджуваних певної категорії, їх соціального становища, професійної діяльності.

4. Принцип конфіденційності означає, що матеріал, отриманий психологом у процесі його роботи з досліджуваним на основі довірливих стосунків, не підлягає свідомому чи випадковому розголошенню.

Психолог зобов'язаний на всіх матеріалах психологічного характеру, починаючи з протоколів і закінчуючи кінцевими висновками, вказувати не прізвище досліджуваного, а присвоєний ним код. Документи, в яких вказуються прізвища, ім'я досліджуваного, оформляються в одному екземплярі і зберігаються в недоступному для сторонніх місці.

Якщо психолог отримав інформацію, яка містить відомості про небезпеку, що загрожує клієнтові або оточуючим (суїцидальні наміри, венеричні захворювання і ін.), то етичні вимоги дозволяють порушити конфіденційність заради безпеки.

Порушення морально-етичних (деонтологічних) принципів у роботі клінічного психолога може не покращити, а погіршити як стан, так і психологічний клімат у колективі, призвести до психічних розладів (ятрогеній), скомпрометувати психологічну науку.

МЕТОД СПОСТЕРЕЖЕННЯ

Спостереження за поведінкою хворого – найстаріший метод психологічного дослідження, і за важливістю має першочергове значення в клінічній психодіагностиці. Спостереження супроводжує всі інші методи дослідження (збирання анамнезу, виявлення скарг, виконання експериментально-психологічних методів, тестів). Головна перевага методу в тому, що він більшою мірою, ніж інші методи клінічної психології, дозволяє побачити поведінку, міміку, жести у всій широті їх проявів у різних ситуаціях і отримати найбільш повну інформацію про хворого.

У клінічних умовах завданнями спостереження є оцінка таких показників:

1) особливостей особистості;

2) психічного стану;

3) психології хворого та його відношення до хвороби. Спостереження повинно бути по можливості більш тривалим, і, головне, необхідно побачити поведінку хворого в різних ситуаціях, що допоможе розкрити риси особистості та особливості психології хворого, а саме:

1) під час огляду спеціалістами;

2) при підготовці та проведенні відповідальних діагностичних чи лікувальних процедур;

3) під час побачення з рідними чи близькими;

4) в обставинах спілкування з іншими хворими;

5) в ситуаціях, коли хворий стає свідком або дізнається про несприятливе завершення подібного захворювання в іншого хворого, особливо з подібним діагнозом.

Спостереження вимагає постійного прагнення до об'єктивності з боку спостерігача, який повинен стежити за собою, щоб його висновки не були результатом упередженості, проявом симпатії або антипатії до хворого.

Реєстрація результатів спостереження проводиться двома способами:

1) все побачене записується "вільним текстом";

2) реєструється у спеціально розробленій карті спостереження.

Важливо пам'ятати, що **при описі результатів спостереження необхідно вказувати**

тільки побачені факти (особливості поведінки, інтонації, пози, міміки, жести, висловлювання та ін.), а не власну думку про них.

Психологічне спостереження повинно бути, по можливості, малопомітним, недокучливим, але не потаємним з етичних мотивів.

Особливості клінічного інтерв'ю

Клінічне інтерв'ю (клінічне розпитування, бесіда, керована розмова) – метод отримання інформації про індивідуально-психологічні особливості (клієнта, пацієнта), психологічні феномени і проблеми, психічні розлади, внутрішню картину хвороби, а також одночасно спосіб психічного впливу психолога на досліджуваного.

Принципи клінічного інтерв'ю

1. Точність та однозначність формулювання запитань.
2. Доступність запитань з врахуванням освіти, мови, культурного рівня та інших чинників.
3. Послідовність розпитування.
4. Безпристрасність розпитування (не нав'язувати досліджуваному власних уявлень про наявність психічних чи соматичних симптомів).
5. Перевірка адекватності даних клінічного інтерв'ю (для виключення помилкових інтерпретацій висловлювань хворого).

Пропонується наступна структура клінічного інтерв'ю.

1-й етап - встановлення "довірливої дистанції", надання гарантій конфіденційності, визначення мотивів інтерв'ю, ситуаційна підтримка пацієнта (клієнта);

2-й етап - виявлення скарг, збір психологічного анамнезу хвороби і життя;

3-й етап - оцінка результатів інтерв'ю (встановлення індивідуально-психологічних особливостей, психічного стану, внутрішньої картини хвороби, психічних розладів і ін.);

4-й етап - обговорення з пацієнтом (клієнтом) виявленої проблеми і надання психологічної допомоги.

Перший етап клінічного інтерв'ю визначають як "активне інтерв'ю". Цей етап дуже важливий, тому що перше враження пацієнта може вирішити подальший хід розмови, бажання її продовжити, розкрити інтимні деталі. Спілкування психолога з пацієнтом починається не зі збирання скарг, а з ситуативної підтримки. Психолог, поставивши себе на місце пацієнта, для встановлення "довірливої дистанції" і психологічного комфорту може так розпочати розмову: "Ви, напевно, знаєте, що можете відмовитись від розмови зі мною як з психологом? Мені необхідно також повідомити Вам про те, що все, про що Ви захочете поділитися зі мною про себе і свої переживання, залишаться між нами". Після таких фраз пацієнт, як правило, починає відчувати свободу при розкритті інформації про себе, стає більш відкритим для спілкування.

Крім цього, на першому етапі психолог повинен різними мовними способами, техніками комунікації, які базуються на етичних принципах, встановити ефективні "душевні" стосунки, спрямовані не на маніпулювання, а на щире бажання розібратися із станом пацієнта і допомогти йому.

На другому етапі "пасивного інтерв'ю" пацієнтові надається можливість пред'явити свої скарги в тій послідовності і з тими деталями і поясненнями, які він вважає важливими і потрібними. Психолог при цьому уважно вислуховує, іноді уточнюючи своїми запитаннями прояви захворювання пацієнта, та про причини появи тих чи інших розладів.

Скарги пацієнта важливі не тільки тим, на що скаржиться, але якими словами і в якій манері свої скарги висловлює, відповідає на запитання. Особливості висловлювання скарг можуть дати важливий матеріал для оцінки типу акцентуації характеру або відношення до хвороби. Наприклад, при істеричній акцентуації спостерігається театральна манера висловлювання пацієнтом скарг, своїх страждань і переживань, намагання створити враження винятковості, особливості свого захворювання, прагнення привернути до себе увагу й особливого ставлення до себе.

Суттєвим на даному етапі інтерв'ю є збір психологічного анамнезу – історії хвороби і життя.

Анамнез (грецьке - спомин, нагадування) - сукупність відомостей про попередній стан хворого, які збирають для встановлення діагнозу.

Психологічний анамнез відрізняється від медичного тим, що його завдання полягає в отриманні відомостей про вплив даного захворювання на особистість хворого – психологічний анамнез хвороби, а також дозволяє вивчити особистість у процесі її розвитку – психологічний анамнез життя

Психологічний анамнез хвороби включає, крім розпитування про скарги хворого, оцінку його ставлення до хвороби. Відомості про вплив хвороби на особистість стосуються переважно двох головних сфер відношень – трудової та сімейної.

Сфера трудових відносин: вияснюють, як дана хвороба вплинула на працездатність пацієнта, на службове становище, заробіток, стосунки зі співробітниками, чи нема побоювань за погіршення трудового статусу.

Сфера сімейних стосунків: розпитують, чи не вплинула хвороба на стосунки в сім'ї, на інтимне життя (при небажанні розкривати цей бік життя – не настоювати). У неодружених вияснюють, як хвороба вплинула на стосунки з особами протилежної статі, з друзями.

Психологічний анамнез життя включає розпитування хворого по наступних темах:

1. *Розвиток сімейних стосунків:* починають з батьківської сім'ї - в якій сім'ї народився, як жила сім'я, відомості про батьків, родичів, які захворювання були в членів сім'ї, як члени сім'ї ставились один до одного, хто в дитинстві мав найбільший вплив, як складались стосунки з батьками, хто були друзями, а з ким були конфліктні стосунки, як встигав у школі, що подобалось і що не подобалось, чи були періоди життя поза сім'єю (чужа сім'я, інтернати, табори та ін.) і як адаптувався в нових умовах.

Оцінюють також *сімейне становище на даний час:* коли була створена своя сім'я, як склались стосунки в сім'ї, хто є лідером, чи не було проблем у сім'ї, їх причини, і чи не було не було розлучень, їх обставини та реакція на них. Розпитування про *інтимні стосунки* повинно проводитись дуже тактовно: запитують про задоволення статевим життям, а якщо пацієнт виявляє бажання поділитися своїми проблемами, запитують про особливості сексуальних стосунків і причини незадоволення.

Необхідно вияснити і стосунки зі своїми батьками, а також батьками чоловіка (дружини): у зв'язку з чим виникають суперечки, до кого виникла прив'язаність, а з ким спостерігається відчуженість і конфлікти, їх причини.

2. *Професійний шлях і діяльність:* у тих, хто навчається, вияснюють, де і як вчиться, успіхи в навчанні і проблеми, як був обраний шлях у навчанні після середньої школи, наскільки задоволений зробленим вибором і які перспективи (плани) на майбутнє. У тих, хто працює розпитують: як була обрана і здобута професія, наскільки задоволений професійним статусом, які має плани на майбутнє, чи нема в даний час або чи не було в минулому загрози професійному благополуччю і чи були вони реальними чи надуманими; у пенсіонерів розпитують, як пройшла зміна трудового і життєвого стереотипу, як адаптувався до нових умов життя, що зайняло місце професійної діяльності.

3. *Стосунки з оточенням поза сім'єю:* із сусідами, співробітниками, знайомими, приятелями, з ким спостерігаються конфлікти, їх причини, чи має підтримку поза сім'єю, чи наявна повна емоційна ізоляція?

4. *Перенесені в минулому хвороби:* звертають увагу на всі хвороби, особливо тяжкі, небезпечні для життя; як хворий переносив попередні госпіталізації, відрив від сім'ї, роботи; чи не виникала необхідність через хворобу залишатися на повторний рік у школі або брати академвідпустку, чи не виникала необхідність зміни життєвих планів через хворобу, як переносив це, чи вплинули попередні хвороби на стосунки з оточуючими.

5. *Найбільш тяжкі життєві події:* для характеристики особистості має значення, які події і в якій послідовності називаються як найбільш тяжкі (втрата близьких, розлучення, конфлікти, зниження соціального статусу і ін.); вияснюють, які реакції викликали ці найбільш важливі події.

6. *Шкідливі звички:* яку роль відіграють у житті вживання алкогольних напоїв,

наркотиків, куріння. Вияснюють, чи буває ініціатором випивок, чи активно вишукує привід, щоби впити (психічна залежність), яка толерантність до алкоголю, чи втратив блювотний рефлекс, чи нема потреби похмелитися (фізична залежність) та ін.

Способи збирання психологічного анамнезу:

а) *вільна, невимушена розмова з пацієнтом*, результати якої оформляються в вигляді неформалізованого тексту; перевага цього способу у встановленні неформального контакту психолога з пацієнтом і можливість швидко отримати найбільш важливу інформацію; а недолік - неможливість безпосередньої формалізованої обробки даних;

б) *формалізована карта-схема (або біографічна анкета)* пропонується хворому для самостійного заповнення, в якій передбачені як готові відповіді на вибір або вписуються свої. Недолік способу полягає у відсутності безпосереднього контакту психолога з хворим, а переваги - в доступності формалізованої обробки даних та економія робочого часу дослідника. Даний спосіб звичайно застосовується для одночасного обстеження багатьох хворих;

в) *формалізована карта-схема* заповнюється психологом під час розмови з хворим: позитивне – з пацієнтом встановлюється безпосередній контакт під час опитування, а недолік в тому, що заповнення карти формалізує розмову і порушує емоційний контакт психолога з пацієнтом;

г) *вільна невимушена розмова психолога з пацієнтом* з наступним заповненням психологом формалізованої карти-схеми. Цей спосіб має багато переваг, але вимагає значної затрати часу.

На третьому етапі клінічного інтерв'ю вияснюють уявлення пацієнта про можливі і бажані результати інтерв'ю. Хворого можна запитати: "Від чого з того, що Ви мені розповіли, Вам хотілось би позбутися в першу чергу? Чого ви очікуєте від результатів нашої бесіди? Як Ви думаєте, чим я міг би Вам допомогти?"

Ці запитання дають можливість уточнити бажаний результат інтерв'ю і визначитись із способом надання психологічної допомоги.

На цьому етапі психолог оцінює результати інтерв'ю, встановлюючи індивідуально-психологічні особливості хворого, психічний стан, психологію хворого, ставлення до хвороби і до лікування, характер психічних розладів, наявність психотравмуючих обставин і ін.

На четвертому, заключному етапі клінічного інтерв'ю активна роль знову переходить до психолога.

На основі виявленої симптоматики, уявлень пацієнта про концепцію своєї хвороби, індивідуально-психологічних особливостей пацієнта, його психічного стану, психічних розладів, його очікувань від лікування психолог обговорює з пацієнтом виявлену проблему і визначає напрямок і спосіб надання психологічної допомоги. Інформування клієнта чи пацієнта про результати інтерв'ю повинно бути делікатним процесом, тому що передбачає не тільки пред'явлення йому виявлених фактів, але також необхідність врахування можливих реакцій людини на інформацію про себе.

Враховуючи особливості інформації та індивідуально-психологічні особливості, психічний стан пацієнта, психолог може використовувати три підходи при інформуванні: оптимістичний, песимістичний і нейтральний.

У кожному конкретному випадку, проаналізувавши ситуацію в цілому, психолог може фіксувати увагу пацієнта на різних об'єктах, характеризуючи явні відхилення функціонування психіки або її нормальні ознаки і прояви.

Міжнародна класифікація хвороб

Міжнародна класифікація хвороб (МКХ) – це система групування хвороб і патологічних станів, що відображає сучасний етап розвитку медичної науки. МКХ є основним нормативним документом при вивченні стану здоров'я населення в країнах – членах Всесвітньої організації охорони здоров'я.

Перша МКХ у вигляді переліку причин смерті була запропонована Бертильоном у 1893 році і прийнята Міжнародним статистичним інститутом. У 1900 році в Парижі на міжнародній конференції за участю 26 держав ця класифікація затверджена в якості міжнародної і було прийняте рішення про перегляд її кожні 10 років. Відповідно до цього рішення перегляди класифікації були в 1909, 1920, 1929 і наступних роках.

Усього МКХ переглядалася 10 разів. Останній перегляд відбувся на Міжнародній конференції по Десятому перегляду МКХ, проведений ВООЗ у 1989 році в Женеві, і прийнятий Сорок третьою сесією Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я. За рекомендацією ВООЗ Десята міжнародна статистична класифікація хвороб і проблем, пов'язаних зі здоров'ям, набрала сили з 1 січня 1993 року.

Міжнародну класифікацію хвороб (МКХ) розроблено ВООЗ із метою уніфікувати діагностичний підхід при проведенні статистичних, наукових і соціальних досліджень. На сьогодні чинним є 10-й перегляд – МКХ-10, у якому під психічні розлади і порушення поведінки відведено клас V (F).

Класифікація психічних і поведінкових розладів

Органічні, включаючи симптоматичні, психічні розлади (F00 – F09)

F00 Деменція при хворобі Альцгеймера

F01 Судинна деменція

F02 Деменція при інших захворюваннях, класифікованих в інших рубриках

F03 Неуточнена деменція

F04 Органічний амнестичний синдром, не спричинений алкоголем чи іншими психоактивними речовинами

F05 Делірій, не спричинений алкоголем чи іншими психоактивними речовинами

F06 Інші психічні розлади внаслідок ураження чи дисфункції головного мозку або внаслідок соматичної хвороби

F07 Розлади особистості та поведінки внаслідок хвороби, ушкодження та дисфункції головного мозку

Додатки

F09 Неуточнений органічний або симптоматичний психічний розлад

Психічні й поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин (F10-F19)

F10 Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю

F11 Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання опіоїдів

F12 Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання канабіноїдів

F13 Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання седативних або снодійних засобів

F14 Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання кокаїну

F15 Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання психостимуляторів і кофеїну

F16 Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання галюциногенів

F17 Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання тютюну

F18 Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання легких розчинників

F19 Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання кількох лікарських засобів та інших психоактивних речовин

Шизофренія, шизотипові стани і маячні розлади (F20 - F29)

F20 Шизофренія

F20.0 Параноїдна шизофренія

F20.1 Гебефренічна шизофренія

F20.2 Кататонічна шизофренія

F20.3 Недиференційована шизофренія

F20.4 Постшизофренічна депресія

F20.5 Залишкова шизофренія

F20.6 Проста шизофренія

F20.8 Інший вид шизофренії

F20.9 Шизофренія, неуточнена

F21 Шизотиповий розлад

F22 Хронічні маячні розлади

F23 Гострі і транзиторні психотичні розлади

F24 Індукований маячний розлад

F25 Шизоафективні розлади

F28 Інші неорганічні психотичні розлади

F29 Неорганічний психоз, неуточнений

Розлади настрою (афективні розлади) (F30-F39)

F30 Маніакальний епізод

Додатки

- F31 Біполярний афективний розлад
- F32 Депресивний епізод
- F33 Рекурентний депресивний розлад
- F34 Стійкі розлади настрою
- F38 Інші розлади настрою
- F39 Неуточнений розлад настрою

Невротичні, пов'язані зі стресом і соматоформні розлади (F40-F48)

- F4 Невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади
- F40 Тривожно-фобійні розлади
- F40.00 Агорафобія без панічного розладу:
 - 01 з панічним розладом
- F40.1 Соціальні фобії
- F40.3 Специфічні (ізольовані) фобії
- F40.8 Інші тривожно-фобічні розлади
- F40.9 Фобічні тривожні розлади неуточнені
- F41 Інші тривожні розлади
 - F41.0 Панічний розлад (епізодична пароксизмальна тривога)
 - F41.1 Генералізований тривожний розлад
 - F41.2 Змішаний тривожний та депресивний розлади
 - F41.3 Інші змішані тривожні розлади
 - F41.8 Інші уточнені тривожні розлади
 - F41.9 Тривожний розлад, неуточнений
- F42 Обсесивно-компульсивний розлад
- F42.0 Переважно нав'язливі думки або роздуми (розумова жуйка)
 - F42.1 Переважно компульсивні дії (обсесивні ритуали)
 - F42.2 Змішані обсесивні думки та дії
 - F42.8 Інші обсесивно-компульсивні розлади
 - F42.9 Обсесивно-компульсивний розлад неуточнений
- F43 Реакція на тяжкий стрес та порушення адаптації
- F43.0 Гостра реакція на стрес
- F43.1 Посттравматичний стресовий розлад
- F43.2 Розлад адаптації
 - 20 Короткочасна депресивна реакція
 - 21 Пролонгована депресивна реакція

- 22 Змішана тривожна та депресивна реакції
- 23 з переважанням порушення інших емоцій
- 24 з переважанням порушення поведінки
- 25 Змішаний розлад емоцій та поведінки
- 28 Інші специфічні переважаючі симптоми
- F43.8 Інші реакції на тяжкий стрес
- F43.9 Реакція на тяжкий стрес не уточнена
- F44 Дисоціативні (конверсійні) розлади
- F44.0 Дисоціативна амнезія
- F44.1 Дисоціативна fuga
- F44.2 Дисоціативний ступор
- F44.3 Транси та стани володіння
- F44.4 Дисоціативний розлад моторики
- F44.5 Дисоціативні судоми
- F44.6 Дисоціативна анестезія та втрата чуттєвого сприйняття
- F44.7 Змішані дисоціативні (конверсійні) розлади
- F44.8 Інші дисоціативні (конверсійні) розлади
 - 80 Синдром Ганзера
 - 81 Множинний розлад особистості
 - 82 Транзиторні дисоціативні (конверсійні) розлади, що виникли у дитячому та підлітковому віці
 - 88 Інші уточнені дисоціативні (конверсійні) розлади
- F44.9 Дисоціативний (конверсійний) розлад не уточнений
- F45 Соматоформні розлади
- F45.0 Соматизований розлад
- F45.1 Недиференційований соматоформний розлад
- F45.2 Іпохондричний розлад
- F45.3 Соматоформна вегетативна дисфункція
 - 30 серця та серцево-судинної системи
 - 31 верхньої частини травного каналу
 - 32 нижньої частини травного каналу
 - 33 дихальної системи
 - 34 сечостатевої системи
 - 38 іншого органа або системи
- F45.4 Хронічний соматоформний больовий розлад

- F45.8 Інші соматоформні розлади
- F45.9 Соматоформний розлад неуточнений
- F48 Інші варіанти невротичних розладів
- F48.0 Неврастенія
- F48.1 Синдром деперсоналізації-дереалізації
- F48.8 Інші специфічні невротичні розлади
- F48.9 Невротичний розлад неуточнений

Поведінкові синдроми, пов'язані з фізіологічними розладами і фізичними факторами (F50-F59)

- F50 Розлади, пов'язані зі споживанням їжі
- F51 Розлади сну неорганічної етіології
- F52 Сексуальний розлад, не зумовлений органічним порушенням чи хворобою
- F53 Розлади післяпологового періоду
- F54 Психосоматичні розлади
- F55 Зловживання речовинами, що не спричинюють залежність
- F59 Неуточнені поведінкові синдроми

Розлади особистості і поведінки в зрілому віці (F60-F69)

- F60 Специфічні розлади особистості (психопатії)
- F60.0 Параноїдний (паранойяльний) розлад особистості
- F60.1 Шизоїдний розлад особистості
- F60.2 Дисоціальний розлад особистості
- F60.3 Емоційно нестабільний розлад особистості
- F60.4 Істеричний розлад особистості
- F60.5 Ананкастичний розлад особистості
- F60.6 Тривожний розлад особистості
- F60.7 Стан залежності особистості
- F60.8 Інші уточнені розлади особистості
- F60.9 Розлад особистості, неуточнений
- F61 Змішані та інші розлади особистості
- F62 Стійкі зміни особистості внаслідок психотравми, психічної хвороби та ін.
- F63 Розлади звичок і потягів
- F64 Розлади статевої ідентифікації
- F65 Сексуальні розлади

F66 Розлади сексуального розвитку й орієнтації

F68 Інші розлади особистості та поведінки у зрілому віці

F69 Неуточнений розлад особистості та поведінки у зрілому віці

Розумова відсталість (F70-F79)

F70 Розумова відсталість легкого ступеня

F71 Розумова відсталість помірною ступеня

F72 Розумова відсталість тяжкого ступеня

F73 Глибока розумова відсталість

F78 Інші форми розумової відсталості

F79 Розумова відсталість, неуточнена

Розлади, пов'язані з психічним розвитком (F80-F89)

F80 Специфічні розлади розвитку мовлення та мови

F81 Специфічні розлади розвитку здібностей до навчання

F82 Специфічний розлад розвитку рухової функції

F83 Змішані специфічні розлади психічного розвитку

F84 Первазивні (універсально ситуаційні) вікові розлади загального характеру

F88 Інші розлади психічного розвитку

F89 Неуточнений розлад психічного розвитку

Поведінкові й емоційні розлади, які починаються звичайно в дитячому й підлітковому віці (F90-F98)

F90 Гіперкінетичні розлади

F91 Розлади поведінки

F92 Змішані розлади поведінки й емоцій

F93 Емоційні розлади, початок яких специфічний для дитячого віку

F94 Розлади соціального функціонування, початок яких специфічний для дитячого і підліткового віку

F95 Тикозні розлади

F98 Інші розлади поведінки й емоцій, що виникають звичайно в дитячому і підлітковому віці

Неуточнений психічний розлад (F99)

F99 Психічний розлад без додаткових уточнень

СХЕМА ІСТОРІЇ ХВОРОБИ

1. Паспортні дані: прізвище, ім'я, по батькові, рік народження; освіта, місце навчання або роботи, спеціальність, домашня адреса, дата поступлення в стаціонар.

2. Скарги хворого. Необхідно фіксувати всі скарги хворого не лише психічні, а й соматичні, бажано у вигляді прямої мови хворого.

3. Суб'єктивний анамнез життя і хвороби (зі слів хворого).

У психіатричній історії хвороби принципово важливо розмістити анамнез життя перед анамнезом захворювання, що дає можливість з'ясувати деякі епізоди, які хворий не розцінює як хворобливі. Необхідним є повний опис всіх етапів життя хворого, перенесених ним захворювань, впливу екзогенних шкідливих факторів, даних про спадковість, соматичне і психічне здоров'я його найближчих родичів. В анамнезі захворювання мають бути відтворені провокуючі фактори хвороби, описані перші ознаки захворювання, частота госпіталізацій, застосовувані методи терапії і їхня ефективність, динаміка захворювання, його вплив на якість життя і працездатність хворого.

4. Об'єктивний анамнез життя і хвороби (з медичної документації або інших достовірних джерел інформації). Порівняти з інформацією, отриманою від самого пацієнта.

5. Стан хворого на момент обстеження:

а) соматичний – за загальною схемою дослідження, прийнятою в соматичних клініках;

б) неврологічний – відповідно до схеми дослідження неврологічного статусу в неврологічній клініці;

в) психічний ("психічний статус"):

- ступінь контакту хворого з лікарем (хороший контакт, формальний та ін);
- орієнтація в просторі, часі, оточуючих особах і власній особистості;
- порушення сприйняття (метаморфопсії, ілюзії, галюцинації), опис їхнього характеру стосовно аналізаторів, за складністю, за повнотою розвитку, стосовно хворого, за ознаками галюцинаторної поведінки;

- особливості уваги (прикутість уваги, виснаження, зниження привертання уваги, неухважність);

- порушення пам'яті (гіпермнезії, гіпомнезії, амнезії, парамнезії);

- порушення мислення: за темпом (прискорення, уповільнення, затримка мислення), за зв'язністю асоціацій (розщеплення мислення, паралогічне мислення, нескладне мислення, резонерство, деталізація), за змістом (нав'язливі, надцінні, маячні ідеї), маячні ідеї і їхня систематизація, порушення інтелекту;

- порушення емоцій: настроїв, емоційні реакції під час обстеження (неадекватність емоцій, амбівалентність та ін.), порушення емоцій за силою (посилення, послаблення), порушення рухомості емоцій;

- порушення ефektorно-вольової сфери: стан цілеспрямованої активності (посилення, послаблення, спотворення), стан потягів (посилення, послаблення, відхилення).

Як правило, усі психопатологічні прояви ілюструються прямою мовою, висловленнями хворого, описом його поведінки, міміки і т. п.

6. Висновки за матеріалами первинного обстеження, попередній синдромологічний діагноз. Визначення психопатологічного синдрому, встановлення попереднього діагнозу, призначення екстрених лікувальних заходів.

7. Дані наступного спостереження й обстеження хворого. Лабораторні й інструментальні дослідження, результати обстеження іншими фахівцями, результати психодіагностичного дослідження, записування щоденного спостереження за хворими та ін.

8. Проведення диференціальної діагностики шляхом порівняння клінічних даних конкретного хворого з типовою клінічною картиною всіх захворювань, при яких може спостерігатися встановлений у попередньому діагнозі провідний психопатологічний синдром.

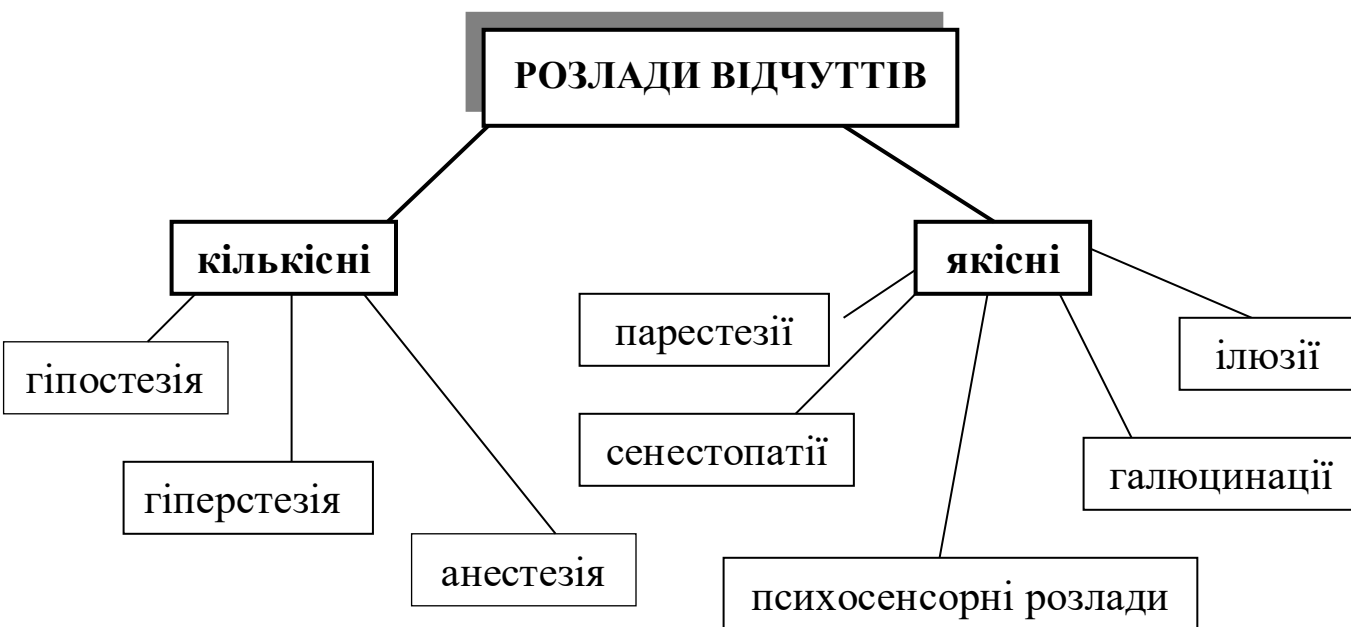
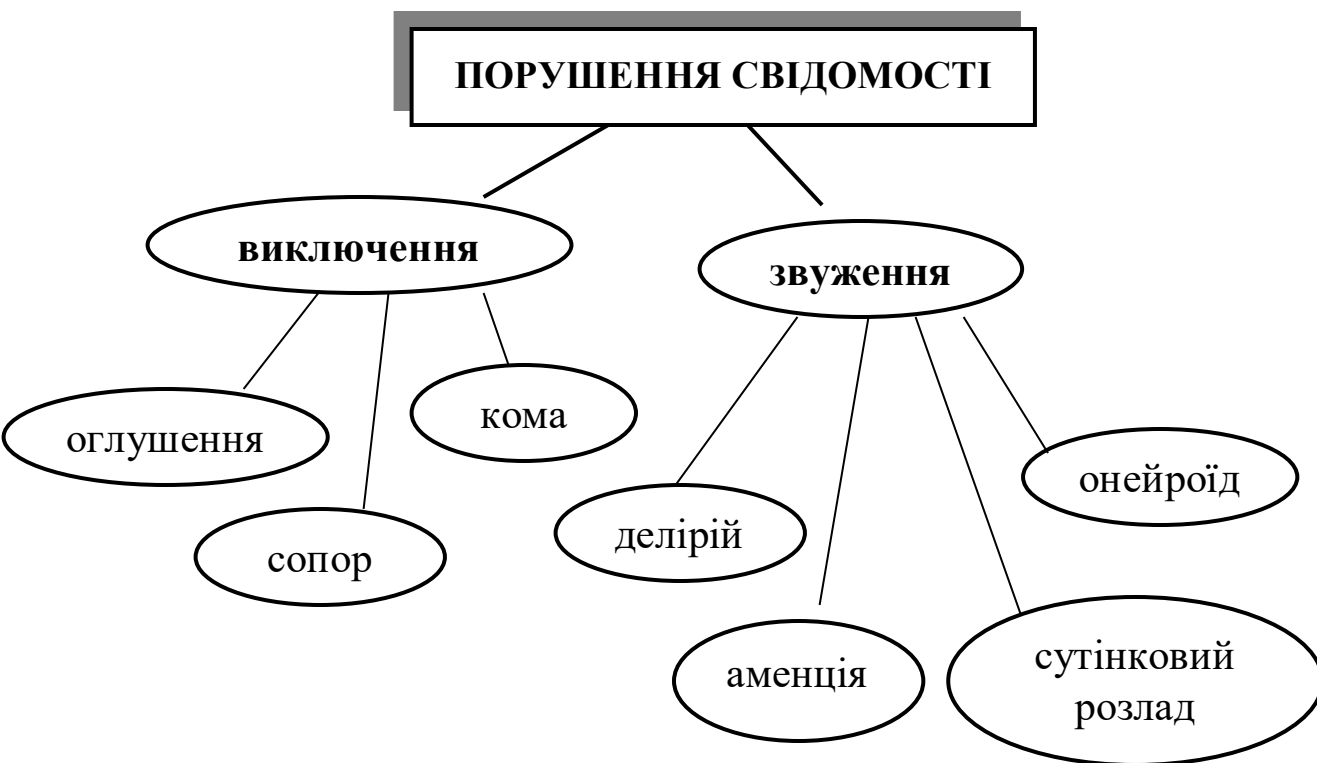
9. Встановлення остаточного нозологічного і синдромологічного діагнозу, призначення

Додатки

лікування.

10. Призначення лікування. Викласти та обґрунтувати рекомендації щодо лікування.

11. Визначення прогнозу й соціально-трудова рекомендації.





ПСЕВДОГАЛЮЦИНАЦІЇ –
внутрішня проєкція голосів чи образів

ІМПЕРАТИВНІ галюцинації
мають наказовий характер

**ПСИХОСЕНСОРНІ РОЗЛАДИ –
порушення синтезу прийняття
власного тіла, простору і часу**

**Симптом
роздвоєння
тіла**

Мікропсія
предмети
сприймаються у
менших
розмірах

Макропсія

**Дисмега-
лопсія**
спотворення
пропорцій
власного тіла

**Метамор-
фопсія**

РОЗЛАДИ ПАМ'ЯТІ

АМНЕЗІЯ
відсутність
пам'яті

ГІПЕРМНЕЗІЯ
посилення
пам'яті

ГІПОМНЕЗІЯ
утруднення
фіксації чи
відтворення

ПАРАМНЕЗІЇ
помилкові
спогади

РОЗЛАДИ МИСЛЕННЯ

ФОРМАЛЬНІ

ПРОДУКТИВНІ

ЗА ТЕМПОМ

нав'язливі ідеї

надцінні ідеї

маячні ідеї

ЛОГІЧНОЮ СТРУНКІСТЮ

ЦІЛЕСПРЯМОВАНИСТЮ

Розірваність мислення

амбівалентність

Безладність мислення

резонерство

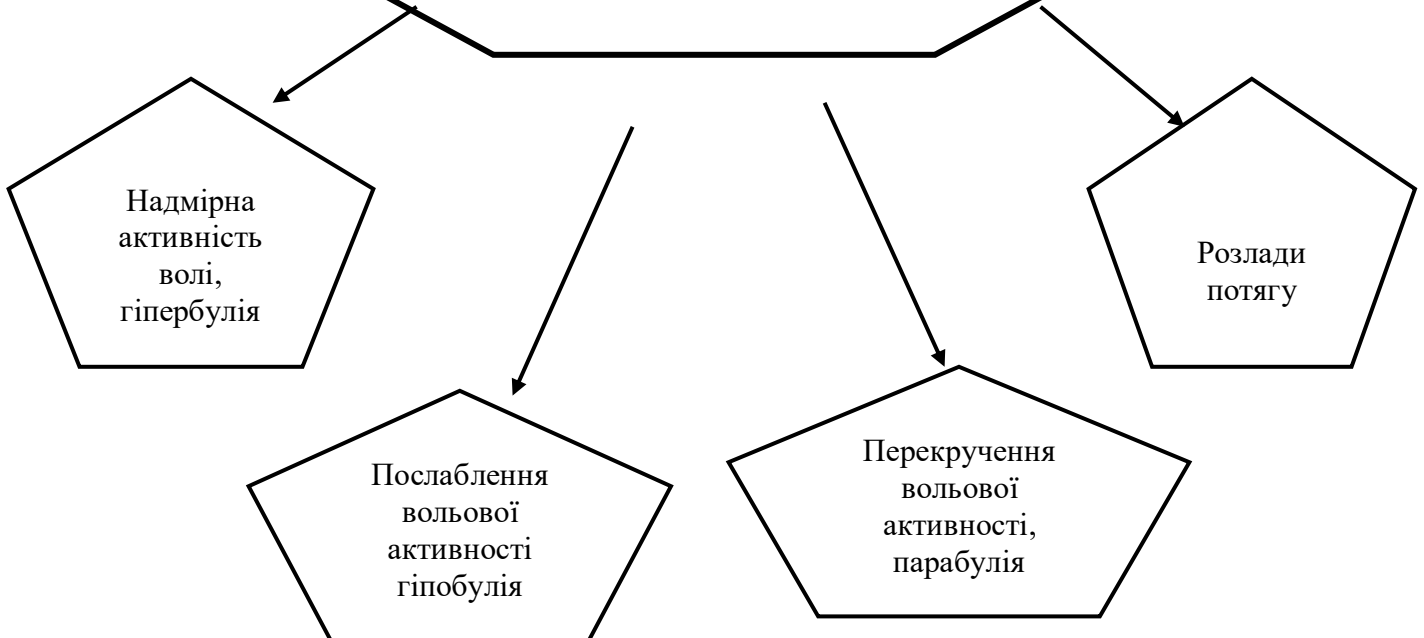
Зісковзування думки

розважність або статечність

РОЗЛАДИ УВАГИ



РОЗЛАДИ ВОЛІ



Неадекватність емоцій
парадоксальність емоцій

Апатія
хвороблива
байдужість,
відсутність
емоцій

Слабодухість
підвищена
виснажливість
емоцій, їх
нетримання



Патологічний афект
афект, що виникає без достатніх зовнішніх причин, порушенням свідомості, вегетативними проявами, амнезією

НАСТРІЙ
відносно стійкий емоційний стан

АФЕКТ
інтенсивний, коротко-часний емоційний стан

ЕЙФОРІЯ
підвищений настрій з відтінком благодушності, що не відповідає ситуації

ДЕПРЕСІЯ
пригнічений тужливий настрій, що може спостерігатися багато днів і місяців

Тривога
стан немотивованого неспокою

ЕМОЦІЙНА ЛАБІЛЬНІСТЬ
Легкі переходи від благодушності до гнівливого чи пригніченого стану

ДИСФОРІЯ
стан роздратованості, незадоволення, що виникає несподівано

Страх
Стан боязливого напруження, що виникає немотивовано

Основна

1. Атлас для експериментального дослідження відхилень в психическій діяльності чловека / Под ред. И. А. Полищука и А. Е. Видренко. - К.: Здоров'я, 1980. - 123 с.
2. Балабанова Л. М. Судебная психология (вопросы определения нормы и отклонений). - Д.: Сталкер, 1998. - 432 с.
3. Блейхер В. М. Экспериментально-психологическое исследование психически больных. - Т.: Медицина, 1970. - 176 с.
4. Демьянов Ю. Г. Диагностика психических нарушений: Практикум. – СПб.: ИД "МиМ", ТОО "Респекс", 1999. - 224 с.
5. Зейгарник Б. В. Патопсихология: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. - 2-е изд., стереотип. - М.: Академия, 2003. - 208 с.
6. Зінченко С. М., Мартинюк В. Ю., Майструк О. А. Психічні відхилення у дітей з органічним ураженням центральної нервової системи (Клініко-синдромологічний аспект). - К., 1999. - 24 с.
7. Зинченко С. М. Почему детям бывает трудно учиться. - К.: Рад. школа, 1990. - 56 с.
8. Зинченко С. М. Нервные дети - болезнь или воспитание (початок) // Практична психологія та соціальна робота. - 2004. - № 7. - С. 63-70.
9. Зинченко С. М. Нервные дети - болезнь или воспитание // Практична психологія та соціальна робота. - 2004. - № 8. - С. 51-57.
10. Зінченко С. М. Патопсихологія: методики дослідження. Розділ І. (методичний посібник). - К., 2004. - 30 с.
11. Зинченко С. М. Нервные дети - болезнь или воспитание // Практична психологія та соціальна робота. - 2005. - № 1. - С. 52-57.
12. Зинченко С. М. Нервные дети - болезнь или воспитание // Практична психологія та соціальна робота. - 2005. - № 2. - С. 54-59.
13. Зинченко С. М. Нервные дети - болезнь или воспитание // Практична психологія та соціальна робота. - 2005. - № 3. - С. 73-77.
14. Зинченко С. М. Нервные дети - болезнь или воспитание // Практична психологія та соціальна робота. - 2005. - № 6. - С. 73-77.
15. Зинченко С. М. Нервные дети - болезнь или воспитание // Практична психологія та соціальна робота. - 2005. - № 8. - С. 70-73.
16. Зінченко С. М. Медична психологія. Розділ "Сексологія та сексопатологія": Навч. посібник. - К.: Екмо, 2005. - 62 с.
17. Зінченко С. М. Медична психологія. Розділ - Девіантна поведінка: Навч. посібник. - К., 2006. - 108 с.
18. Зінченко С. М., Злагодух В. В. Специфічні розлади здібностей дитини до навчання // Практична психологія та соціальна робота. - 2006. - № 8. - С. 48-51.
19. Зінченко С. М. Специфічні розлади здібностей дитини до навчання // Практична психологія та соціальна робота. - 2006. - № 9. - С. 63-66.
20. Карпов А. А. Ваш близкий - психически больной. - СПб, 2005. - 385 с.
21. Колесникова Г. И. Девиантное поведение для студентов вузов / Г. И. Колесникова, А. Б. Котова, И. А. Петрулевич. - Ростов-н/Д.: Феникс, 2007. - 120 с.
22. Комер Р. Патология поведения. Нарушения и патологии психики. - 4-е изд. - СПб: ПРАЙМ-ЕВРОЗНАК, 2005. - 640 с.
23. Кузнецов В. М., Чернявський В. М. Психіатрія: Навчальний посібник. - К.: Здоров'я, 1993. - 344 с.
24. Максимова Н. Ю., Милютіна Е. Л. Курс лекцій по детскої патопсихології: Учеб. пособие. - Ростов-н/Д.: Феникс, 2000. - 576 с.
25. Максимова Н. Ю., Милютіна К. Л., Піскун В. М. Основи дитячої патопсихології. - К.: Перун, 1996. - 463 с.
26. Максимова Н. Ю. Психологія адиктивної поведінки. - К., 2001.

27. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство. - 4-е изд. - М.: МЕДпресс-информ, 2002. - 592 с.
28. Менделевич В. Д. Психология девиантного поведения: Учеб. пособие для вузов. - СПб: Речь, 2005. - 445 с.
29. Основи медико-соціальної реабілітації дітей з органічними ураженнями нервової системи: Навч.-метод.пос./За ред.Мартинюка В. Ю., Зінченко С. М. - К.: Інтермед, 2005. - 416 с.
30. Патопсихологическая диагностика/В. М. Блейхер, И. В. Крук. - К.: Здоров'я, 1986. - 280с.
31. Патопсихология: Хрестоматия / Сост. Н. Л. Белопольская, 2-е изд., испр. и доп. - М.: Когито-Центр, 2000. - 289 с.
32. Перешеина Н. В., Заостровцева М. Н. Девиантный школьник: Профилактика и коррекция отклонений. - М.: ТЦ Сфера, 2006. - 192 с.
33. Психологический словарь / Авт.-сост. В. Н. Копорулина, М. Н. Смирнова, Н. О. Гордеева, Л. М. Балабанова; Под общ. ред. Ю. Л. Ней-мера. - Ростов-н/Д: Феникс, 2003. - 640 с.
34. Развитие личности ребенка / Н. Ньюкомб. - 8-е изд. - СПб: Питер, 2003. - 640 с.
35. Технологія попередження дисграфії / Л.Кондратенко, О. Прищепа. - К.: Главник, 2005. - 96 с.
36. Фетискин Н. П., Козлов В. В., Мануйлов Г. М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. - М.: Изд. Ин-та психотерапии, 2002. - 490 с.
37. Шнейдер Л. Б. Девиантное поведение детей и подростков. - 2-е изд. - М.: Академический Проект; Гаудеамус, 2007. - 336 с.

Додаткова

1. Айхорн А. Трудный подросток. - М., 2001. - 304 с.
2. Александровский Ю. А. Глазами психиатра. - М., 1985. - 296 с.
3. Альберти Р., Эммонс М. Самоутверждающее поведение. Распрямись! Выскажись! Возрази!: Пер. с англ. М. В. Горшкова. - СПб: Академический проект, 1998. - 190 с.
4. Асанова Н. К. Психосоциальное развитие младенцев и детей, воспитывающихся в учреждениях: Метод. пособие / Под ред. Н. К. Асановой. - М.: Ин-т детской психотерапии и психоанализа, 1997. - 32 с.
5. Байярд Д., Байярд К. Ваш беспокойный подросток. - М.: Педагогика, 1991. - 208 с.
6. Башина В. М. Ранняя детская шизофрения (статика и динамика). - М., 1989.
7. Битенский В. С., Херсонский Б. Г. Мотивировка, условия, способствующие злоупотреблению наркотиками / Психологические исследования и психотерапия в наркомании. - Л., 1989. - С. 83-88.
8. Битенский В. С., Херсонский Б. Г., Дворяк С. В., Глушков В. А. Наркомания у подростков. - К.: Здоровье, 1989. - 216 с.
9. Бокий И. В., Рыбакова Т. Г. Семейная психотерапия в профилактике рецидивов алкоголизма / Психогигиена и психопрофилактика. - Л., 1983. - С. 32-37.
10. Болотова Т. Е. Как помочь себе и своему ребенку. Жила-была психология. - СПб: СОЮЗ, 2000. - 160 с.
11. Бондаровська В. Що ми можемо зробити, щоб запобігти домашньому насильству. - К.: СДМ-Студіо, 1999. - 63 с.
12. Бэрон Р., Ричардсон Д. Агрессия. - СПб, 1997.
13. Бютнер К. Жить с агрессивными детьми: Пер. с нем. - М.: Педагогика, 1991. - 141 с.
14. Василюк Ф. Е. Психология переживания. Анализ преодоления критических ситуаций. - М.: МГУ, 1988. - 216 с.
15. Вачков И. В. Основы технологии группового тренинга. Психотехники. Учеб. пособие. 2-е изд., перераб. и доп. - М.: Ось-89, 2000. - 224 с.
16. Винникотт Д. В. Разговор с родителем. - М.: НФ Класс, 1995.
17. Вихованець О. А., Чемерис М. І. Соціально-педагогічні проблеми молоді з девіантною поведінкою // Теоретичні та методичні засади соціально-педагогічної підготовки вчителя. - Київ-Житомир. - ЖДПІ, 1999. - С. 136-139.

Список використаної та рекомендованої літератури

18. Вроно М. Ш. Шизофрения у детей и подростков. - М., 1971.
19. Гилберт К., Питере Т. Аутизм: медицинские и педагогические аспекты. - СПб, 1998.
20. Гиппенрейтер Ю. Б. Общаться с ребенком. Как? - М.: МАСС МЕДИА, 1995.
21. Громадська програма запобігання насильству в сім'ї (проект "Гармонія"). - Львів, 2000. - 95 с.
22. Дитинство в Україні: права, гарантії, захист: Зб. док. - К.: Столиця, 1998. - Ч. 1. - 248 с.
23. Діти України: Національна програма. Указ Президента України № 63/96 від 18 січня 1996 р.
24. Долгушин А. К. Введение в социальную реабилитологию. - М., 2000. - 58 с.
25. Ермолаева Т. В. Экстремальное существование в семье: преступник и жертва // Сім'я та шлюбно-родинні стосунки в Україні. Зб. наук. праць. - К.: УАДУ, 2001. - С. 177-180.
26. Закон України "Про соціальну роботу з дітьми та молоддю" від 21.06.2001 р.
27. Захаров А. И. Как помочь нашим детям избавиться от страха. - СПб: Гиппократ, 1995. - 128 с.
28. Захаров А. И. Предупреждение отклонений в поведении ребенка. - СПб, 1997.
29. Захаров А. И. Психотерапия неврозов у детей и подростков. - Л.: Медицина, 1982. - 216 с.
30. Зверева І. Д. Концепція соціальної роботи з дітьми та молоддю в Україні // Робочі матеріали семінару ДХВ та АПСВ. Теорія і методика соціальної роботи: менеджмент соціальної роботи. - К., 2001. - С. 4-13.
31. Клауд Г., Таундсен Дж. Барьеры. Когда говорит ДА. Когда говорит НЕТ. Как управлять своей жизнью: Пер. с англ. - СПб: Мирт, 1999. - 384 с.
32. Конвенція ООН про права дитини. - К.: ТМ Притік Прес, 1999.
33. Кондратенко В. Т. Девиантные отклонения у подростков. - Минск: Беларусь, 1988. - 205 с.
34. Копыт Н. Я., Скворцова Е. С. Алкоголь и подростки. - М., 1984. - 261 с.
35. Кэмпбелл Р. Как справиться с гневом ребенка. - СПб, 1997.
36. Лангмейер И., Матейчек З. Психическая депривация в детском возрасте. - Прага: Авиценум, 1984. - 334 с.
37. Лебединский В. В. Нарушения психического развития у детей. - М.: Изд-во МГУ, 1985. - 166 с.
38. Леві В. Нестандартна дитина. - К., 1992. - 256 с.
39. Леонгард К. Акцентуированные личности: Пер. с нем. - К.: Вища шк., 1981. - 392 с.
40. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. - Л.: Медицина, 1977. - 208 с.
41. Лэндрет Г. Л. Игровая терапия: искусство отношений. - М.: Междунар. педаг. академия, 1994.
42. Лютова Е. К., Моница Г. Б. Тренинг эффективного взаимодействия с детьми. - СПб.: ООО Речь, 2001. - 190 с.
43. Максимова Н. Ю. Психологічна профілактика вживання підлітками алкоголю та наркотиків. - К.: ВШОЛ, 1997. - 208 с.
44. Марковская И. М. Тренинг взаимодействия родителей с детьми. - СПб: Речь, 2000. - 150 с.
45. Мастюкова Е. М., Грибанова Г. В., Московкина А. Г. Профилактика и коррекция нарушенных психического развития детей при семейном алкоголизме. - М.: Просвещение, 1989. - 78 с.
46. Москаленко В. Д. Дети больных алкоголизмом // Обзорная информация. - Выпуск 1. - М., 1990. - 67 с.
47. Москаленко В. Д. Ребенок в "алкогольной" семье // Вопросы психологии. - № 4, 1991. - С. 65-74.
48. Оклендер В. Окна в мир ребенка: руководство по детской психотерапии. - М., 1997.
49. Осорина М. В. Секретный мир детей в пространстве мира взрослых. - СПб, 1998.

Список використаної та рекомендованої літератури

50. Пеша І. В. Соціальний захист дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування (проблеми реформування). - К.: Логос, 2000. - 87 с.
51. Про органи і служби у справах неповнолітніх та спеціальні установи для неповнолітніх // Закон України від 24 січня 1995 р.
52. Раттер Т. Помощь трудным детям: Пер. с англ. / Общ. ред. А. С. Спиваковской. - М.: Прогресс, 1987. - 424 с.
53. Сидоренко Е. В. Опыты реориентационного тренинга. - СПб, 1995.
54. Словник-довідник для соціальних педагогів та соціальних працівників / За заг. ред. А. І. Капської, І. М. Мінчук, С. В. Товстоухо-вої. - К., 2000. - 260 с.
55. Слот В., Спаньярд Х., Шульга Т. И. Методика работы с детьми "группы риска". - М.: УРАО, 1999. - 84 с.
56. Смит Энн У. Внуки алкоголиков: проблемы взаимозависимости в семье: Кн. для учителя: Пер. с англ. Ю. И. Киреева. - М: Просвещение, 1991. - 128 с.
57. Соколова Е. Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности. - М., 1989.
58. Соціальна робота з підлітками та молоддю: проблеми, пошуки, перспективи. - К.: УДЦССМ, 2000. - 275 с.
59. Спиваковская А. С. Профилактика детских неврозов. - М.: Изд-во МГУ, 1988.
60. Фопель К. Как научить детей сотрудничать? - М., 1998.
61. Фромм Э. Психология человеческой деструктивности. - М., 1994.
62. Фурманов И. А. Детская агрессивность: психодиагностика и коррекция. - Минск, 1997.
63. Шевченко Ю. С. Коррекция поведения детей с гиперактивностью и психопатоподобным синдромом. - М., 1997.
64. Эберлейн Г. Страхи здоровых детей. - М.: Знание, 1981. - 192 с.
65. Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В. Использование игровой психотерапии для коррекции нарушений поведения у подростков // Психогигиена и психопрофилактика. - Л., 1983. - С. 122-125.
66. Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В. Семейная психотерапия. - Л.: Медицина, 1990. - 132 с.
67. Яковлев Г. М., Новиков В. С., Хавинсон В. Х. Резистентность, стресс, регуляция. - Л.: Наука, 1990.