

Міністерство внутрішніх справ України
ДНІПРОПЕТРОВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ВНУТРІШНІХ СПРАВ

В. В. Корнієнко

ПАТОПСИХОЛОГІЯ

Навчальний посібник

Дніпро
2023

УДК 159.9(035)
К 67

*Рекомендовано до видання
Науково-методичною радою Дніпропетровського
державного університету внутрішніх справ,
протокол № 3 від 15.11.2023*

РЕЦЕНЗЕНТИ

кандидат психологічних наук, доцент **Ніна Ткаченко** – доцент кафедри загальної та соціальної психології Дніпровського національного університету імені Олеся Гончара;

кандидат медичних наук **Юлія Ніканорова** – лікар-психіатр вищої категорії, медичний директор ВСП «Університетська лікарня» Дніпровського державного медичного університету.

Корнієнко В. В.

К 67 **Патопсихологія** : навч. посіб. / В. В. Корнієнко. Дніпро : Дніпроп. держ. ун-т внутр. справ, 2023. 120 с.

ISBN 978-617-560-001-6

Одним із шляхів збереження психічного і психологічного здоров'я українського суспільства є надання глибоких та міцних знань студентам психологам, які вивчають клінічну психологію, патопсихологію, психіатрію тощо.

Навчальний посібник містить основи патопсихологічних знань, а саме: порушення психічних пізнавальних процесів за Б. В. Зейгарник; патопсихологічні синдроми, етіологію та патогенез психогенних розладів, дослідження дитячої клінічної психології, а також принципи побудови експериментально-психологічного обстеження у клініці, схема написання клінічного висновку. Посібник рекомендовано студентам денної та заочної форм навчання за спеціальністю «Психологія», спеціалізації «клінічна психологія», а також для практикуючих психологів, психотерапевтів, лікарів-інтерністів, для студентів, які вивчають клінічну психологію.

ISBN 978-617-560-001-6

© Корнієнко В.В., 2023
© ДДУВС, 2024

ЗМІСТ

Вступ до патопсихології	4
Розділ 1. ПОРУШЕННЯ ПСИХІЧНИХ ПРОЦЕСІВ І СВІДОМОСТІ	
1.1. Порухення свідомості за Б. В. Зейгарник	6
1.2. Порухення мислення за Б. В. Зейгарник	11
1.3. Порухення пам'яті за Б. В. Зейгарник	14
1.4. Порухення особистості за Б. В. Зейгарник	23
1.5. Методологія та методи клінічної психології	41
Розділ 2. ПАТОПСИХОЛОГІЧНІ СИНДРОМИ	45
2.1. Поняття патопсихологічних синдромів	45
2.2. Патопсихологічний синдром психотичної дезорганізації	46
2.3. Шизофренічний синдром	49
2.4. Афективно-ендогенний синдром	56
2.5. Олігофренічний синдром	62
2.6. Екзогенно-органічний синдром	67
2.7. Ендогенно-органічний синдром	70
2.8. Особистісно-аномальний синдром	74
2.9. Психогенно-психотичний синдром	82
2.10. Психогенно-невротичний синдром	83
Розділ 3. НЕВРОТИЧНІ РОЗЛАДИ	85
Розділ 4. МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ДИТЯЧОЇ КЛІНІЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ	95
ДОДАТКИ	107
Використана та рекомендована література	118

ВСТУП ДО ПАТОПСИХОЛОГІЇ

Патопсихологія – це галузь психологічних знань, що має міждисциплінарну позицію між медициною та психологією. Загалом клінічна психологія містить такі галузі: а) патопсихологію, що вивчає розлади психічної діяльності психологічними методами; б) нейропсихологію, що вивчає психологічними методами осередкові ураження головного мозку; в) деонтологію; г) психологічні основи психогігієни – загальної та спеціальної; д) психологічні засади ерготерапії; е) психологічні основи організації обслуговування хворих на стаціонарах, амбулаторіях, санаторіях.

Поняття патопсихології іноді ідентифікують із поняттям психопатології, що є розділом психіатрії.

Патопсихологію вивчає, за визначенням Б. В. Зейгарник, структуру порушень психічної діяльності, закономірності розпаду психіки у зіставленні з нормою, використовуючи психологічні методи і оперуючи поняттями сучасної психології. У патопсихології можуть розглядатися завдання як загальної клінічної психології (коли вивчаються закономірності розпаду психіки та зміни особистості психічних хворих), і приватної (коли досліджуються порушення психіки конкретного хворого уточнення діагнозу, проведення трудової, судової чи військової експертизи). Патопсихолог досліджує стан і роль психічної сфери у виникненні хвороб людини, особливостях їх проявів, перебігу, результату та відновлення.

Аналіз патологічних змін, що спостерігаються в психічній діяльності під впливом хвороби, може проводитися не тільки на об'єктивному рівні, з виділенням об'єктивно вимірюваних феноменів, а й на рівні суб'єктивному – у вигляді суб'єктивного відображення у свідомості хворого на об'єктивно існуючі хворобливі зміни. Ця суб'єктивна сторона захворювання позначається різними авторами по-різному: А. Г. Гольдшейдер використовує термін «аутопластична картина захворювання», В. М. Мясичев – «ставлення до хвороби»; Е. К. Краснушкін і Л. Л. Рохлін говорять про такий феномен, як «свідомість хвороби»; С. С. Лібих застосовує вираз «концепція хвороби», Н. Д. Лакосіна та Г. К. Ушаков – «реакція на хворобу». Найбільш популярним і найчастіше використовуваним терміном нині є запропоноване О.Р. Лурія вираз *«внутрішня картина хвороби»*. Цим терміном він називає «весь той величезний внутрішній світ хворого, що складається з дуже складних поєднань сприйнятів та відчуттів, емоцій,

афектів, конфліктів, психічних переживань і травм; вивчення внутрішньої картини хвороби є, на думку автора, суто індивідуальним вивченням особи людини».

Наразі В. А. Ташликов розглядає внутрішню картину хвороби, виділяючи пізнавальний, емоційний і мотиваційно-поведінковий аспекти як систему психічної адаптації хворого до свого захворювання, що має в своїй основі механізми психологічного захисту та додання – механізми, що інтенсивно розробляються різними фахівцями в різних аспектах, щодо найрізноманітнішої патології. На думку автора, внутрішня картина хвороби створюється організмом у захисних цілях для ослаблення інтенсивності негативних переживань, пов'язаних із хворобою, компенсації почуття провини, сорому та агресії [3]. Також він звертає увагу на механізми психологічного захисту, які стоять поряд з механізмами подолання (копінг-поведінкою), як найважливіші форми адаптаційного потенціалу особистості та реагування їх на стресові ситуації.

Відмінність захисних механізмів від механізмів подолання проводиться сучасними дослідниками за такими критеріями як «активність-конструктивність» та «пасивність-неконструктивність». Психологічний захист пасивний, неконструктивний і, як правило, несвідомий, тоді як копінг – механізми активні та конструктивні. Б. Д. Карвасарський показує, що й процеси подолання, за Р. Лазарусом, спрямовані на активну зміну ситуації та задоволення значних потреб, то процеси компенсації, і особливо захисту, спрямовані на пом'якшення психологічних проблем.

Уявлення про механізми психологічного захисту сформувалося у межах психоаналітичного напрямку, згідно з поглядами якого психологічний захист становить низку специфічних заходів переробки переживань, які нейтралізують їх патогенний вплив.

Призначення навчального посібника з патопсихології полягає в наступному:

- комплексне засвоєння студентами знань з психології та медицини, їх фундаментальних теоретичних концепцій стосовно завдань підготовки психології;

- вивчення основних механізмів порушень психічної діяльності та закономірностей розпаду психіки людини під дією хвороби;

- вивчення особливостей походження всієї психопатологічної симптоматики

Для здобувачів, які навчаються за спеціальністю 053 Психологія та практикуючих спеціалістів, що працюють в системі охорони здоров'я.

Розділ 1

ПОРУШЕННЯ ПСИХІЧНИХ ПРОЦЕСІВ І СВІДОМОСТІ

1.1. Порушення свідомості за Б. В. Зейгарник

На думку Б. В. Зейгарник, свідомість може розглядатися у різних аспектах. У філософії воно має широке значення, використовуючись у плані протиставлення ідеального матеріальному (як вторинне первинному), з погляду походження (властивість високоорганізованої матерії), з погляду відображення (як відображення об'єктивного світу).

У більш вузькому значенні свідомість – це людське відображення буття, відображення соціально вироблених форм ідеального.

Відомо, що самосвідомість виникла в труді та реальному спілкуванні, тому існує усвідомлення власного ставлення до навколишнього природного та соціального середовища, розуміння свого місця у системі суспільних відносин. Специфіка людського відображення буття у тому, що свідомість людини не тільки відбиває об'єктивний світ, а й творить його [1; 8].

При вирішенні проблеми свідомості в психології вчені розглядають свідомість як вищу, пов'язану з мовленням функцію мозку, що відображає в узагальненому вигляді реальну дійсність і цілеспрямовано регулюючу діяльність людини.

Проблемі зв'язку свідомості з діяльністю приділяли увагу багато вчених, які зазначають, що свідомість можна зрозуміти як суб'єктивний продукт у вигляді перетвореної форми прояву тих суспільних за своєю природою відносин, що здійснюються діяльністю людини у предметному світі [1; 4; 7].

Доведено, що свідомість включає не лише знання про навколишній світ, а й знання про себе – про свої індивідуальні та особистісні властивості, особистісні якості, з пізнанням інших людей (С.Д. Максименко, А. А. Бодальов, І. С. Кон, В. В. Столін та ін.). Надзвичайно багато досліджень приділено проблемі самосвідомості, «образу-Я» у працях зарубіжних авторів-неофрейдистів, представників гуманістичної психології (К. Роджерс, А. Маслоу).

У низці робіт, присвячених проблемі саморегуляції та самосвідомості (С. Д. Максименко, Б. В. Зейгарник, Л. Фестінгер), виділяються і приватні проблеми як співвідношення самосвідомості та фізичного

образу-Я.

Поняття свідомості у психіатрії не збігається з його філософським та психологічним змістом. Наразі науковець А. В. Сніжневський стверджує, що у разі підходу до питання свідомості у філософському сенсі, за будь-якого психічного захворювання вища форма відображення світу в мозку хворої людини порушується [1; 3; 5]. Тому клініцисти користуються умовним терміном порушення свідомості, маючи на увазі особливі форми його розладів.

Зокрема, німецький психіатр Ясперс розглядав свідомість як тло, у якому відбувається зміна різних психічних феноменів. Відповідно, при душевних захворюваннях свідомість може порушуватися незалежно від інших форм психічної діяльності і навпаки. Тому в історіях хвороби можна зустріти висловлювання, що у хворого має місце марення при ясній свідомості, порушено мислення на тлі ясної свідомості тощо.

Метафоричні ознаки «ясності» і «затмарення» свідомості, уведені К. Ясперсом [4; 9], стали визначальними для характеристики свідомості, адже критерії порушення свідомості визначаються як:

- 1) дезорієнтування у часі, місці, ситуації;
- 2) відсутність чіткого сприйняття оточуючого;
- 3) різні ступені безладності мислення;
- 4) мнестичні порушення, а саме: утруднення спогадів подій і суб'єктивних хворобливих явищ.

Для визначення стану потьмареної свідомості вирішальне значення має встановлення сукупності всіх перелічених вище ознак. Наявність однієї чи кількох ознак неспроможна свідчити про затмарення свідомості [5; 7; 13].

У психіатрії розрізняють такі форми порушення свідомості:

Приголомшений стан свідомості

Одним із найпоширеніших синдромів порушення свідомості є синдром оглушеності, що найчастіше зустрічається під час гострих порушень ЦНС, інфекційних захворюваннях, отруєннях, черепно-мозкових травмах.

Оглушений стан свідомості характеризується різким підвищенням порога всіх зовнішніх подразників, ускладненням утворення асоціацій. Хворі відповідають на питання начебто «спросоння», складний зміст питання не осмислюється. Відзначається уповільненість у рухах, мовчазність, байдужість до оточуючого. Вираз обличчя у хворих байдужий. Дуже легко настає дрімота. Орієнтування в навколишньому неповне або відсутнє. Стан оглушення свідомості триває від хвилин до кількох годин.

Деліріозне затьмарення свідомості

Цей стан різко відрізняється від приголомшеного. Орієнтування в навколишньому за нього теж порушене, проте воно полягає не в ослабленні, а в напливах яскравих уявлень, уривків спогадів, що безперервно виникають. Виникає не просто дезорієнтування, а хибне орієнтування у часі та просторі.

Вираз обличчя стає то тривожним, то радісним, міміка висловлює то страх, то зацікавленість. Нерідко у стані делірію хворі стають збудженими. Як правило, вночі деліріозний стан посилюється. Узагалі деліріозний стан спостерігається переважно у хворих із органічними ураженнями головного мозку після черепно-мозкових травм, нейроінфекцій.

Онейроїдний (сновидний) стан свідомості

Онейроїдний (сновидний) стан свідомості характеризується химерною сумішшю відображення реального світу, коли яскраво спливають у свідомості яскраві чуттєві уявлень фантастичного характеру. Нерідко зустрічається фантастика з характером величезності: хворі «подорожують у космічному просторі», присутні «при загибелі міст», бачать, «як руйнуються будівлі», «провалюється метро», «мандрують у минулі століття» і т. ін. Усі присутні брали участь у фантазіях хворих [1; 7; 13]. Іноді у хворого зупиняється фантазування, але потім непомітно для нього у свідомості знову починають виникати такі фантазії, у яких спливає, по-новому формуючись, увесь колишній досвід, все, що він читав, чув, бачив. Одночасно хворий може стверджувати, що він знаходиться у психіатричній клініці, що з ним розмовляє лікар. Виявляється співіснування реального та фантастичного. К. Ясперс, описуючи подібний стан свідомості, зазначав, що окремі події належать реальній ситуації.

Якщо під час делірію відбувається відтворення деяких елементів, окремих фрагментів реальних подій, то під час онейроїду хворі нічого не пам'ятають із того, що відбувалося в реальній ситуації, вони згадують іноді лише зміст мрій.

Присмерковий стан свідомості

Цей синдром характеризується раптовим настанням, нетривалістю і так само раптовим припиненням, унаслідок чого його називають транзисторним, тобто минуцим. Напад присмеркового стану закінчується критично, часто, з наступним глибоким сном. Характерною рисою присмеркового стану свідомості є наступна амнезія. Спогади про період затьмарення свідомості повністю відсутні. Під час присмеркового стану хворі зберігають можливість виконання автоматичних звичних дій.

Наприклад, якщо до поля зору такого хворого потрапляє ніж, хворий починає робити звичну з ним дію – різати, незалежно від того, чи є перед ним хліб, папір чи людська рука. Нерідко під час присмеркового стану свідомості мають місце маячні ідеї, галюцинації. Під впливом марення та напруженого афекту хворі можуть робити небезпечні вчинки. Присмерковий стан свідомості, що протікає без марення, галюцинацій та зміни емоцій, зветься станом «амбулаторного автоматизму» (мимовільне блукання). Хворі, що страждають на цей розлад, вийшовши з дому з певною метою, раптом несподівано і незрозумілим для себе чином опиняються в іншому кінці міста. Під час цієї несвідомої подорожі вони механічно переходять вулиці, їдуть у транспорті та справляють враження занурених у свої думки людей.

Присмерковий стан свідомості триває іноді надзвичайно короткий час і зветься *absence* (відсутність – франц.).

Псевдодеменція

Різновидом присмеркового стану свідомості є псевдодеменція. Вона може виникнути під час тяжких деструктивних змін у центральній нервовій системі і реактивних станів і характеризується гострими розладами судження, інтелектуально-мнестичними розладами. Хворі забувають назву предметів, дезорієнтовані, насилу сприймають зовнішні подразники. Утворення нових зв'язків утруднено, часом можна назвати ілюзорні обмани сприйняття, нестійкі галюцинації з руховим занепокоєнням.

Хворі апатичні, добродушні, емоційні прояви мізерні, недиференційовані. Поведінка нерідко нагадує навмисну дитячу. Зокрема, дорослий хворий на питання, скільки в нього пальців на ногах, знімає шкарпетки, щоб порахувати їх.

Разом із різними формами порушення свідомості як відображення навколишньої дійсності у клініці зустрічається своєрідна форма порушення самопізнання – деперсоналізація.

Деперсоналізація

Характеризується почуттям відчуження своїх думок, афектів, дій, свого «Я», що сприймаються начебто абстраговано. Частим проявом деперсоналізації є порушення «схеми тіла», порушення відображення у свідомості основних якостей і способів функціонування власного тіла, його окремих частин та органів. Подібні порушення, що дістали назву «дисморфобії», можуть виникати під час різних захворювань – епілепсії, шизофренії, після черепно-мозкових травм та ін.

Хворі прагнуть вжити заходів щодо усунення «недоліку, що заважає», наполягають на оперативному втручанні, вони годинами

стоять перед дзеркалом (симптом дзеркала), постійно себе розглядають. Цей синдром можна розглядати як тріаду, що складається з: а) ідеї стосовно фізичного недоліку з активним прагненням його позбутися: б) ідеї відносин і в) зниженого настрою.

Наразі синдром дисморфобії пов'язаний із низькою самооцінкою. Подібні хворі уникають суспільства, усамітнюються, нерідко переживання своєї уявної потворності настільки важке/глибоке, що може стати причиною суїцидальних спроб. У цьому їх самооцінка спирається не так на змістовність ставлення до ідеального образу зовнішнього «Я», а на неприйнятті свого фізичного «Я».

Дослідник і вчений М. Сеченов [1,7,11], говорить про роль м'язових відчуттів у здійсненні рухів тіла та актів сприйняття, вказує на існування «темних», нерозчленованих відчуттів, що виходять із внутрішніх органів, що створюють «чуттєву підкладку» нашого «Я».

«Темні» інтерорецептивні відчуття через свою сталість та одноманітності, а також індукційне гальмування у зв'язку зі спрямованістю активності суб'єкта зовні зазвичай не усвідомлюються, але є необхідним тлом для нормального перебігу всієї психічної діяльності. На основі цих відчуттів дитина у процесі розвитку навчається виділяти себе з навколишнього світу.

Тести для перевірки знань

1. Основна відмінність ілюзій від галюцинацій пов'язана зі:

1. Змістом
2. Інтенсивністю
3. Наявністю або відсутністю сприйманого об'єкта або явища
4. Емоційним фоном

2. У якому з пунктів міститься правильна характеристика сенестопатій:

1. Поліморфізм проявів
2. Незвичайний, важкий для вираження характер відчуттів, що відрізняється від соматичних скарг
3. Тяжкий афективний компонент
4. Все назване

3. У якому з пунктів правильно описана характерна маніакальна тріада:

1. Підвищення настрою – прискорення мислення – інтенсифікація

діяльності

2. Підвищення настрою – тахикінезія – гіпербулія
3. Підвищення настрою – гіпермнезія – гіпербулія
4. Підвищення настрою – гіперакузія – булімія

4. Дисфорія – це:

1. Поглинаюче почуття суму
2. Почуття пригніченості
3. Похмурий, дратівливо-розлючений настрій
4. Нестійкість настрою

5. Активна зміна ідей – це порушення процесу мислення в структурі якого з розладів:

1. Депресії
2. Манії.
3. Ейфорії
4. Синдрому морія

1.2. Порушення мислення за Б.В. Зейгарник

Нерідко у структурі патологічно зміненого мислення хворих спостерігаються більш менш складні поєднання різних видів порушень. Так, Б. В. Зейгарник виділила чотири види патології мислення:

1. Порушення операційної сторони мислення
2. Порушення динаміки мислення
3. Порушення особистісного компонента мислення
4. Порушення критичності мислення

1.2.1. Порушення операційної сторони мислення

Дослідження мислення хворих, які страждають на різні захворювання мозку, виявили, що порушення операційної сторони мислення набувають різних форм. За всієї їх різноманітності вони можуть бути зведені до двох крайніх варіантів:

- *зниження рівня узагальнення* полягає в тому, що в судженнях хворих домінують безпосередні уявлення про предмети та явища; оперування загальними ознаками замінюється встановленням суто конкретних зв'язків між предметами. Під час виконання експериментального завдання подібні хворі не в змозі зі всіляких ознак відібрати ті, що найповніше розкривають поняття. (Для виявлення всіх

порушень використовуються методики класифікації предметів, піктограми, розуміння сенсу прислів'їв);

- *спотворення процесу узагальнення* полягає в тому, що хворі у своїх судженнях відображають лише випадкову сторону явищ, істотні ж відносини між предметами мало беруться до уваги, предметний зміст речей і явищ часто не враховується. Зокрема, виконуючи завдання класифікацію предметів, вони керуються надмірно загальними ознаками, неадекватними реальним відносинам між предметами.

1.2.2. Порушення динаміки мисленнєвої діяльності

Для успішного виконання інтелектуального акту потрібно виділяти адекватні системи зв'язків, відкидати побічні, оцінювати кожну розумову операцію у процесі виконання. Особливості виконання такої складної, багатоетапної власної структури діяльності становлять її динамічну характеристику.

- *Лабільність мислення.* Характерна особливість цього порушення полягала у нестійкості способу виконання завдання. Рівень узагальнення хворих переважно не було знижено; хворі правильно узагальнювали матеріал; операції порівняння, перенесення були порушені. Проте адекватний характер суджень хворих був стійким.

- *Інертність мислення.* У таких випадках хворі, що неспроможні змінювати обраного способу своєї роботи, змінювати хід своїх суджень, переключалися з одного виду діяльності на іншу.

1.2.3. Порушення особистісного компонента мислення

У клініці психічних захворювань спостерігаються порушення мислення, зумовлені порушеннями особистості. До них можна віднести різноплановість мислення, порушення критичності та саморегуляції.

- *Різноплановість мислення* полягає в тому, що судження хворих про якесь явище протікають у різних площинах. Хворі можуть правильно засвоювати інструкцію. Вони можуть узагальнити пропонований їм матеріал; знання про предмети, що актуалізуються ними, можуть бути адекватними; вони порівнюють об'єкти на підставі суттєвих, зміцнених у минулому досвіді властивостей предметів. Водночас хворі не виконують завдання у потрібному напрямку: їх судження протікають у різних руслах.

- *Порушення критичності та саморегуляції* – проявляється у труднощах, нездатності хворих до планування діяльності під час розв'язання завдання, і контролю під час вирішення завдання. Ці порушення виражаються у неможливості цілеспрямованої організації

своїх розумових дій.

• *Резонерство* – «схильність до безплідного мудрування», тенденція до непродуктивних багатомовних міркувань.

1.2.4. Порушення критичності мислення

Порушення критичності мислення бачиться в наступному:

1. Критичність до своїх міркувань, дій та висловлювань, що є суттєвою характеристикою мислення. Даний вид критичності найбільш повно розроблений і представлений у працях Б. В. Зейгарник, яка зазначила, що дії хворих не контролюються мисленням і підпорядковуються їх особистісним цілям. Дослідниця зауважує, що з доступності багатьох розумових завдань «діяльність хворих характеризувалася відсутністю самоконтролю і байдужим ставленням до того, що вони робили», а «їх недбалість, безтурботність, безвідповідальність виникали як прояв їх глибоких особистісних змін» [4]. Таким чином, Б. В. Зейгарник розуміла під некритичністю яскраво виражену перебудову особистісних особливостей, що призводила до відсутності усвідомленої мотивації та неможливості викликати установку на адекватне ставлення до навколишньої дійсності.

2. Критичність до себе, до оцінки своєї особистості, що розуміється як усвідомлення хворим свого місця в тій чи іншій ситуації, усвідомлення ним своєї ролі в ній, а також своїх можливостей, переваг та недоліків, і як самооцінка хворих.

3. Критичність до своїх психопатологічних переживань, таких як марення, галюцинації та інших, що часто у психіатрії розглядаються як критерій одужання. У хворих критика може змінюватись: від поступового згасання критичності до її повного відновлення. Звертається увага на збереження критики та критичне ставлення хворих до перенесених розладів.

Тести для перевірки знань

1. Б. В. Зейгарник виділила три види патології мислення, у число яких НЕ входить:

1. Порушення операційної сторони
2. Порушення динаміки
3. Порушення стадіальності
4. Порушення мотиваційного компонента

2. У якому з пунктів вірно описаний ментизм:

1. Ментальна абулія
2. Нав'язлива увага до власного процесу мислення із тривожними побоюваннями його порушень
3. Розпад логічної структури мислення
4. Насильницький вплив безлічі не зв'язаних між собою й часто неясних, уривчастих думок, образів, спогадів

3. Для якого з перерахованих розладів характерна розірваність мислення:

1. Станів афектації
2. Шизофренії.
3. Маніакальних станів
4. Розумової відсталості

4. Як називаються помилкові вірування/переконання, що не погодяться з рівнем інтелекту й/або культурними стереотипами людини:

1. Марення.
2. Обсесії
3. Ілюзії
4. Надцінні ідеї

5. Який з термінів позначає порушення мислення, при якому за безліччю слів, організованих у граматично правильні фрази, немає скільки-небудь певного й виразного змісту:

1. Дисоціація
2. Дискретність
3. В'язкість
4. Резонірств

1.3. Порушення пам'яті Б. В. Зейгарник

Види порушень пам'яті та її коротка характеристика

Пам'ять – психічний процес відображення та накопичення безпосереднього та минулого індивідуального та суспільного досвіду. Основними функціями її є: запам'ятовування (фіксація), збереження (ретенція), відтворення (екфорія енграм), забування. Проблема пам'яті найбільше розроблена в класичній психологічній літературі. Існує кілька класифікацій пам'яті.

Класифікація порушень пам'яті за Б.В. Зейгарник

1. Порушення безпосередньої пам'яті

Корсаковський синдром – порушення пам'яті на поточні події за відносної безпеки пам'яті на події давнього минулого; часто присутні конфабуляції. Прогресуюча амнезія – розлад пам'яті на поточні, а потім і на минулі події, усунення хронології подій, дезорієнтування в часі та просторі. Процес опосередкування не покращує відтворення.

2. Порушення динаміки мнестичної діяльності

На перший план виступають коливання мнестичної діяльності. Хворі протягом якогось відрізка часу добре запам'ятовують і відтворюють матеріал, проте через короткий час не можуть цього зробити; раптом забувають назви будь-яких предметів чи явищ, а за короткий час спонтанно їх згадують. Одним із показників порушень динаміки мнестичної діяльності є можливість її покращення при застосуванні засобів опосередкування.

Дані порушення динамічної сторони пам'яті зустрічаються у хворих із судинними захворюваннями головного мозку, у хворих, які перенесли травми головного мозку, після деяких інтоксикацій.

3. Порушення опосередкованої пам'яті

У той час як введення операції опосередкування покращує запам'ятовування у здорових людей, то у ряду хворих фактор опосередкування стає на заваді. За допомогою методу піктограм (2 варіанти виконання: підбір і малювання картинки до слова, що запам'ятовується) було показано, що ці хворі втрачають можливість опосередкувати процес запам'ятовування. Зустрічається, наприклад, при епілепсії: гіпертрофоване бажання відобразити всі деталі з точністю; при шизофренії: невідповідність значення слова змісту картинки.

4. Порушення мотиваційного компонента пам'яті

Діяльність пам'яті є мотивованою. Б. В. Зейгарник показала це в експериментальному дослідженні пам'яті та назвала феноменом відтворення незавершених дій. Оскільки у процесі будь-якої діяльності в людини складається певне особистісно-мотиваційне ставлення до неї, то у неї формується тенденція до її завершення.

Незавершені завдання відтворювалися здоровими випробуваними значно частіше і раніше завершених завдань. Порушення мотиваційного компонента пам'яті зустрічається у хворих із ураженням медіобазальних відділів лобових областей мозку, у хворих на шизофренію та ін.

Клініка розладів пам'яті

1. Дисмнезії

1) *гіпермнезії* – мимовільне пожвавлення пам'яті, підвищення здатності відтворення, згадки давно забутих подій минулого, незначних та малоактуальних для хворого на сьогодні. Посилення згадування (гіперпродукція екфорії) поєднується з ослабленням запам'ятовування поточної інформації (гіпопродукція фіксації).

Особливо сильно страждають довільне запам'ятовування та відтворення. Гіпермнезія виникає при полегшеному, часом безладному перебігу асоціацій і пов'язана з полегшенням відтворення простих, посиленням механічної пам'яті, тоді як значно погіршується логіко-сміслова пам'ять, ускладнюється відтворення складних абстрактних асоціацій.

Зустрічається за маніакальних та гіпоманіакальних станів, деяких варіантів аури під час великих епілептичних нападів, сп'янінні від деяких наркотиків (опій, ЛСД, психоаналептики), потьмарень свідомості інфекційного та психогенного (істеричного) генезу, засипання, гіпнотичного сну, за деяких варіантів.

2) *гіпомнезії* – часткове випадання з пам'яті подій, фактів, явищ; порушення здатності запам'ятовувати, утримувати, відтворювати деякі події та факти чи окремі їх частини. Виникає так звана «вирішальна пам'ять», коли хворий згадує не все, що мав би пам'ятати, а лише найважливіше для нього, сильні та яскраві враження, а також події, що часто повторюються в його житті подій.

Легкий рівень гіпомнезії проявляється слабкістю відтворення дат, імен, термінів, цифр тощо. Входить до структури невротичних синдромів, зміненої реактивності в межах великого наркоманічного синдрому, психоорганічного, паралітичного, початкових етапів прогресуючої амнезії, асемічного недоумства.

3) *амнезії* – повне випадання з пам'яті подій, фактів, явищ, що мають місце у певний часовий період, або випадання з пам'яті тієї чи іншої конкретної ситуації.

Амнезії по відношенню до періоду, що зазнав амнезії, до періоду хвороби: *Ретроградна амнезія* – випадання з пам'яті вражень, що передували гострому періоду хвороби; проміжок часу, що охоплюється амнезією – від кількох хвилин до кількох років; основна функція пам'яті, що страждає, – відтворення; зустрічається за тяжких гіпоксій та аноксій мозку (токсичні, странгуляційні та ін), травмах головного мозку з клінікою коми, деяких варіантах аменції;

Антероградна амнезія – втрата спогадів про поточні події,

переживання, факти, що відбуваються на період, що йде за гострим етапом хвороби; страждають, як правило, функції запам'ятовування та ретенції; трапляється при Корсаковському синдромі, аменції;

Конградна амнезія – випадання спогадів повне чи часткове, що обмежується лише подіями гострого періоду хвороби (періоду порушеної свідомості); в основі – утруднення, неможливість сприйняти інформацію, фіксувати на подіях активну увагу, внаслідок цього виникає нездатність запам'ятати те, що відбувалося – “плегія фіксацій”; зустрічається при глибокому оглушенні, сопорі, комі, деяких формах делірію, аменції, онейроїда та особливих станах свідомості, присмеркових станах свідомості;

Антероретроградна (повна, тотальна) амнезія – випадання з пам'яті подій, що відбувалися до, під час та після гострого періоду хвороби; зустрічається при деяких варіантах ком і аменції, що спостерігаються при тяжких травматичних, токсичних ураженнях мозку або внутрішньочерепних катастроф (інсульт).

Амнезії з переважно порушеною функцією пам'яті:

фіксаційна амнезія – різке ослаблення або відсутність здатності запам'ятовувати, фіксувати поточні події (гіпопродукція), у зв'язку з чим слабшає або втрачається пам'ять про поточні, недавні події, але зберігається здатність повного спогаду набутого раннього досвіду, фактів; неможливість фіксувати поточні події та факти призводить до нездатності орієнтуватися у місці та в часі (амнестична дезорієнтування); входить до структури Корсаковського синдрому, прогресуючої амнезії, паралітичного синдрому;

Анекфорична амнезія – нездатність до довільного згадування тих чи інших фактів, подій, слів, які витягуються з пам'яті лише після підказки; входить до структури астенічного та психоорганічного синдромів, лакунарної деменції, асемічного недоумства.

Амнезії з динаміки:

прогресуюча амнезія – розпад пам'яті відповідно до закону Рібо (розпад пам'яті на недавні події, на знання, що міцно засіли в пам'яті, порушення афективної пам'яті, порушення моторної пам'яті); зустрічається при деменції (асемічній, парамнестичній, дисмнестичній), прогресуючих церебральних атрофіях (церебральний атеросклероз, сенільна деменція, хвороба Піка та Альцгеймера);

ретардована амнезія – коли час і події випадають із пам'яті не відразу, а лише через деякий час після хворобливого стану; протягом

цього періоду пацієнт може розповісти про колишні хворобливі переживання, через короткий час він забуває їх геть-чисто; зустрічається за деяких варіантів сутінкових станів свідомості, тяжких формах делірію, онейроїду;

стаціонарна амнезія – стійкий дефіцит пам'яті, що фактично не має динаміки;

регресуюча амнезія – варіант амнезії з поступовим відновленням пам'яті, але майже ніколи вона не повертається повністю; насамперед згадуються найбільш важливі та яскраві для хворої події; цей варіант може змінити етап ретроантероградної або ретроградної амнезії при зазначених вище патологічних станах.

Амнезії за об'єктом, що піддається амнезії:

афектогенна (кататимна) амнезія – прогалини пам'яті виникають психогенно, за механізмом витіснення афективно насичених індивідуально неприємних і неприйнятних особистістю вражень і подій, а також всіх подій, навіть індиферентних, що збіглися в часі з сильним потрясінням;

істерична амнезія – з пам'яті випадають лише окремі неприємні події та факти, що психологічно неприйнятні для хворого; від афектогенної амнезії відрізняється тим, що спогади про обстановку, індиферентні події зберігаються; входить до структури істеричного психопатичного синдрому; при амітал-кофеїновому розгальмовуванні спогади можуть бути поживлені;

2. Парамнезії

Псевдоремінісценції (екмнезії) – стійкі помилкові спогади, «ілюзії пам'яті»: спогади про дійсно події, що дійсно мали місце, відносяться хворим в інший часовий відрізок; входять до структури Корсаковського синдрому, прогресуючої амнезії, парамнестичної деменції, пуерилізму.

Криптомнезії – спотворення пам'яті, у яких відбувається відчуження чи присвоєння спогадів; входять до структури деяких варіантів психоорганічного синдрому при ураженні тім'яно-скроневих відділів головного мозку та параноїдного синдрому.

Асоційовані (болючі присвоєні) спогади. Почуте, прочитане, побачене уві сні, кіно і т.п. згадується як місце насправді; патологічний плагіат – патологія пам'яті, що призводить пацієнта до присвоєння авторства різних наукових ідей, творів мистецтва тощо.

Помилкові асоційовані (відчужені) спогади. Реальні події з життя хворого у спогадах постають як такі, що мали місце з кимось іншим, як

почуте, прочитане, побачене уві сні, кіно і т.п.

Конфабуляції (“*вигадки пам’яті*”, “*галюцинації пам’яті*”, “*марення уяви*”) – яскраві, образні хибні спогади з патологічною переконаністю у тому істинності.

Замісні конфабуляції – помилкові спогади, які запам’ятовують провали в пам’яті; характеризуються звичайним змістом, частіше мають професійно-побутовий характер, нестійкі, лабільні фабулою; виникають, як правило, у процесі з хворим, причому в міру розпитування фабула обростає все новими деталями; входить до структури Корсаковського синдрому, прогресуючої амнезії, парамнестичної деменції.

Фантастичні конфабуляції – хибні спогади про неймовірні фантастичні події; зміст їх досить стабільно, поєднується з однотематичним маренням величі, еротичним, іншого походження, тощо; входять до структури конфабуляторно-маячних та гострих парафренних синдромів, конфабuleзу.

Паралітичні конфабуляції – хибні спогади безглузлого змісту; входять до структури паралітичного недоумства.

Порушення пам’яті як прояви змін у мотиваційно-особистісній сфері

Психічні процеси слід розглядати як різні форми психічної діяльності, що формуються в онтогенезі. Залежно від того завдання, на вирішення якого спрямована діяльність людини, вона набуває форми того чи іншого процесу (сприйняття, пам’яті). Тому щодо всіх людських процесів має бути застосована та сама характеристика, що до діяльності в цілому іншими словами, при аналізі цих процесів слід врахувати їх особистісно-мотиваційний компонент. Ще 1927 р. ми показали це експериментальному дослідженні пам’яті (так званий « феномен відтворення незавершених дій ») [2,19].

Експеримент полягав у наступному: випробуваному пред’являвся ряд завдань (від 18 до 22), які він мав виконати. Це були завдання різного типу: намалювати монограму, скласти певну фігуру із сірників, нанизати намисто, написати вірш, вирізати з паперу спіраль, зліпити коробочку з картону, зворотний рахунок (письменно), намалювати вазу, з паперу скласти фігурки, помножити тризначні числа дроту зробити фігурку, вирішити кросворд, скласти ландшафт (випробуванням даються дерева, тварини, люди, будинки з кольорового картону) і т.п. Інструкція: «Вам буде запропоновано низку завдань, постарайтеся їх виконати якомога точніше і швидше

Половину запропонованих завдань випробуваний виконував остаточно, половина їх переривалася експериментатором доти, як

випробуваний їх завершить. Перерва відбувалася таким чином, що експериментатор пропонував випробуваному іншу роботу. (Якщо випробуваний питає, що робити з незавершеною, експериментатор вдає, що не розчув питання або зайнятий протоколом; принаймні випробуваний не отримує чіткої, певної відповіді.) Так само невизначеним залишався для випробуваного порядок чергування закінчених і незавершених завдань.

Відразу після виконання випробуванням останнього завдання експериментатор запитує: «Скажіть, будь ласка, які Ви виконали завдання?» Слід зазначити, що проведення експерименту, манера та способи «переривання» є дуже складним завданням і вимагають ретельно продуманого відпрацювання всіх ланок досвіду.

Час, протягом якого піддослідний називає завдання, не обмежена. Експериментатор записує ці завдання у порядку їх відтворення випробуванням.

Відтворення носить спочатку плавний характер, після чого настає часто зупинка перерахованого потоку. Випробуваний починає активно «відшукувати», «перебирати» у своїй пам'яті, наведені кількісні дані стосуються переважно періоду «плавного» відтворення. Після закінчення досвіду експериментатор запитує, які завдання видалися йому цікавими чи приємними. Експериментатор використовує також спонтанні висловлювання піддослідного під час експерименту.

Дані експериментів показали, що піддослідні запам'ятовували краще незавершені дії. Незавершені дії відтворювалися на 90% краще ніж завершені.

Перевага незавершених дій перед завершеними виявлялося у кількісному відношенні, а й у тому, що незавершені завдання називалися першими.

Виявлена закономірність кращого відтворення незавершених дій можна пояснити наступним. У будь-якого здорового досліджуваного ситуація досвіду викликає якесь особистісне ставлення до неї. В одних випробуваних ситуація експерименту викликає бажання перевірити себе, свої можливості – експериментальна ситуація набуває в таких випадках характеру певної «експертизи», контролю. В інших випробуваних ситуація експерименту викликала якийсь запал («хотілося і собі і Вам показати, що я добре справляюся із завданнями»).

І, нарешті, треті піддослідні виконували експериментальні завдання з почуття «боргу», «ввічливості». Як би там не було у будь-якого випробуваного, виникав якийсь мотив, заради якого він виконував завдання. Виконання завдання виступало як мотивований намір. У випадку незавершеності дії намір залишається нездійсненим,

створюється афективна активність (в термінології К. Левіна, «динамічна система»), що проявляє себе в іншому виді діяльності – у цьому випадку у відтворенні.

Стосовно наведених даних можна сказати, що діяльність пам'яті актуалізувала ту афективну готовність, яка утворилася завдяки особистісному ставленню до експериментальної ситуації.

На користь цього припущення свідчать такі два ряди фактів: 1) переважне відтворення незавершених дій не проявляється, якщо змінити умови експерименту у наступному напрямі. Замість нейтрального прохання – дати випробовуваному вказівку, де говоритиметься, що експеримент перевірятиме процеси пам'яті. За такої постановки експерименту незавершені та завершені дії відтворювалися з однаковою ймовірністю.

Повідомлення, що експеримент проводився для випробування пам'яті, означало для випробованого зміна сенсу ситуації: він актуалізувався зовсім новий мотив – продемонструвати чи перевірити собі свої мнестичні можливості.

Цей новий мотив, заради якого випробуваний мав здійснити тепер «дію пригадування «виступав у ролі сенсоутворюючого, а й спонукального, перед випробуванням виступала тепер мета: відтворити можливо більше дій. У світлі цього мотиву завдання були рівні.

Афективна готовність до закінчення дій відступала на задній план перед новим мотивом – «відтворити якнайбільше завдань». Таким чином, діяльність відтворення була за нової інструкції по-іншому мотивована; нова мотивація викликала інший результат.

Інша група фактів, що доводили роль мотиваційного компонента в структурі пам'яті, полягала в наступному: якщо цей експеримент проводився з випробуваними у стані втоми або в ситуації насичення, то тенденція до превалювання при відтворенні незавершених дій теж не виявлялася, оскільки в цій ситуації не формувалася тенденція до завершення.

Правильність становища у тому, діяльність пам'яті є мотивованою, можна було простежити і матеріалі патології. Ми проводили експеримент із відтворення завершених і незавершених дій у хворих з різними формами патології мотиваційної сфери. Залежно від форми цих порушень змінювалася закономірність відтворення.

Так, наприклад, у хворих на шизофренію, у психічному стані яких відзначалася емоційна млявість, спотворення мотивів, ми не отримували ефекту кращого відтворення незавершених дій. У хворих із ригідністю емоційних установок, із їхньою гіпертрофією (наприклад, при деяких формах епілептичної хвороби) превалювання відтворення незавершених

дій було виражено. Отже, порушення підконтрольності, вибірковості психічних процесів, заміна цілеспрямованості акта стереотипами чи випадковими фрагментарними діями і були чинниками, що перешкоджали процесу опосередкування, які робили його принципово неможливим.

Тести для перевірки знань

1. На відміну від конфабуляції – заміщення провалів у пам'яті вимислом, псевдоремінесценції – це:

1. Порушення здатності ідентифікувати джерело спогадів
2. Патологічне загострення пам'яті
3. Невірна локалізація в часі вірно відтворених подій.
4. Порушення втримання в пам'яті складних характеристик подій

2. Для якого з типів амнезії характерна неможливість пригадувати події певного періоду

1. Виборча
2. Локальна.
3. Генералізована
4. Антероградна

3. Як називається форма пізнавального розладу, що включає в себе прогресуюче зниження пам'яті аж до втрати пам'яті про особисту історію, зниження або втрату здатності до судження, спілкування, засвоєння нової інформації:

1. Амнезія
2. Аномія
3. Деперсоналізація
4. Деменція.

4. Зненацька й зовні що немотивовано з'явлена нерухомістю за бурхливою, нецілеспрямованою й, нерідко, руйнівною активністю називається:

1. Гіперактивність
2. Кататонічний ступор
3. Кататонічне порушення
4. Психопатичний спалах

5. Багато днів і тижнів пацієнт проводить у повному мовчанні, не звертаючись ні до кого сам і не відповідаючи на звернені до нього питання. Це приклад якого з розладів:

1. Шперрунгу
2. Негатевізму
3. Мутизму
4. Дисоціації

1.4. Порушення особистості за Б. В. Зейгарник

Порушення особистості Б. В. Зейгарник вбачає в такому:

1. Порушенні структури ієрархії мотивів
2. Формуванні патологічних потреб та мотивів
3. Порушенні смислоутворення
4. Порушенні саморегуляції та опосередкування
5. Порушенні критичності та спонтанності поведінки

1.4.1. Порушення структури ієрархії мотивів

На етапі досліджень ми можемо запропонувати якусь жорстку усталену класифікацію особистісних порушень. Тому ми зупинимося на тих особистісних змінах, аналіз яких можна провести у найбільш розроблених у психології теоретичних поняттях, до яких слід зарахувати поняття діяльнісного, системного підходу. Аналіз діяльності, як і неодноразово писав А.М. Леонтьєв повинен проводитися через аналіз зміни мотивів.

Зміну мотивів часто спостерігаємо у людей, які страждають на різні форми психічних захворювань. Психологічний аналіз цих мотиваційних змін і є, наразі адекватним способом дослідження особистості хворої людини. Крім того, і це особливо значимо, патологічний матеріал дає в деяких випадках можливість не лише проаналізувати зміни мотивів та потреб, але й простежити процес формування та корекції цих змін.

Таке простеження вимагає уточнення основних характеристик мотивів, куди психологічний аналіз може спиратися. До таких характеристик належить їхній опосередкований характер та ієрархічність їх побудови.

О. М. Леонтьєв вказує на тісний зв'язок мотивів і потреб. Наголосивши, що аналіз потреб може бути проведений через розкриття їх предметного змісту, він вказує, що «це перетворює психологічну проблему потреб у проблему мотивів діяльності». А це означає визнання

складного відношення мотивів з різними потребами, визнання їхньої ієрархічної побудови.

Відомо, що наявність провідних мотивів не усуває необхідності додаткових мотивів, що безпосередньо стимулюють поведінку, однак без провідних мотивів зміст діяльності позбавляється особистісного сенсу.

Саме цей провідний мотив забезпечує можливість опосередкування та ієрархії мотивів. Ієрархія мотивів є досить стійкою і цим зумовлює відносну стійкість усієї особистості, її інтересів, позицій, цінностей. Патологічний матеріал дозволяє простежити закономірності зміни мотиваційної сфери людини, що призводять до зміни позицій, інтересів, цінностей особистості. Та найбільш чітко ці закономірності можна виявити у хворих на психічні захворювання, за яких процес порушення мотивів, установок і цінностей відбувається досить розгорнуто, дозволяючи простежити його окремі етапи. Однією з адекватних моделей для аналізу виявилися порушення особистості, що виступають у хворого на хронічний алкоголізм.

Як методичний прийом у цій роботі було застосовано запропонований нами метод психологічного аналізу історій хвороби у зіставленні з даними експериментально-психологічних досліджень. За такого підходу мають місце дві групи фактів: одна їх стосується порушення ієрархії мотивів, інша – способу формування нової потреби (патологічної).

Під час розгляду історії хвороби хворого на алкоголізм ми можемо бачити зміну особистісної сфери хворого до її деградації.

Це зниження йде в першу чергу лінією змін у сфері потреб і мотивів, руйнування преморбідних установок, звуження кола інтересів.

Експериментально-психологічне дослідження не виявляє грубих змін пізнавальних процесів: хворий справляється із завданнями, що потребують узагальнення, опосередкування (класифікації об'єктів, метод винятків, піктограма). Однак разом із тим у процесі виконання експериментальних завдань, що вимагають тривалої концентрації уваги, розумових зусиль, швидкої орієнтації в новому матеріалі, відзначається недостатня цілеспрямованість суджень хворого, некритичність: хворий не завжди помічає допущені ним помилки, а основне, не реагує на виправлення та зауваження експериментатора, легковажно їх відзначає і не керується ними у подальшій роботі.

У досвіді виявлення «рівня домагань» виявляється підвищена самооцінка; наразі крива вибору завдань за складністю носить лабільний характер: переживання успіху та неуспіху у хворого не виступає.

Аналіз історій хвороби може бути придатним виділення двох питань: а) про формування патологічно зміненої потреби, б) про порушення

ієрархії мотивів.

Почнемо з першого питання. Зрозуміло, що прийняття алкоголю не входить до природних потреб людини і саме по собі не має спонукальної сили. Тому спочатку його вживання викликається іншими мотивами (відзначити день народження, весілля).

На перших стадіях вживання алкоголю виникє підвищений настрій, активність, стан сп'яніння приваблює багатьох як засіб полегшення контактів. Згодом може з'явитися прагнення знову і знову випробувати цей приємний стан: воно може почати опредмечуватися в алкоголі, і людину починають залучати не самі собою події (урочистість, зустріч друзів і т.п.), а можливість вживання алкоголю, він починає спонукати самостійну діяльність, і тоді самі події стають приводом. Наявним є процес, що О.М. Леонт'єв назвав «зсув мотиву на мету», формується новий мотив, який спонукає до нової діяльності, а отже, і нової потреби (в алкоголі). Зрушення мотиву на мету веде у себе усвідомлення цього мотиву, оскільки стосовно діяльності мотив грає смислообразуючу роль. Прийняття алкоголю набуває певного особистісного змісту. Таким чином, механізм зародження патологічної потреби – загальний із механізмом її утворення в нормі. Однак хвороба створює інші, ніж у нормальному розвитку, умови для її подальшого формування.

Небайдужим є, очевидно, для всієї подальшої діяльності людини зміст цієї зароджуваної потреби. У такому випадку вона суперечить громадським нормам.

Завдання і вимоги суспільства, пов'язані у єдину систему і втілені у певний моральний зразок, перестають виступати таких хворих як спонукача і організатора поведінки. Оскільки, залежно від того, що спонукає людини, будуються її інтереси, переживання і прагнення, зміни у змісті потреб означають і зміни будови особистості людини.

У хворих змінюється не тільки зміст потреб і мотивів, змінюється їх структура: вони стають менш опосередкованими.

Лише в тому випадку, коли потреба стає опосередкованою (свідомо поставленою метою), можливе свідоме керування нею з боку людини. У хворих відсутня, як ми казали вище, можливість опосередкування свідомою метою, тому їх потреби некеровані – вони набувають будови потягу.

З історії хвороби ми бачимо, як під впливом алкоголізму у хворих руйнується колишня ієрархія мотивів. Іноді у хворих виявляється бажання працювати, прагнення спілкуватися з колишніми друзями, хворий робить якісь дії, керуючись колишньою ієрархією мотивів, але ці спонукання не носять стійкого характеру. Чільним мотивом, що спрямовує діяльність хворого, стає задоволення потреби в алкоголі.

Перебудова ієрархії мотивів хворих особливо яскраво проявляється у способі задоволення потреби у алкоголі та способі знаходження коштів на її задоволення.

Починає виділятися низка допоміжних дій. На виконання цих процесів йде з часом вся свідома активність хворого. Вони відбивається нове ставлення до навколишнього світу; це веде до нових оцінок ситуацій, людей. З повним правом Б.С. Братусь підкреслює, що згодом усі проблеми починають вирішуватися через алкоголь, за його допомогою, і алкоголь стає сенсоутворюючим мотивом поведінки.

Поступово, у процесі хвороби алкоголь стає сенсом життя, колишні установки, інтереси відходять на задній план. Робота перестає цікавити хворих – вона потрібна лише як джерело грошей. Сім'я з об'єкта турбот стає гальмом для задоволення згубної пристрасті. Тут ми маємо справу з центральним пунктом особистісної деградації, а саме з поступовим порушенням колишньої, дохворобної ієрархії, що склалась, потреб мотивів і цінностей і формуванням замість неї нової ієрархії. Відтісняються та руйнуються вищі потреби та установки особистості. Як відображення цього процесу звужується коло інтересів.

Хворі стають інактивними, втрачають свої колишні соціальні зв'язки зі світом, бо змінена алкоголем особистість стає неадекватною цим зв'язкам. Тому і професійна лінія хворих знижується, і ця зміна обумовлена насамперед не інтелектуальною деградацією, а зміною мотивів особистості.

Зміна ієрархії та опосередкованості мотивів означає втрату складної організації діяльності. Діяльність втрачає специфічно людську характеристику: з опосередкованої стає імпульсивною. Зникають дальні мотиви, потреба в алкоголізмі переходить у потяг, що стає домінуючим у житті хворого.

Зміни мотиваційної сфери хворих виявлено і експериментально-психологічному дослідженні і у хворих з алкогольною енцефалопатією та хворих з травматичною енцефалопатією (хворі, що перенесли тяжку черепно-мозкову травму з масивними субарахноїдальними крововиливами, різної, переважно конвексимальної локалізації). Характер порушень пізнавальної діяльності обох груп був схожий. У низці методик – рахунок по Крепеліну, відшукуванні чисел, коректурної пробі – можна було простежити загальну для обох груп хворих динаміку коливань уваги, виснажування психічних процесів. У класифікації предметів, виключенні предметів, простих аналогіях та інших методик виявлялася недостатність розуміння абстрактних зв'язків і відносин між предметами.

Однак за подібності змін пізнавальної діяльності вже в процесі

експериментального дослідження виступили відмінності в поведінці обох груп хворих. Хворі із травматичною енцефалопатією, як правило, цікавилися оцінкою своєї роботи, реагували на зауваження експериментатора. Хоча хворі стали після травми дратівливішими, нерідко запальними, грубих порушень структури особистості виявити не вдалося. Вони виявили адекватну самооцінку; під впливом успішного чи неуспішного вирішення завдань у хворих вироблявся рівень домагань.

Хворі на хронічний алкоголізм, навпаки, переважно були байдужі до дослідження, не прагнули виправити своїх помилок. Іноді помилкові рішення відбувалися не через власне інтелектуальне зниження, а через відсутність ставлення до дослідження.

Нерідко поведінка хворих на хронічний алкоголізм нагадувала поведінку хворих із ураженнями лобових часток мозку, як вона описана в роботах Б.В. Зейгарник, А.Р. Лурія, С.Я. Рубінштейн. Однак некритичність хворих на хронічний алкоголізм має іншу структуру, ніж за лобових синдромів. Вона більш вибіркова, поєднується з агресією стосовно того, що заважає задоволенню їхньої патологічної провідної потреби. Некритичність «лобних» хворих поєднується із безтурботністю, аспонтанністю. Глибокі зміни особистості хворих на хронічний алкоголізм проявилися і в спеціальних дослідженнях. Вони виявляли підвищену самооцінку, некритично переоцінювали свої можливості, заперечували оцінку експериментатора. Таким чином, проведений аналіз змін опосередкованості та ієрархії мотивів показує, що вони не виводяться безпосередньо з порушень мозку, а проходять довгий і складний шлях формування, при якому діють механізми, багато в чому спільні з механізмами нормального розвитку мотивів.

Подібний факт зміни особистості надзвичайно важливий: він показує правильність теоретичних положень радянської психології, а саме, по-перше, соціальні потреби формуються прижиттєво, що для формування потрібні певні умови і, по-друге (і це дуже важливо), що зняття змісту та соціально прийнятних способів їх задоволення призводить до перетворення будови соціального мотиву на структуру потягу, позбавленого характеру опосередкованості та регуляції.

1.4.2. Формування патологічних потреб та мотивів

Описаний вище феномен перетворення соціальної потреби в патологічний потяг можна проілюструвати і під час аналізу групи хворих на нервову анорексію, у яких різко виражено порушення фізичного «образу-Я». Різні стресові ситуації (важка хвороба, зміна життя) можуть змінити самосвідомість людини.

Зміна самосвідомості є результатом порушення рефлексії, що може

призвести до зміни мотивів, змінювати їх сенсоутворювальну функцію, порушувати емоційну реактивність. Спотворене відображення свідомості власної особистості може призвести до специфічних розладів, прийняти характер зміни фізичного образу-Я. Порушення фізичного «образу-Я» описано у психіатричній літературі у вигляді синдрому дисморфобії, деперсоналізації, а й нервової анорексії.

Для прикладу возьмемо дівчат, які довго голодують з метою виправлення своєї зовнішності. У більшості хворих захворювання почалося у підлітковому віці. Усі дівчатка відрізнялися деякою повнотою (але не ожирінням). У школі однолітки жартували з них, дражнили, називали «товстухами», «пончиками» тощо.

Окрім того, ці дівчатка перебували в оточенні дорослих, які захоплювались жінками стрункими, брали з них приклад. У результаті у таких дівчаток поступово склався якийсь еталон гарної жінки.

Дівчатка починали турбуватися про свою зовнішність і вишукувати засоби для її виправлення. Тому у таких хворих на анорекцію дівчаток афективні переживання виникали внаслідок невідповідності «ідеалу краси» та власної зовнішності.

У старших класах дівчаткам стало важче вчитися через астенію, що виникла як наслідок виснажливої дієти. Батьки, близькі стали контролювати харчовий раціон дівчат, заважали голодуванню. Дівчата вступають у конфлікт із сім'єю, приховують, що вони свідомо голодують, пояснюють це відсутністю апетиту.

Оскільки обрана дієта не завжди допомагала, дівчата починають вдаватися до інших способів: їдять один раз на день, якщо ж не можуть встояти проти почуття голоду, викликають штучне блювання, приймають великі дози проносного, займаються багато годин гімнастикою, важкою фізичною працею.

Такі хворобливі симптоми, як амонеррея, випадання волосся, їх радують, оскільки вони є доказом, «що вони не одужують».

Отже, мотив до схуднення не мав спочатку патологічного характеру. Голодування було спочатку лише дією реалізації якоїсь духовної ціннісної орієнтації «бути красивою», «володіти красивою фігурою».

Однак надалі ці дії з схуднення вступають у суперечність із органічною природною потребою в їжі. Наразі антивітальні дії не лише не припиняються, але самі перетворюються на мотив (зсув мотиву на мету дії). Попри все, цей мотив стає домінуючим, смыслообразуючим в ієрархії мотивів. Навчання, яким дівчинка віддавала спочатку багато сил, відходить на задній план, поступаючись своїм місцем діяльності зі схуднення.

Наведені факти надзвичайно важливі, оскільки вони доводять те, що

людські потреби (отже, і мотиви) проходять інший шлях формування, ніж потреби тварин. Це шлях, що вказує на відмінність людських потреб від органічних станів організму.

1.4.3. Порушення смислоутворення

Злиття обох функцій мотиву – спонукаючою і смислотворчою – надає діяльності людини характеру свідомо регульованої діяльності. Це виявляється у одних випадках у цьому, що смислообразуюча функція мотиву послаблюється, мотив перетворюється на лише знаній. Так, хворий знає, що до близьких треба добре ставитися, але при цьому він ображає та б'є свою матір.

В інших випадках виступало звуження кола смислових утворень. Це виражалося в тому, що мотив, зберігаючи до певної міри спонукальну силу, надавав сенсу щодо меншого кола явищ, ніж до захворювання. У результаті багато з того, що раніше мало для хворого особистісний зміст (наприклад, навчання, робота, дружба, ставлення до батьків тощо) поступово втрачається. В результаті губиться і спонукальна сила мотиву.

Під час проведення спеціального експериментально-психологічного дослідження, що полягало в наступному: випробуваний повинен виконати на власний вибір три завдання з дев'яти запропонованих експериментатором, витративши на це не більше 7 хвилин.

Пропонувалося намалювати сто хрестиків, виконати дванадцять рядків коректурної проби (по Бурдону), вісім рядків рахунку (по Крепеліну), скласти один з орнаментів методики Кооса, побудувати «колодязь» із сірників, зробити «ланцюжок» із канцелярських скріпок, вирішити три різні головоломки. Таким чином, випробуваний виявився перед необхідністю самостійно вибирати саме ті дії, що є найбільш доцільними для досягнення основної мети. І тому, у свідомості випробуваного має скластися смислова ієрархія дій, сприяють досягненню мети.

У результаті апробації методики на здорових випробуваних було встановлено, що з досягнення заданої мети необхідна активна орієнтування у завданнях (іноді методом проб). Активність пошуків найдоцільніших дій, найбільш «виграшних» завдань відбиває процес переосмислення, що у свідомості випробуваного.

Цей орієнтовний етап чітко виражений у здорових піддослідних. Крім того, що кожен випробуваний вибрав не менше трьох завдань (коли він не вкладався у відведений час, йому додавали ще кілька хвилин, даючи можливість зробити третю пробу), він виконував ще кілька орієнтовних проб.

Усі піддослідні при виборі завдань керувалися оцінкою ступеня їх

складності, намагаючись вибрати ті, виконання яких займе менше часу та вкластися у відведені 7 хвилин.

Таким чином, у результаті апробації було встановлено, що у здорових випробуваних у ситуації експерименту відбувається структурування окремих дій у цілеспрямовану поведінку.

Іншою була поведінка хворих на шизофренію (млява, прогредієнтна форма). Орієнтовний етап у них був відсутній.

Вони не вибирали «виграшних» завдань, часто бралися за явно нездійсненні у 7 хвилин. Іноді хворі виявляли інтерес не до дослідження загалом, а до окремих завдань виконуваних дуже ретельно, не зважаючи на те, що час минув.

Кількість додаткових проб у хворих було зведено до мінімуму. Розподіл частоти вибору окремих завдань показує, що ставлення до них менш диференційовано, ніж у здорових випробуваних.

Слід зазначити, що всі хворі знали про ліміт часу в 7 хвилин, але це знання не було регулятором їх поведінки. Вони часто навіть спонтанно висловлювалися: «Я маю за 7 хвилин укластися», але не змінювали способів своєї роботи. Отже, дослідження показали, що порушення діяльності цієї групи хворих визначалося зміною мотиваційної сфери.

Найголовніше в структурі зміни мотиваційної сфери було те, що хворі знали, що їм треба робити, вони могли навести докази, як треба чинити в тому чи іншому випадку, але стаючи просто «знаним», мотив втратив як свою сенсоутворюючу, так і спонукальну функцію. Це і є причиною багатьох дивних, неадекватних вчинків, суджень, що дають можливість говорити про парадоксальність шизофренічної психіки, про порушення селективності діяльності хворих.

Таким чином, усунення сенсоутворюючої функції мотивів, відщеплення дієвої функції від «знається» порушувало діяльність хворих і було причиною деградації їхньої поведінки та особистості.

Отже, редукція мотивів призводить до збіднення діяльності хворих. Довільна діяльності надає і «зворотний» вплив: не формуються нові мотиви.

Аналіз даних історій хвороби також виявив послаблення спонукальної функції мотивів і перетворення їх у знайомі. Було визначено такі патологічні мотиви:

1. Парадоксальна стабілізація якогось кола смислових утворень. Наприклад, хворий Н. відмовився отримати зарплату, оскільки «нехтував земними благами»; хворий М. роками не працював і жив на утриманні старої матері, до якої при цьому «добре ставився». Цей механізм виявився під час загального і контрольного експериментально-психологічного дослідження хворих, коли хворий залишався

«нейтральним» у ставленні до дослідження.

2. Звуження кола смислових утворень виявляється у тому, що мотив, зберігаючи до певної міри спонукальну силу, надає сенсу щодо меншому колу явищ, ніж до захворювання. У результаті багато з того, що раніше мало для хворого особистісний зміст (наприклад, навчання, робота, дружба, ставлення до батьків тощо) поступово втрачає його.

1.4.4. Порушення саморегуляції та опосередкування

Прояви розвитку та дозрівання особистості різноманітні. Одним із найважливіших індикаторів рівня розвитку особистості є можливість опосередкування, самостійного регулювання своєї поведінки.

Опосередковуючи свою поведінку, людина має можливість виробляти нові методи дії, активності, нові мотиви. Поведінка людини стає більш довільною та усвідомленою.

Про це свідчить матеріал патології. Наразі дані патопсихологічних досліджень хворих з органічними захворюваннями мозку (епілептична хвороба, травми мозку, нейроінфекції) показали, що неможливість виконувати операції узагальнення та виключення була у них ознакою більш широкої патології поведінки, як – порушення опосередкування, порушення регуляції своїх дій. Невміння ув'язати слово, що підлягає запам'ятовуванню, за будь-якою ознакою особливо чітко виступало при дослідженні пам'яті у тих хворих, у психічному стані яких відзначалася аспонтанність, інактивність або розгальмованість.

Отже, якщо хворим не вказувати на помилки, які вони можуть допустити, результати будуть гіршими, ніж коли мотивувати їх на кращі результати.

Недостатність регуляції, заміщення цільової дії випадковим чи стереотипним ставали чинниками, які заважали опосередкуванню.

Отже, порушення опосередкування було в цих хворих проявом такого порушення, як змінення ставлення до оточуючих і себе, проявом розпаду їх мотиваційної сфери. Доведено, що цей феномен особливо різко виступає в хворих з ураженням лобових часток мозку, у вигляді порушення активності (аспонтанності) поведінки, що є провідним радикалом у порушенні психіки.

Опосередкування перестало бути для них жорстким особистісним механізмом.

Проблема опосередкування стала необхідністю під час аналізу питання компенсації почуття неповноцінності, про заходи захисту. Зазвичай прийнято пов'язувати проблему захисту з несвідомими видами діяльності, свідомості. І дійсно, матеріал патології показує, що багато симптомів при неврозах, важких соматичних захворюваннях є

неусвідомлюваними хворими заходами захисту. Неусвідомлюваний захист може спостерігатися і у здорової людини в ситуації фрустрації. Такі симптоми, як негативізм, аутизм, часто є засобами прикриття порушеної діяльності спілкування. Будь-який педагог знає, що нерідко «зухвалість», «невихованість» підлітка є лише невдалою компенсацією невпевненості, «незахищеності» проти жорстких заходів виховання; наразі сам підліток може не усвідомлювати цього.

Проте слід підкреслити, що, виявляючись на неусвідомлюваному рівні, заходи захисту нерідко призводять до деформації реальних вчинків людини, порушення гармонійних зв'язків між цілями поведінки і ситуацією, що породжується поведінкою.

Тому не випадково зміст психотерапевтичних та психокорекційних заходів полягає зазвичай у тому, щоб допомогти пацієнтові усвідомити справжній зміст своїх дій та побачити себе збоку. Тільки за усвідомлення справжнього прояву своїх дій і переживань стає можливим адекватне регулювання своєї поведінки.

Таке усвідомлення може статися без втручання інших людей, спонтанно. Буває й так, що «заходи захисту» та компенсаторні дії здійснюються свідомо.

Смислові утворення змінюють у деяких випадках зміст і характер мотивів, надають вчинкам і діям людини довільний характер. Свідомо поставлена мета і контроль над своїми діями на шляху до досягнення мети стають основними ланками опосередкованої поведінки.

У ситуаціях, що фруструють стан людини та ускладнюють досягнення поставленої мети чи загрожують її особистісним установам, людина нерідко свідомо вдається до «заходів захисту». До свідомих компенсаторних дій вдаються, наприклад, хворі з важкими соматичними захворюваннями, коли вони дізнаються про біду, що загрожує їм. Вони нерідко свідомо відсувають усвідомлення хвороби та посилено віддаються звичній діяльності (ергопатичний тип ставлення до хвороби).

Свідоме застосування заходів захисту у травмуючих ситуаціях є окремим випадком свідомого опосередкування життєдіяльності, що зазначається й у здорових людей. На жаль, такі випадки рідко стають об'єктом вивчення наукової психології.

Існує думка, що свідоме прийняття «заходів захисту» інакше перебудовує діяльність людини, ніж несвідоме. Виникнення заходів захисту на неусвідомлюваному рівні призводить переважно до спотворення діяльності, відбувається сублімація, якість заміщення дійсності. Сам процес «катарсису» не завжди тягне за собою посилення адекватного ставлення до реальності, він часто призводить не до посилення адекватної рефлексії, а до загострення самокопання, заміни

реальних відносин штучно створеними.

Під час прийняття усвідомлюваних заходів захисту, що є приватним видом опосередкування поведінки, відбувається відновлення адекватних реальності форм життєдіяльності людини. Зникає потреба у сублімації, що заміняють дії. Вчинки людини починають детермінуватися реальними мотивами, дії стають цілеспрямованими, відбувається відновлення порушеного спілкування в адекватних цілях спілкування у формах. Інакше кажучи, опосередкування виявляється у разі такої стійкої особистісної властивості, що й починає визначати спосіб життя («стиль») людини, її самооцінку і бачення світу.

Необхідність враховувати процес саморегуляції особливо чітко виступає для дослідження хворих, що у реактивному стані після психічних травм. Під час зіставлення результатів експериментально-психологічного дослідження та даних історії життя цих хворих виявилися особливості порушення процесу регуляції. Дослідження показують, що під час реактивного стану відзначається фіксованість на травмуючих переживаннях, переважає суто емоційна оцінка запропонованих завдань. В експерименті це виявилось у порушенні опосередкування емоційно значущих слів і під час виконання методики піктограми, і у нездатності розвивати теми в методиці ТАТ.

В експерименті спостерігалось ослаблення самоконтролю, порушення планування. Осмислення ситуації мало «патогенний» характер – вона сприймалася як «образлива», «несправедлива» тощо. Регуляція поведінки здійснювалася з допомогою механізмів психологічного захисту, які діяли на неусвідомлюваному рівні й у кінцевому підсумку ускладнювали цілісну адекватну оцінку ситуації, призводили до спотвореної інтерпретації того, що сталося.

У дослідженнях брали участь хворі, які подолали психотравмуючу ситуацію, і хворі, які не здатні її подолати. У хворих першої групи відзначалося поновлення перерваної життєдіяльності – покращився стан, відновилося спілкування, працездатність, зникло почуття страху перед майбутнім. Відновилася можливість планування, змінилося ставлення до того, що трапилося, травмуючі переживання втратили свою актуальність. Дослідження показало, що у хворих формується установка на активне подолання цієї ситуації, вихід із неї з'явився результатом активного пошуку.

У хворих другої групи продовжували зберігатися порушення свідомого регулювання – вони були фіксовані на травмуючих переживаннях, були відсутні плани на майбутнє, стан хворих погіршувався через втрату надії на сприятливе вирішення ситуації, зберігалася спотворена інтерпретація того, що сталося. Хворі були

пасивні у вирішенні критичної ситуації, переважаючою реакцією неї залишався відхід у власні переживання, ситуація продовжувала сприйматися як нерозв'язна.

Зазначимо, що саморегуляція за умови оволодіння психотравмуючою ситуацією здійснюється в процесі усвідомленого сенсоутворення, що включає ряд етапів. На першому етапі відбувається оцінка та усвідомлення хворим ситуації повністю, спрямоване на виявлення причин того, що сталося, усвідомлення сенсу того, що відбувається. З іншого боку цього етапу – переосмислення ситуації, перебудова системи смислових відносин. На третьому – зміна смислової спрямованості діяльності, відновлення перерваної життєдіяльності. Тоді, коли відбувається формування процесу усвідомленого смислоутворення, функція саморегуляції не виступає.

Це говорить про те, що подолання психотравмивної ситуації вимагає свідомої перебудови смислових відносин особистості, відновлення провідних смислових утворень, порушених психічною травмою, а «усвідомити – означає певною мірою опанувати».

Порушення саморегуляції виявилось і при дослідженні співвідношення далеких цілей і здійснюваної діяльності. Відомо, що у саму діяльність людини включено і тимчасову реальність. Здійснюючи свою діяльність, людина керується і дальніми цілями. У більшості ж хворих на епілепсію і шизофренію далекі цілі не беруть участь у регуляції їхньої поведінки. Спочатку у хворих на шизофренію втрачається сенсоутворююча функція далеких цілей, у хворих на епілепсію далекі цілі так само, як і їх діяльність, стають інертними. Цей процес поступово призводить до повної відсутності далеких цілей у саморегуляції їхньої поведінки.

1.4.5. Порушення критичності та спонтанності поведінки

Порушення опосередкованості тісно пов'язані з порушенням критичності, підконтрольності поведінки. Порушення критичності проявляється по-різному; воно може виступати у вигляді нецілеспрямованих дій, розгальмованості поведінки, нецілеспрямованості суджень, коли людина не порівнює свої дії з очікуваними результатами, коли не помічає своїх помилок і не виправляє їх.

Виділяючи якості розуму, ряд дослідників оцінюють критичність як «уміння суворо оцінювати роботу думки, ретельно зважувати всі докази за і проти гіпотез, що намічаються, і піддавати ці гіпотези всебічній перевірці».

Поняття критичності носить у психіатрії неоднозначний характер; часто мається на увазі критичність до марення, галюцинацій та інших

хворобливих переживань. Особливо важливим є той вид критичності, який полягає в умінні обдуманно діяти, перевіряти та виправляти свої дії відповідно до об'єктивних умов реальності. Нерідко некритичність набуває особливої форми, виявляючись як порушень спонтанності поведінки, інактивності.

Подібну поведінку можна спостерігати у хворих із грубими ураженнями лобових відділів мозку. При поверхневому спостереженні ці хворі справляли враження щодо збережених людей: вони засвоювали питання, були орієнтовані на місці й часу, у громадських подіях, брали участь у трудових процесах, виконували доручення, читали книжки, запам'ятовували прочитане, слухали радіо. Однак за найближчого спостереження можна було відзначити неадекватність їхньої поведінки. Прислухаючись до їхніх розмов з рідними, можна було встановити, що хворі правильно відповідали на запитання, але самі їх не ставили, не цікавилися життям своїх близьких, не говорили про свої плани на майбутнє

Вони самі не пред'являли скарг, вважали себе здоровими, готовими нести далі свої трудові обов'язки; лише шляхом настійних опитувань і розмов вдалося з'ясувати, що у них мають місце головний біль та інші нездужання, яким вони надавали значення, а соматичний стан цих хворих часто був добрим.

Однак поведінка цих хворих виявляла патологічні особливості. Адекватність їхньої поведінки була уявною. Так, вони допомагали сестрам, санітарам, якщо ті їх просили, але вони з тією ж готовністю виконували будь-яке прохання, навіть якщо вона йшла врозріз із прийнятими нормами поведінки. Іншими словами, їхня поведінка, дії могли однаковою мірою виявитися адекватними та неадекватними, бо вони були продиктовані не внутрішніми потребами, а суто ситуаційними моментами. Так само відсутність скарг у них обумовлювалося не стриманістю, не бажанням замаскувати свій дефект, а тим, що вони не усвідомлювали його ні у своїх переживаннях, ні в соматичних відчуттях.

Ці хворі не будували жодних планів на майбутнє: вони з однаковою готовністю погоджувалися як із тим, що не в змозі працювати за колишньою професією, так і з тим, що можуть успішно продовжувати колишню діяльність. Дії хворих були продиктовані ні внутрішніми мотивами, ні їхніми потребами. Ставлення хворих до оточуючого було змінено. Це змінене ставлення особливо чітко виступає, якщо проаналізувати не окремі вчинки хворого, яке поведінка у трудовій ситуації. Трудова діяльність спрямовано досягнення продукту діяльності і визначається ставленням людини до цієї діяльності та її продукту.

Отже, наявність такого ставлення до кінцевого результату змушує

людину передбачати ті чи інші, деталі, зіставляти окремі ланки своєї роботи, вносити корекції.

Трудова діяльність включає планування завдання, контроль своїх дій, вона є, перш за все, цілеспрямованою і свідомою. Тому розпад дії аспонтанних хворих, позбавлених саме цього відношення, найлегше проявляється у трудовій ситуації навчання.

Аналіз праці цих хворих був предметом дослідження С.Я. Рубінштейн, яка визначила, що хворі, почавши щось робити, рідко припиняли роботу за своєю ініціативою: це траплялося лише за будь-яких зовнішніх чинників, наприклад при поломці інструменту, забороні персоналу тощо.

Виконуючи найпростіше завдання, хворі завжди робили безліч зайвих метушливих рухів. Вони, як правило, працювали за методом «проб та помилок». Якщо інструктор запитував у тому, що вони припускають потрібним зробити, дуже часто йому вдавалося отримати правильну відповідь. Проте, надані самі собі, хворі рідко користувалися своєю думкою як знаряддям передбачення.

Це байдуже ставлення до своєї діяльності виявилось у процесі експериментального навчання. Протягом певного часу із цими хворими проводилося систематичне навчання, яке включало дію мовленнєвих ситсем, моторики, мнестичної діяльності. Було виділено групу хворих з масивними ураженнями лівої лобової частки, у яких клініка та психологічне дослідження виявили грубий синдром аспонтанності. Хворі спромоглися механічно вивчити вірш, вони могли легко викласти фігури з мозаїки, але з могли спланувати раціональні прийоми чи видозмінити запропоновані їм досліджуваням, щоб закріпити чи прискорити роботу. Зокрема, наступного дня вони робили ті ж самі помилки, не маючи наміру їх виправити та немогли виконати завдання за відомим алгоритмом дій. Вони були не зацікавлені у придбанні нових навичок навчання, абсолютно байдуже ставилися щодо нього, їм байдужі кінцеві результати роботи. Тому вони й не могли виробити нових навичок: вони володіли старими вміннями, але їм важко було освоїти нові. Незважаючи на те, що хворий знаходиться в стані нерухомості, він, не цікавлячись оточуючим, надзвичайно швидко відповідає на запитання лікаря; за всієї своєї пасивності він часто реагує, коли лікар розмовляє з сусідом по палаті, втручається у розмови інших, стає настирливим. Насправді ця «активність» викликається не внутрішніми спонуканнями, а треба розглядати як ситуаційну.

Так, пасивна, аспонтанна поведінка змінювалася нерідко у цих хворих підвищеною реакцією на випадкові подразники. І здорова людина, і «лобна» хвора діють у ситуації експерименту під впливом

інструкції експериментатора; отже, для обох ситуація експерименту має характер спонукального, дієвого мотиву. Проте ситуація експерименту набуває для випробуваного як спонукальний характер до дії, останнє включається завжди у якусь смислову систему. Ситуація набуває і сенсотворчого характеру, який є для диференційованої людської психіки і спонукальний.

Часто передбачається, що ці моменти розділені, щось, що має спонукаюче значення, не перегукується з тим, що сенсостворює; створюється враження, що смислуотворюючий момент знаходиться в одному, а спонукає – в іншому.

Нерідко може виникнути ситуація, за якої дія провадиться без відповідного сенсоутворюючого мотиву чи потреби. Відомо, що в нашому оточенні завжди існують речі, явища, які в минулому служили засобом задоволення потреби: якщо у людини в даній ситуації не виникає сенсоутворюючий мотив, то ці речі можуть набути спонукального значення. Тому, речі, які вимагають якоїсь дії з нею у здорової людини здійснюються під впливом спонукального значення цих речей. У таких випадках прийнято говорити про невмотивовану поведінку (наприклад, прийшовши в магазин, людина купує непотрібну йому річ). Дослідники таку поведінку називають «польовою». Ситуаційна поведінка хворих з ураженням лобових часток мозку мало стійкий характер, воно визначало характер поведінки та вчинків хворого, воно було домінуючим.

Якщо визначити форми, які приймала ця ситуаційна поведінка впевній групи хворих, то ми побачимо, що ознаки ситуаційної поведінки часто виступають у клініці як навіюваності і підкорюваності. Такі хворі поводитися цілком адекватно, якщо якийсь зовнішній момент не порушував їхню зовнішню безпеку.

Ситуаційна поведінка таких хворих не обмежується навіюваністю та підпорядкованістю. У деяких випадках воно набувало гротескного характеру. Не живі стосунки між людьми, не прохання та інструкції стають джерелом їхньої діяльності; у своєму грубому прояві ця підпорядкованість виявляється у тому, що з хворих хіба що оживає функціональна значимість окремих речей без адекватної необхідності; «спонукальне значення» речі як би оголюється і виступає без відношення до змістовно-утворюючого характеру ситуації.

Якщо аспонтанний хворий виконував якісь дії, вони завжди залежали від конкретних речей, які потрапляли у його зору. Так, наприклад, увійшовши до кабінету лікаря, підходив до книжкової шафи, виймав книгу, починав її перегортати. Побачивши олівець, починав писати, навіть якщо перед ним не було паперу; помітивши на стіні оголошення, підходив до них, починав читати. У кабінеті стояло кілька стільців –

хворий сідав по черзі на кожен із них.

Подібний «відгук» часто видозмінює саме завдання і набуває характеру «вплітань» щойно баченого і почутого.

Нерідко надвідликовість поєднується у хворих з тенденцією до персеверацій. Симптом персеверації було описано О.Р. Лурією у хворих із порушеннями премоторної зони мозку. Виконавши якийсь компонент складного руху, хворі не могли перейти на інший його компонент., які описуються як явища персеверації (у рухової та мовної сферах). Так, «утримання виборчих слідів словесної інструкції виявляється у подібних завданнях настільки важким, а вплив інертних дій, викликаних попередньою інструкцією, настільки сильним, що правильне виконання завдань замінюється фрагментами колишніх дій».

Якщо хворий малював кілька кілочків, то йому важко було переключатися на малюнок будинку; після того, як він намалював кілька разів будинок, він не може намалювати коло, а прилаштовує до нього дах.

Ці персеверації виступали і при письмі. Хворому пропонується написати: «Ягоди солодкі». Натомість він пише: «Ягоди прекрасні».

Поряд з персевераціями у цього хворого різко виступає відгук: експериментатор просить його взяти свічку; хворий бере, запалює її і прикладає до губ як цигарку. Очікувану від нього дію експериментатор не отримує. Коли хворого просять подати склянку води, він сам починає пити з неї воду. Побачивши ножиці, що лежать на столі, хворий починає різати скатерть, що покриває стіл. Доведено, що ситуаційна поведінка і персеверативна тенденція є феноменами, що суперечать один одному, оскільки механізмом персеверацій є інертність, ситуаційна поведінка містить у собі тенденцію до надмірно швидкої зміни реакцій. Та у досліджуваних феномени, що суперечать один одному – застійність персеверацій і надпереключення ситуаційної поведінки – споєднуються. Отже, симптом персеверації так само, як і відгук, є лише по-різному оформленим проявом аспонтанності.

Іншими словами, обидва ці явища є індикаторами того, що діяльність хворого позбавлена смислової характеристики і заміщається діями, за якими не стоїть сенсоутворюючий мотив. Доведена до свого апогею аспонтанність руйнує докорінно будову діяльності, позбавляє її основної людської якості особистісного ставлення та осмисленої спрямованості, критичності та підконтрольності. Поєднання відгуку та персеверацій можна спостерігати не тільки з «лобовим синдромом», а і у хворих на гіпертонічну хворобу.

Дослідження показали, що ці порушення динамічні та минуші Мова їх ставала правильною, дії логічними. Персеверації та відгукність зникали.

Отже, можна припустити, що механізмом парадоксального поєднання відгуку та персеверації є зниження жвавості мозку. Різке поєднання відгукуваності і грубих персеверацій при лобовому синдромі обумовлено не лише поразкою лобових часток мозку, але й про змінений стан активності кори. Про це свідчить той факт, що у хворих, у яких описане парадоксальне поєднання було особливо яскравим, локальний процес був ускладнений органічними процесами дифузного характеру (нейроінфекції, резидуально-органічне ураження головного мозку та ін.).

Доведено, що симптом відгуку сам по собі носить у хворих з «лобним синдромом» інший характер, ніж у хворих з іншими органічними ураженнями мозку. Хворі з дифузним ураженням мозку виявляють якесь, нехай невиразне, ставлення до відгуку; вони самі це відзначають; іноді навіть намагаються протистояти їй, але ніколи не помічають неадекватності своїх вчинків.

Незважаючи на те, що відгукування хворих при гіпертонії носить теж безглуздий характер, за нею прихована часто спроба відповісти на запропоноване питання, вона виникає нерідко при виконанні складних завдань і є часто наслідком надмірної інтелектуальної напруги хворого. А ось відгукування ж «лобного» хворого не викликається напругою.

Відкликання хворого з дифузним ураженням мозку теж дезорганізує його поведінку, але вона не є домінуючою; у «лобного» хворого поведінка може зовні здаватися недезорганізованою, проте саме відгукування, по суті, визначає її поведінку.

Зіставлення відгуку хворих обох груп дає деякі опорні пункти для диференціально-діагностичних питань. Але крім цього практичного значення, постановка і з'ясування цього питання мають ще й теоретичне значення. Це зіставлення показує, що відгукуваність може бути домінуючою лінією поведінки, визначальною вчинки і дії хворого лише тому випадку, коли в хворого змінено ставлення себе й до оточуючого, що він може поставитися до своїх вчинків критично, коли він немає їх оцінки.

Відволікання, які є причиною неспання, дезорганізує поведінку хворого. І у хворого з дифузними органічними ураженнями може з'явитися готовність до недиференційованої реакції, але завдяки зміні будови свідомості хворого, що у вигляді аспонтанності, ця готовність перетворюється на стійкий розпад цілеспрямованої діяльності. Для того щоб людина стала існувати як свідомо та творча особистість необхідна зміна у сфері людських потреб, мотивів, свідомості. Тільки за критичного підконтрольного самоствавлення і ставлення до оточуючого світу виникає можливість усвідомити цей діапазон вражень, з'являється здатність протистояти стійкому розпаду цілеспрямованої діяльності.

Тести для перевірки знань

1. Те, що в сучасних класифікаціях позначається як розлад особистості, раніше позначалося як:

1. Девіантне поведіння
2. Реактивні стани
3. Конституційні психози
4. Психопатії

2. Розлади особистості виникають у різному для кожного з типів віці, але, загалом, частіше:

1. У підлітковому і юнацькому віці
2. У ранній молодості
3. У зрілому віці
4. У молодших школярів

3. Як називається розлад особистості, при якому первинним симптомом є постійне емоційно заряджене прагнення залучати до себе увагу:

1. Шизоїдне
2. Нестійке
3. Істеричне
4. Дисоціальне

4. Нездатність проявляти теплі почуття стосовно інших людей характерна для:

1. Тривожного розладу особистості
2. Шизоїдного розладу особистості
3. Істеричного розладу особистості
4. Посттравматичного стресового розладу

5. Дослідження психічного стану пацієнтів із шизофренією найбільше часто виявляє виражений розлад :

1. Орієнтування
2. Пам'яті
3. Настрою
4. Мислення

1.5. Методологія та методи клінічної психології

Методологічною основою для проведення експериментально-психологічних досліджень у клініці можуть бути методологічні принципи: детермінізму, єдності свідомості та діяльності, формування свідомості та діяльності, розвитку психічного процесу при безпосередньому спілкуванні та діяльності, а також принцип моделювання та системний підхід, що використовується при описі складних об'єктів, до яких, безперечно, належить і психічна діяльність людини. Вони відносяться до найбільш фундаментальних, найбільш загальних принципів дослідження, запозичених психологічною наукою з філософії.

До основних методів психологічного дослідження належать спостереження, клініко-психологічний метод (збір психологічного анамнезу) та експериментально-психологічні методи, які умовно можна поділити на дві групи – опитувальники та проєктивні методики.

Метод спостереження відноситься до найбільш ранніх та фундаментальних методів психологічного дослідження; він полягає у професійній реєстрації всіх виявлених у зовнішній поведінці випробуваного проявів внутрішньої психологічної структури, а також у психологічній кваліфікації цих проявів. Основою матеріалу для спостереження є все різноманіття сенсорної інформації різних модальностей (зорової, слухової, тактильної і т. д.), що отримується від випробуваного. *Клініко-психологічний метод* дослідження полягає у професійному психологічному опитуванні, бесіді з хворим, у ході якої психолог може отримати цікаву для нього інформацію про психологічні феномени, що мають значення для розуміння соматичної симптоматики пацієнта. Метод спостереження та клініко-психологічний метод дослідження є основними, базовими методами при дослідженні пацієнтів у тяжкому соматичному стані, коли проведення експериментальних методик утруднено. Роль методу спостереження зростає при підозрі на симуляцію і дисимуляцію у пацієнта, при наявності мовного бар'єру між психологом і випробуваним, дефектах аналізаторних систем випробуваного, у ситуаціях експрес-діагностики і у разі мутизму (відсутності мови) у хворого [1].

При використанні під час дослідження *експериментально-психологічних методик* передбачаються достатній ступінь мотивованості хворого, певний ступінь соматичної та психічної безпеки пацієнта, у тому числі інтелектуальної безпеки, а також дотримання низки зовнішніх ситуаційних умов, таких як відносна ізоляваність, конфіденційність, нерозголошення дослідження стороннім особам. У процесі дослідження

емоцій та особливостей особистості пацієнта у клініці внутрішніх хвороб передбачається використання двох основних груп методик – опитувальників та проєктивних методів.

Опитувальник являє собою перелік питань про певні позиції, установки, думки, про його соматичному та психологічному самопочутті. Передбачається, що, відповідаючи на кожне питання, пацієнт має бути абсолютно щирим, об'єктивним, здатним адекватно оцінити свій власний стан, що на практиці це не завжди так.

Зокрема, випробуваний може бути нещирим, і в цьому випадку ми або констатуємо свідомий обман, припускаючи наявність будь-яких рентних установок, або кваліфікуємо поведінку пацієнта як надмірно нормативну: хворий пред'являє соціально-схвалену інформацію, створюючи соціально-позитивний, бажаний образ самого себе, який і представляє як власну особистість. Це вказує на прагнення пацієнта заслужити схвалення, отримати підтримку, здобути схвалення оточуючих; в основі подібної підвищеної залежності від думок та оцінок оточуючих лежить, як правило, невпевненість у собі.

Також хворий може об'єктивно і адекватно обставинам, оцінювати власний стан внаслідок надмірної афективної завантаженості, насиченості актуального психічного стану емоціями страху, розпачу, гніву, будь-якими іншими емоційно-негативними переживаннями. А особистісні особливості, такі як схильність до надмірного самоконтролю чи тенденція до драматизації, перебільшення індивідуально-психологічних характеристик, можуть спотворювати результати дослідження, засновані на прямому розпитуванні пацієнта.

Щоб мінімізувати подібні суб'єктивні викривлення, до опитувальників додаються контрольні шкали, такі як шкали брехні (нещирості), достовірності (афективної завантаженості), корекції (рівня контролю). Питання повторюються у різноманітних формулюваннях; про один і той же пацієнта запитують по-різному, з різних сторін і точок зору. Опитувальники стають об'ємними та громіздкими, тому проводиться тривала робота з їхньої апробації, вводяться такі параметри як надійність, достовірність та валідність.

Наступна група методів експериментального дослідження особистості та емоційної сфери хворого – це проєктивні *методи*, тобто методи, засновані на феномені атрибутивної проєкції – схильності приписувати оточуючим свої власні риси, проєктувати назовні власні проблеми, інтерпретувати крізь призму своєї індивідуально-психологічної проблематики. Проєктивні методи дослідження дають невизначений стимульний матеріал (колір, невизначені плями та образи), який надає повний простір для проєктної діяльності хворого. Пацієнт

інтерпретує подібний невизначений та неструктурований стимульний матеріал з позицій власних цінностей та цілей, труднощів та проблем, розкриваючи у суб'єктивних інтерпретаціях індивідуальну психологічну проблематику.

Відповідаючи на сформульовані в опитувальниках питання, пацієнт контролює себе, спираючись на інший зміст запитань, що пред'являються психологом. Працюючи з проєктивними методами хворий, який може зберігати контроль над ситуацією, орієнтуючись на невизначене зміст стимульного матеріалу, спирається на поведінку експериментатора, від якого прагне отримати зворотний зв'язок. Надання зворотний зв'язок у разі може спотворити результати дослідження. Тому з використанням проєктивних методів передбачається відповідний «проєктивний» стиль дослідження – безоцінна, максимально нейтральне поведінка експериментатора, яку випробуваний може спроектувати будь-який психологічний матеріал, «прочитавши» у поведінці психолога ту реакцію, що він і сподівався викликати своїми інтерпретаціями, тобто. отримавши підтвердження власних очікувань та установок, що підкріплює та посилює проєктну діяльність [2].

З урахуванням як переваг, так і недоліків обох груп методів – опитувальників та проєктивних методик видається найбільш оптимальним використання в клініці внутрішніх хвороб одночасно і тих та інших, що забезпечить певний ступінь надійності та об'єктивності отриманих результатів. Основою експериментально-психологічного вивчення особистості хворих у соматичній клініці переважно є один із двох методологічних підходів: один з них передбачає цілісне опис особистісних рис з опиранням на особистісну типологію акцентуацій А. Г. Личко, К. Леонгарда чи типологію Ганнушкіна; другий заснований на поетапному вивченні окремих рис, властивостей, характеристик, для оцінки наявності та виразності яких використовуються різні експериментально-психологічні методи.

І останнім методом медичної психології та проведення експериментально-психологічних досліджень у клініці – співвідношення в рамках цих досліджень психодіагностики та психотерапії.

Такі дослідження, що інтерпретуються у просторі суб'єктивної реальності пацієнта, викликають різноманітні психологічні реакції, що впливають на подальший діагностичний процес. Зміни у стані обстежуваного протягом психодіагностики, що проводиться, утворюють індивідуальну психологічну динаміку, яка може цілеспрямовано коригуватися психологом. Специфіка самої динаміки багато в чому визначається конкретними цілями психодіагностичного дослідження. Чим більш значущі для досліджуваного досліджувані психологічні

феномени, тим більше виражених емоційних реакцій і суб'єктивних спотворень слід очікувати. Цей принцип використовується психологами, наприклад, у процедурі визначення рівня домагань.

Емоційні реакції пацієнтів, які у відповідь суб'єктивно оцінювану успішність виконання тестових завдань, підвищують чи знижують самооцінку, актуалізують чи дезактуалізують індивідуальну психологічну проблематику. Подібні феномени можуть бути приводом для включення до діагностичного процесу елементів психокорекційної роботи психолога.

Початок психодіагностичного дослідження завжди пов'язаний із встановленням психологічного контакту, в основі якого лежить безумовне безоцінне прийняття пацієнта з усіма його психологічними та психопатологічними рисами. У відповідь на симптоматику психолог, як правило, уникає яскравих проявів власних емоцій, оскільки в них міститься більшою чи меншою мірою оцінний компонент, що накладає неминучі обмеження на процес самопрезентації пацієнта. Залишаючись нейтральним, психолог виконує роль своєрідної проективної методики, що надає максимально можливу свободу для асоціацій і проєкцій пацієнта. Таким чином формуються умови для отримання всієї можливої в умовах інформації, вільної від контрпроєкцій експериментатора, який буває схильний дізнаватися в психологічних особливостях пацієнтів свої особистісні риси. Нейтральна та приймаюча позиція психолога в процесі діагностичної взаємодії забезпечує пацієнту можливість переживання корективного емоційного досвіду, який є важливою складовою психотерапевтичного процесу.

Під час психодіагностичного дослідження передбачається можливість застосування елементів конфронтації та інтерпретації. Використовуючи інтерпретації, психолог вносить корективи до структури внутрішньої хвороби пацієнта, впливаючи як на раціональний, а й у емоційний і мотиваційний її компоненти. Застосування в ході психодіагностики навчального експерименту може виступати як своєрідний варіант поведінкової психотерапії [2].

Отже, процес психологічної діагностики допомагає розкрити патопсихологічний синдром.

Розділ 2 ПАТОПСИХОЛОГІЧНІ СИНДРОМИ

2.1. Поняття патопсихологічних синдромів

Під *синдромом* у патопсихології розуміють патогенетично обумовлену спільність симптомів, ознак психічних розладів, внутрішньо взаємозумовлених та взаємопов'язаних. А правильна кваліфікація синдрому є наближенням до визначення нозологічної приналежності захворювання. Кожен з патопсихологічних синдромів включає низку симптомів. *Сукупність симптомів є синдром (симптомокомплекс)*. *Синдром* – обумовлене загальним патогенезом стійке поєднання взаємозалежних позитивних та негативних симптомів [1].

Симптоми та синдроми є тим матеріалом, з якого створюється клінічна картина захворювання. Синдромами та його динамікою проявляються патогенез хвороби, послідовність його етапів..

За особливостями походження вся психопатологічна симптоматика з певною часткою успішності може бути поділена на позитивну та негативну. Позитивна симптоматика (продуктивна, плюс-симптоматика) виникає у зв'язку із психологічною продукцією психіки. Сюди відносяться галюцинації, марення, нав'язливість, надцінні ідеї та інші патологічні утворення. Негативна симптоматика (дефіцитарна, мінуссимптоматика) – ознака стійкого випадання психічних функцій, наслідок статі, втрати або недорозвинення якихось ланок психічної діяльності. Проявами психічного дефекту є випадання пам'яті, недоумство, зниження рівня особистості (амнезія, деменція) тощо. Прийнято вважати, що позитивна симптоматика динамічніша, ніж негативна; вона мінлива, здатна ускладнюватись і в принципі оборотна. Дефіцитарні явища стабільні, відрізняються великою стійкістю до терапевтичних впливів.

Дефіцит – це не лише незворотний дефект, втрата психічної функції, але також її гальмування, тимчасове виключення. Чим виразніша руйнація мозку, тим слабша психічна реакція, тим більше чітко виступають ознаки дефіциту, максимально виражені при органічній деменції.

Продуктивні (позитивні) психопатологічні синдроми є показником глибини та генералізації ураження психічної діяльності. До позитивних психопатологічних синдромів відносяться невротичні, афективні, деперсоналізаційно-дереалізаційний, синдром розгубленості,

галюцинаторно-маячні синдроми, синдроми рухових розладів, затьмарення свідомості, епілептиформний та психоорганічний [1].

Патопсихологічний діагноз. Розпізнавання хвороби є різноманітну діяльність, аналогічну будь-якому процесу пізнання. Психолог діагностує психічний стан пацієнта загалом, у взаємопов'язаності всіх компонентів його психічної діяльності. Пізнавальна діяльність включає пізнання чуттєвого рівня (відчуття, сприйняття) і раціонального рівня (мислення), а також пам'ять, увага, уявлення, уява, інтелект. Емоційна сфера складається з емоційних процесів, станів та властивостей; до найбільш фундаментальних емоцій відносяться радість, смуток, гнів і страх, за поєднанням і виразністю яких визначають емоційний стан хворого.

Психолог проводить діагностику пізнавальних, емоційних, мотиваційно-вольових процесів, станів, властивостей. У процесі діагностики він накопичує факти, збирає дані про хворобу, виділяючи її ознаки, аналізує отриману інформацію, синтезує, порівнює, узагальнює, робить висновки про стан психічних процесів, станів, властивостей (формулює патопсихологічний діагноз) [4].

2.2. Патопсихологічний синдром психотичної дезорганізації

Патопсихологічний синдром психотичної дезорганізації зустрічається практично при всіх психічних розладах незалежно від їхньої нозологічної приналежності. Під психозом (психотичною дезорганізацією) розуміється якісне порушення психічної діяльності, яскраво виражене у вигляді синдромів похмурої свідомості, онейроїдно-кататонічних, афективно-маячних, маячних синдромів та їх поєднань.

Психічний стан, що супроводжує психоз, є дуже своєрідним феноменом, що характеризується порушенням цілісності та організованості психічної діяльності. Прояви дезінтеграції надають структурно-функціональній організації психіки психотичного хворого на нову якість, іншу психологічну модальність. *Структура синдрому* складається з сукупності взаємопов'язаних ознак у когнітивній, емоційній та мотиваційно-потребовій сферах у психічній організації пацієнта

Когнітивна сфера, на думку авторів, включає специфічні особливості в організації процесів сприйняття, пам'яті, уваги, мислення і уяви. Сприйняття хворого, що у психотичному стані, характеризується звуженням чи, навпаки, розширенням обсягу; може спостерігатися феномен «сприйняття без об'єкта». Увага відрізняється нестійкістю

концентрації чи «прикованістю» уваги (до ілюзорно-галюцинаторним переживанням). Характерна низька переключення уваги (його ригідність, торпідність) або висока непродуктивна перемикання (лабільність). Може також відзначати порушення селективності уваги.

Пам'ять характеризується насамперед зниженням обсягу оперативної пам'яті, яка обслуговує поточну діяльність. Крім цього, відзначаються особливості *короткочасної* та *довготривалої* пам'яті. Для короткочасної пам'яті типовий низький обсяг запам'ятовування, відтворення пропонованих стимульних слів співзвучних, або близьких за змістом, а також хибне відтворення (конфабуляція, псевдоремінісценції, криптомнезії) стимулів з попередніх завдань. Зазвичай, в експерименті виявляється хаотичний профіль запам'ятовування (відсутність крайового запам'ятовування, неможливість виявлення мнемонических прийомів запам'ятовування). Довготривала пам'ять відрізняється низьким обсягом запам'ятовування, а також хибним відтворенням стимулів із попередніх завдань.

Мислення хворого, який знаходиться у психотичному стані, також має низку особливостей, до яких перш за все ставляться порушення селективності, під час виборів аналітико-синтетических критеріїв порівняння, узагальнення, класифікації, конкретизації і абстрагування. Думкова діяльність загалом непродуктивна. Відзначаються загальмованість асоціативного процесу чи надмірно високий темп асоціювання з опорою на випадкові ознаки. Виявляється порушення категоріального складу. Пацієнт практично не може оперувати поняттями, побудовою суджень та висновків. Можуть виявлятися спотворені умовиводи (марення). Найчастіше відзначається порушення цілеспрямованості мислення.

Уява хворого відрізняється вкрай низькою чи надмірно високою продуктивністю. Як правило, відзначається різноманітність образів або виражена одноманітність: образи, що продукуються пацієнтом, характеризуються нереалістичністю, надоригінальністю.

Мова пацієнта у психотичному стані теж має специфічні особливості, які слід враховувати під час експериментально-психологічного дослідження. У мовленні виявляються граматичні порушення, неологізми, мовні «емболи» (персеверація звуків, фраз, реплік). У цьому, зазвичай, помічають і смислову ригідність. Може спостерігатися мимовільне чи неспецифічне відтворення автоматизованої мовної продукції. У стані психомоторного збудження відзначається зайва спонтанність розповіді – логорея. Спостерігається переважно монолог і майже відсутня або вкрай утруднена діалогова мова, коли зі змістовної сторони виявляється низька смислова насиченість

мови або, навпаки, надмірна, при цьому зрозуміти та оцінити зміст сказаного неможливо [5].

Психомоторне збудження пацієнта супроводжується розірваністю висловлювань, непослідовністю викладу. *Письмова мова* пацієнта, що у психотичному стані, характеризується значними порушеннями каліграфії, граматики. Відзначаються персеверації букв, слів, фраз. При малюванні виявляються персеверація елементів, неможливість калібрування (невпізнаваність), ігнорування країв аркуша (вихід за межі), непродуктивність малювання.

Емоційна сфера пацієнта в психотичному стані, як і когнітивна, носить риси узгодженості, дисоційованості, дисгармонійності. Порушуються цілісність та єдність емоційних процесів. Насамперед відзначається неадекватна якість (модальність) емоційних реакцій, відсутність їх обумовлена зовнішніми стимулами. Сила реагування або неадекватно низька або надмірно висока. Загалом, характерними є нестійкість афективного фону, його виражене зниження або підвищення, виявляється також зниження афективного контролю і переважно недостатність емоційного контролю за афективними реакціями і поведінкою в цілому поєднується з афективною обумовленістю поведінки, схильністю до імпульсивних реакцій, коли контролююча функція свідомості, безпосередньо реалізується в поведінці. В експериментально-психологічному обстеженні виявляються домінуючі емоції тривоги, страху, пов'язаного, зокрема, із виконанням експериментального завдання.

Мотиваційно-потребова сфера хворого у психотичному стані знижена чи спотворена. Характерна нестійкість мотивів. Зазвичай спостерігається парадоксальність – одночасне співіснування кількох взаємовиключних мотивів. Спостерігається низьке мотиваційне опосередкування як окремих реакцій, і поведінки загалом. Відзначається ненаціленість регуляції поведінки, неадекватність регуляції зовнішнім опосередковуючим факторам [4].

Зовнішній вигляд випробуваного, характерний для синдрому психотичної дезорганізації, відрізняється великою варіабельністю – від байдужого, аспонтанного, відстороненого та пригніченого до розгальмованого, гіперактивного та експресивного. Міміці може бути властива як висока, так і низька сила проявів; реакції за якістю, як правило, мізерні та одноманітні. Головною характерною особливістю як мімічних, так і пантомімічних проявів є їхня неадекватність – порушення відображення ними внутрішніх переживань випробуваного. У цій ситуації експериментатор може зіткнутися з проблемою неможливості визначення стану випробуваного на його зовнішній вигляд. Поведінка

обстежуваного загалом часто відповідає його надцінним інтрапсихічним мотивам (маячня, галюцинації та ін.). Буває складно або неможливо сформулювати мотив обстеження через те, що випробуваний не здатний цілеспрямовано утримуватися в рамках певного алгоритму привертає увагу якість контакту з експериментатором – він формальний і нестійкий, діалог або відсутній, або може набувати характеру монологу випробуваного. Продуктивність мислення експериментально вкрай низька. Часто порушується розуміння інструкцій чи відзначається їх неправильне трактування. Насилу вдається переконати піддослідного дотримуватися інструкцій і розпоряджень, навіть якщо вони засвоєні. Зазначається зниження орієнтування у завданнях, нерозуміння випробуваним мети та суб'єктивного значення обстеження взагалі та кожної проведеної проби зокрема. Допомога експериментатора може прийматися, але це значного впливу результативність виконання завдання, зазвичай, не надає.

Цей патопсихологічний симптомокомплекс зустрічається при шизофренії (крім неврозоподібних форм), при реактивних психозах, а також при екзогенно-органічних психозах.

Під час проведення патопсихологічного дослідження слід враховувати можливі труднощі та помилки у діагностиці. Обов'язковими умовами синдрому психотичної дезорганізації є, по-перше, наявність одного чи кількох патологічних факторів психотичного характеру, по-друге, їх виражений дезорганізуючий вплив на когнітивну діяльність загалом. Відповідно до цього патопсихологічне обстеження має бути спрямоване на виявлення дезорганізуючого фактора та опис структури дезорганізації. Синдром супроводжує гострі психопатологічні стани і найчастіше є тимчасовим феноменом. Тому діагностика синдрому психічної дезорганізації є прямим показанням до рекомендації психологом повторного патопсихологічного обстеження в міру усунення психічного розладу [5].

2.3. Шизофренічний синдром

Шизофренія – психічне захворювання з тенденцією до тривалого безперервного хвилеподібного або нападopodobного перебігу, що призводить до особливих, відмінних від органічних змін особистості, що виявляється у вигляді зниження енергетичного потенціалу, емоційного збіднення та наростаючої інтровертованості. Поряд з цим у хворих на шизофренію відзначається різноманітна симптоматика, яка не є абсолютно специфічною для цієї хвороби, – марення, галюцинації,

кататонічні або гебефренні розлади, депресія або манія, неврозо- та психопатоподібні розлади. Характерним є дискордантність психічних функцій – розузгодження і дисгармонійність мислення, мови, моторики.

У симптоматології шизофренії слід виділити патогномонічні тобто, найбільш характерні для цієї хвороби симптоми, а також присутні в її клінічній картині. До перших належать певні розлади мислення, мови, емоцій, поведінкових реакцій, психічної активності.

Мислення хворих на шизофренію, їх усне і письмове мовлення втрачають цілеспрямованість, послідовність, логічність. Хворий легко збивається, втрачає нитку міркувань. Відзначаються напливи думок індиферентного змісту, які хворий не може перервати, іноді раптово можуть спостерігатися урвища думок («голова стає порожньою»). Сам процес мислення стає об'єктом уваги хворих, втрачає свій «автоматичний характер». Іноді хворий фізично відчуває зміну ходу думок. Водночас стає іншим сам характер мислення. Зникають характерні компоненти, починає переважати схильність до абстракції та символіки. У хворих з'являється потяг до безплідних міркувань, витіюватості мови (резонерства). Наразі виявляються «зісковзування», «закупорювання» мислення, урвища; Порухення мислення далеко не завжди носять одноманітний характер. В одних випадках ці порушення поєднуються із загальним збідненням мислення, коли хворі скаржаться на те, що у них взагалі мало думок, вони елементарні, в інших – виявляються незвичність, своєрідність асоціацій, їхній неадекватний характер. У важких випадках спостерігається виражена розірваність мислення, коли при збереженні граматичних форм втрачається всякий сенс. Спотворюються вже як фрази, а й окремі слова, з'являються нові химерні слова (неологізми) [1].

Такі виражені розлади мови зветься шизофазії. Мова втрачає свої комунікативні функції. Для шизофренії характерні значні зміни в емоційній сфері. Вони мають подвійний характер. З одного боку, спостерігається прогресуюче збіднення емоційних реакцій, з іншого – їх неадекватність, парадоксальність.

Поступове збіднення емоційних реакцій спостерігається вже в початковому періоді захворювання або виникає та прогресує від нападу до нападу. Спочатку страждають вищі емоції – співчуття, альтруїзм, емоційна чуйність. Надалі хворі стають дедалі холоднішими, егоцентричними. Їх перестають цікавити події на роботі, у ній. У важких випадках розвивається глибока апатія з повною байдужістю до навколишнього оточення та власної долі.

Так зване однолінійне прогресуюче емоційне спустошення аж до розвитку апатичного недоумства зустрічається не настільки вже часто,

зазвичай у злякано поточних випадках. Найчастіше ж на тлі значного збіднення емоційного життя виступає парадоксальність емоційних реакцій, коли хворий сміється в невідповідній ситуації, спокійно констатує сумні для нього та навколишні події, але часто неадекватно і бурхливо реагує на зовсім нікчемні події. Нерідко у цих реакціях відчувається їхня неприродність, втрачання афективної насиченості, тому ці реакції легко проходять (шизофренічний «псевдодефект»).

Як і у сфері мислення, де одночасно можуть існувати протилежні за напрямом думки, у сфері емоцій спостерігається хіба що двоїння емоційної реакції одне й те саме подія (емоційна амбівалентність).

Однією з характерних особливостей шизофренії є зниження психічної активності (енергетичного потенціалу»). У хворих поступово знижується рівень активності, їм все важче вчитися, працювати. Будь-яка діяльність, особливо розумова, вимагає все більшої та більшої напруги. Концентрація уваги дається все з великими труднощами. Втомлює спілкування з іншими людьми. Все це веде до наростаючих труднощів у навчанні, до зниження професіоналізму або, у важких випадках, до повної неспроможності при збереженні формальних функцій інтелекту.

Ціла низка особливостей виявляється у поведінці хворих, головним чином сфері міжособистісних відносин. Хворим на шизофренію властива інтровертованість – переважання життя внутрішнім світом. Однак ця риса нерідко характеризує преморбідну особистість хворих. Під час розвитку захворювання ця тенденція значно наростає, досягаючи ступеня аутизму – «відходу до себе», що призводить до порушення міжособистісних відносин. Хворий стає мовчазним, починає уникає контактів із людьми, оскільки краще почувається наодинці. Поступово звужується коло знайомих. Навіть із близькими вербальний контакт стає формальним, бідним [1].

Змінюються *зовнішній вигляд* хворих, міміка і жести, манера поведінки, форми реакцій різні життєві події. У зв'язку зі зниженням рівня емоційних реакцій значно збіднюється і стає неадекватною міміка, що майже зникають вазомоторні реакції. Мімічні рухи не відповідають певній ситуації, внутрішнім переживанням, а свідчать про розщеплення цілісного емоційно-мімічного реагування. У більш вираженій стадії хвороби нерідко змінюється хода: вона стає якоюсь неприродною, химерною. Те ж саме можна сказати і про жестикуляцію. Взагалі манірність міміки та пантоміміки є характерною ознакою шизофренічних змін особистості.

Змінюється також голос: зникають емоційні модуляції, втрачаються нюанси інтонації, і про хвилююче і байдуже хворі говорять одним тоном («дерев'яний голос»).

Нерідко змінюється і стиль одягу. Одні хворі стають неохайними, неакуратними, зовсім не соромлячись можуть з'явитися в суспільстві в брудному старому одязі, інші починають одягатися химерно, крикливо, втрачаючи елементарний смак і такт. Зрештою, в окремих хворих виявляється крайній консерватизм в одязі, який перестає відповідати не тільки моді, а й віку, становищу в суспільстві.

Таким чином, розлади в ідеаторній сфері, емоційному житті, манерність, химерність, негативізм і амбівалентність є основними характеристиками процесу, що розвивається. Залежно від ступеня прогресивності захворювання вони можуть бути виражені різною мірою – від тонких, уловлюваних тільки досвідченим оком особливостей до грубих розладів, що виявляються легко. Важливо відзначити, що вся описана симптоматика розвивається на тлі непохмурої свідомості і не є транзиторною. Отже, йдеться про глибокі та стійкі зміни особистісної структури, які можуть посилюватися при загостренні хвороби, але ніколи не зникають повністю.

Шизофренічний, або дисоціативний, симптомокомплекс, що виявляється в ході експериментально-психологічного дослідження, складається з таких особистісно-мотиваційних розладів, як зміна структури ієрархії мотивів, порушення операційної сторони (спотворення рівня узагальнення) і мотиваційного компонента мислення (резонерство, різноплановість та ін.) емоційно-вольових розладів (сплощення та дисоціація емоцій, парабулії та ін), зміни самооцінки та самосвідомості (аутизм, відчуженість та ін).

Для шизофренічного симптомокомплексу найбільш патогномонічними є симптоми розпаду розумових процесів, дисоціації особистісно-мотиваційної та операційно-процесуальної сфер мислення, що проявляється в нецілеспрямованості мисленнєвої діяльності, емоційно-вихолощеному резонерстві, ригідному процесі в актуалізації латентних ознак предметів та явищ. «Ядром» шизофренічного патопсихологічного синдрому є порушення селективності інформації, а основними системоутворюючими факторами шизофренічного патопсихологічного симптомокомплексу, на думку Г. Н. Носачова та Д. В. Романова (2001), – порушення селективності психічних процесів (сприйняття зниження рівня мотиваційної активності, спотворення та збіднення емоційного реагування, зниження цілеспрямованості психічної активності [2].

Когнітивна сфера має низку характерних ознак, за якими розрізняються як сприйняття, так і процеси уваги, пам'яті, мислення .

Порушення сприйняття часто є однією з початкових ознак шизофренічних змін, що передують появі специфічних особливостей

мислення та емоційності хворого. За умови порушення мотиваційної сторони сприйняття, коли знижується інтерес до правильності виконання завдання, реакцію оцінку експериментатора і т. буд. приводити до обмеженості, нереалістичності і фантастичності сприйняття. Порушення сприйняття за наявності шизофренії легко виявляються під час виконання тесту Роршаха. Дисоціативний процес проявляється на рівні сприйняття продукуванням розщеплених, фрагментарних, дисоційованих образів. Отже, під час виконання тесту Роршаха хворі переважно демонструють три патологічні категорії образів: дефіцитарні («людина без голови», «піджак без рукавів», «тигр без хвоста»); дисоціативні («роздавлене тваринне», «розплющена кішка», «розкочені по асфальту нутрощі людини»); символічні («урочистість справедливості», «покарання зла»). Подібні інтерпретації тісно пов'язані з характерними для хворих на шизофренію порушеннями мислення та афективно-особистісними порушеннями.

Увага при шизофренічному симптомокомплекс також має свої специфічні особливості. Як правило, за відносно збереженого - інтелектуального рівня та збереженій пам'яті увага порушується значно більшою мірою. Зміна суб'єктивного значення окремих елементів дійсності може призводити до неадекватної спрямованості уваги, рівень стійкості якого варіює. Під час дослідження уваги з допомогою таблиць Шульте, рахунки по Крепеліну можна виявити зміни обсягу і переключення довільної уваги, відзначити відволікання на сторонні подразники, пов'язані з формальністю мотиву і підвищену виснажуваність.

Пам'ять страждає переважно завдяки зниженню її мотиваційного компонента. До того ж, може зменшуватись обсяг безпосередньої пам'яті, порушуватись динаміка мнестичної функції.

Опосередкована пам'ять страждає значно більшою мірою внаслідок порушення функції опосередкування. Під час дослідження безпосереднього запам'ятовування можна назвати порушення його динаміки – феномен «плато». У силу порушення процесів асоціювання продуктивність опосередкованого запам'ятовування (методика піктограм) зазвичай також невисока і може бути нижчою за обсяг безпосереднього запам'ятовування.

Мислення за наявності шизофренії переважно порушено. Його порушення є первинним і одним із провідних компонентів даного патопсі хологічного симптомокомплексу. Порушується функція всіх основних ланок розумової діяльності – операційного, динамічного, мотиваційного компонентів і критичності. Необхідно відзначити, що виділення різних варіантів даного синдрому, що зустрічається, обумовлюється різною з

ступенем представленості і вираженості описаних порушень [1].

Порушення операційної сторони мислення включає викриплення процесів узагальнення

Порушення мотиваційного компонента мислення може виявлятися у таких формах:

1. У різноплановості (судження про якість явища протікають у різних площинах; визначення та висновки не являють собою планомірного та цілеспрямованого висловлювання). 2. У резонерстві (схильність до порожніх міркувань зі своєрідною афективною захопленістю, звуженням кола сенсоутворювальних мотивів, з підвищеною тенденцією до оціночних міркувань).

Порушення динаміки мислення також у значному числі випадків притаманно хворого на шизофренію: частіше зустрічається прискорення асоціативного процесу, рідше – його уповільнення. Можуть виявлятися лабільність мислення (коливання темпів виконання та використання різних рівнів узагальнення); іноді, особливо на початкових етапах параноїдної шизофренії, – інертність мислення.

Порушення критичності мислення характерне для всіх етапів захворювання, що є важливою діагностичною ознакою у випадках, коли розлади операційного та мотиваційного компонентів не мають ще розгорнутого характеру [3].

Уява ранніх стадіях хвороби, особливо у психотичних станах, характеризується щодо високої продуктивністю. Спостерігається різноманітність образів, їх нереалістичність, надоригінальність, а також схильність до символізації. На пізніших стадіях розвитку захворювання та за несприятливого перебігу шизофренічного процесу виявляється зниження рівня відтворювальної та творчої уяви.

Мова хворого також має специфічні риси. В усному мовленні відбуваються зміни семантичної сторони (шизофазія, неологізми, зміна значень слів, надмірна смислова насиченість мови) та просодичного боку (невизначеність і монотонність мови, недостатнє емоційне забарвлення мовних висловлювань). Можливе переважання монологічної активності. Письмова мова відрізняється своєрідністю почерку, «набиванням» (заповненням порожніх просторів аркуша), орнаментациєю, привнесенням символіки, персеверацією окремих елементів.

Порушення емоційної сфери є, як правило, постійним супутником шизофренічного процесу. Її порушення може виявлятися у зниженні нюансування, динаміки, адекватності емоційних реакцій. Характерні неадекватні за амплітудою та спрямованістю реакції на стандартний - стимул, виражена емоційна амбівалентність, збіднення всіх параметрів емоційної відповіді (підвищення порога виникнення, ослаблення

амплітуди, динаміки, спектра, суб'єктивного переживання, експресії). Враження про емоційні особливості обстежуваного складається у процесі самого експериментально-психологічного дослідження, навіть застосування спеціальних методик. Зокрема, враховуються характер встановлення контакту з обстежуваним, його ставлення до цієї ситуації, інтерес до оцінки експериментатором його вирішення. Хворі на шизофренію часто байдуже ставляться до патопсихологічного дослідження, зауваження досліджує про неправильність обраного шляху вирішення завдань не впливають на подальшу діяльність хворого. Емоційні розлади поряд із спотворенням процесу узагальнення відіграють певну роль у тому, що помилкові судження хворих на шизофренію в експерименті не коригуються.

В емоційній сфері хворих на шизофренію привертає увагу наявність амбівалентних елементів з одночасним проявом протилежних за модальністю переживань: любові та ненависті, байдужості та турботи, ніжності та емоційної холодності. За наявності виражених патопсихологічних розладів відзначається поступове збіднення, збіднення емоційної сфери зі своєрідним ущільненням афективності. Хворі стають байдужими до всього, що відбувається, байдужими до чужих бід, нездатними до співпереживання [4].

Зазначаються також порушення у мотиваційній сфері. Інтереси, схильності, цінності хворого перестають виконувати йому спонукальну функцію. Поведінка не підпорядковується значимим особистості завданням. Порушення мотиваційної сфери неминуче призводять до порушень особистісного змісту. Особистісний сенс – це те, що і норма створює упередженість людської свідомості і надає певну значущість явищам, змінює в сприйнятті людини сутність, значення цих явищ. Вибір значимих в людини ознак, предметів і явищ, т. е. селективність інформації, визначається особистісним змістом, що ці предмети чи явища набувають для індивіда. У хворих на шизофренію особистісний зміст предметів і явищ часто не збігається із загальноприйнятими та обумовленими реальною ситуацією знаннями людини про них.

Мотиваційно-потребова сфера за шизофренічного патопсихологічного симптомокомплексу характеризується порушенням структури та ієрархії потреб, часто проявляється у вигляді співіснування гомеостатичних і окремих вищих потреб (пізнавальних, естетичних) при ослабленні потреби в безпеці, самопроявленні і т.д.. Характерними стають ослаблення спонукальних функцій мотивів, парадоксальність мотивації, що виявляється у співіснуванні кількох взаємовиключних мотивів, спотворенні цілепокладання та ціледосягнення. У розмові можна назвати зниження зацікавленості у контакті, в обговоренні

емоційно значимих тем, часом – неадекватну спрямованість інтересу (зосередженість обговоренні психопатологічної продукції). Спостерігаються ослаблення та парадоксальність мимічного супроводу, характерні мовні порушення. Під час експериментального дослідження переважним є формальна участь в експерименті, часто відзначається зниження інтересу до його цілей, процесу та результатів, ослаблена реакція на критику. Досліджувані пацієнти не ставлять запитань, не шукають оцінки та схвалення, не стежать за реакцією експериментатора, легко порушують інструкцію, відмовляються від виконання завдань. Відмова у своїй, зазвичай, не насичений афективно, часом її можна подолати досить легко, хоча й ненадовго. У зв'язку з порушенням критичності, допомога експериментатора хворим використовується мало або відкидається. Темп роботи випробуваного експериментально може бути підвищений. Часті вказівки на суб'єктивну виснаженість. Можлива фіксація уваги пацієнта на випадкових, хаотично та химерно вихоплених із загального контексту деталях стимульного матеріалу.

До видів нозологічних форм, при яких зустрічається даний патопсихологічний симптомокомплекс, належать шизофренія, шизоафективний розлад, шизотипічний розлад, шизоїдний розлад особистості [4].

2.4. Афективно-ендогенний синдром

Афективний патопсихологічний синдром класично представлений при ендогенній афективній патології, насамперед – при ендогенних психозах, психо-і соматогенних психічних захворюваннях.

У психіатрії поняттям «*біполярний афективний розлад*» (БАР) позначають групу психічних розладів із фазовим перебігом, провідним симптомом яких є підвищений чи знижений настрій. На відміну від шизофренії біполярний афективний розлад має більш сприятливий прогноз у зв'язку із суттєвою редукцією психопатологічних симптомів після завершення фаз захворювання. Характерною ознакою є чергування психотичних фаз (різної сили та тривалості) та світлих проміжків, «вільних» від захворювання.

Для позначення психотичного стану у межах БАР прийнято вираз «фаза». Цим терміном мають на увазі (за аналогією з фазовими рухами в природі) виникнення обмеженого в часі психопатологічного стану, симптоматика якого після мінутання фази повністю зникає. Тривалість окремих фаз варіює в межах від кількох днів до кількох років. За літературними даними, середня тривалість депресивних фаз 3-6 місяців.

Тривалість фаз як така з віком і з кількістю нападів не збільшується, але вільний інтервал між фазами стає коротшим.

Відмінною особливістю БАР є залежність початку фази від пори року. Дуже часто фази починаються у певному місяці, переважно восени, дещо рідше – навесні. Ця особливість відповідає загальним сезонним змінам настрою і певною мірою – суїцидальним думкам і поведінці, що особливо часто з'являються навесні. Кількість фаз значно варіює і характеризуються симптоматикою, що відображає зміни емоційної сфери, мислення та психомоторики.

Психопатологія маніакально-депресивного захворювання характеризується порушеннями у таких сферах: 1) настрої, швидкості психічних процесів, вольової діяльності; 2) мислення (порушення, формальні та за змістом); 3) психомоторики; 4) соматичі (вегетативні та інші порушення регуляції).

Маніакальні та депресивні стани відрізняються протилежністю психопатологічної симптоматики. Можна припустити, що у разі манії має місце патологічне підвищення, а у разі депресії – зниження енергетичного потенціалу, закладеного основою психічних процесів. Таким чином, психопатологія БАР поділяється на ендогенний депресивний та ендогенний маніакальний синдроми.

Ендогенний депресивний синдром складається з кількох характерних рис, серед яких перше місце займає зниження настрою.

Зниження фону настрою (депресія, субдепресія) відзначається практично за будь-якого варіанта синдрому. Зазвичай спостерігаються знижена амплітуда емоційних реакцій, їхня мала нюансованість, низька експресивність, а також високий поріг виникнення емоційного фону. Спостерігається інертність емоційних реакцій. Спрямованість емоційної відповіді при цьому може бути цілком адекватною.

Зниження настрою є основним психопатологічним симптомом ендогенної депресії. Зазвичай настрої здається безрадісним, безвихідним. Болісно знижений настрої може посилитися до меланхолії зі зневірою. Відмінною особливістю депресивного настрою при БАР є його безпричинність зниження. Опис хворими свого стану може супроводжуватися скаргами відсутності ініціативи, енергії, раптове почуття втоми. У певному сенсі обмежена здатність модуляції депресивного настрою справляє враження афективного заціпеніння, що переходить у крайніх випадках загальмованої депресії в ступор з повною знерухомленістю і глибоким психічним загальмуванням. Під впливом свого депресивного настрою хворі дуже часто висловлюють ідеї провини та гріховності.

Порушення пізнавальної діяльності, що виявляються у пацієнтів, які

страждають на гіпотимічними розладами, виражаються в основному у вигляді динамічних порушень (насамперед, зниження швидкості перебігу та інтенсивності) психічних процесів.

Сприйняття характеризується вираженим більшою чи меншою мірою звуженням його обсягу.

Увага відрізняється переважно зниженням активності. Характерним є ускладнення довільної концентрації на об'єктах. Можлива виснаженість уваги. Відзначається також зниження перемикання та обсягу [5].

Характерним є зниження обсягу оперативної пам'яті. Короткочасна пам'ять характеризується низьким обсягом запам'ятовування, про- чи постакивним гальмуванням слідів. Сміслові запам'ятовування та довготривала пам'ять при депресії страждають мало. У *структурі мислення* відзначаються насамперед уповільнення темпу розумових процесів, бідність та шаблонність асоціацій. Зазвичай виявляється негрубе зниження рівня узагальнення. Часто виявляються інертність мислення, стереотипії та схильність до персеверацій. Мотиваційний компонент мислення може бути знижений, цілеспрямованість суджень не страждає, критичність мислення ослаблена.

Уповільнення мислення під час патопсихологічного дослідження виявляється у збільшенні часу, витраченого на кожне завдання, у труднощі переходу обстежуваного від завдання до іншого. Хворий не може відразу зосередитися на завданні, що виконується. Він має цілком збереженим рівнем узагальнення і відволікання, але з труднощами засвоює інструкцію з виконання завдання, особливо у випадках, коли експериментальна завдання відрізняється значним обсягом й у перебігу якість і продуктивність діяльності обстежуваного має змінюватися відповідно до інструкцією. Цьому сприяють виражені складнощі концентрації активної уваги, хоча при нерізко вираженій депресії недостатність активної уваги при дослідженні вдається подолати, і в міру виконання завдання (таблиці Шульте, Коректурна проба, рахунок по Крепеліну) спостерігаються деяке поліпшення результатів, явища впрацювання, що запізнюється.

Уява відрізняється суттєвим зниженням продуктивності, реалістичність у своїй щодо сохранны.

Мова також може мати свої специфічні особливості. Усна мова відрізняється вираженим більшою чи меншою мірою уповільненням її темпу, зменшенням гучності, низькою спонтанною мовленнєвою активністю. Характерною є непродуктивність чи мала продуктивність у діалозі. Відзначається типовий для депресивних станів «матовий голос». Письмова мова відрізняється схильністю до мікрографії; можливе деяке

зниження її продуктивності.

Мотиваційно-потребова сфера за наявності ендогенного депресивного синдрому найчастіше характеризується загальним послабленням мотиваційної активності. Зазвичай, відзначається низька актуальність потреби самозбереження, спрямованість агресії він (аутоагресія).

Психомоторика депресивних хворих зазвичай проявляється у гальмуванні, а деяких випадках настає збудження. Під час гальмування міміка скорботна, застигла, рухи уповільнені, хворі справляють враження людей, що раптово постаріли. Психомоторне гальмування у комбінації із внутрішнім занепокоєнням і тривогою переходить іноді в ажитацію. Це називається тривожно-ажитированной депресією. У такі моменти хворі здатні раптово зробити суїцидальну спробу. Кожен перехід загальмованої депресії в тривожно-ажитированную пов'язаний з необхідністю посилено доглядати і стежити за пацієнтом.

Соматичні розлади при ендогенному депресивному синдромі відповідають зниженню вітального тону та гіпотетичного енергетичного потенціалу. Відзначаються втрата апетиту, схуднення, сухість у роті, запори, аменорея, зниження лібідо, розлад сну, швидка стомлюваність, зниження фізичної працездатності, низький тургор шкіри (пружність шкіри), блідість, коливання артеріального тиску, неприємні хворобливі відчуття у горлі, відчуття тяжкості чи оніміння у тілі [4].

Зовнішній вигляд піддослідного «пригнічений», що супроводжується низьким рівнем моторної активності, мімічних, пантомімічних проявів (поза «меланхоліку»). Працездатність в експерименті зазвичай дуже низька, виражена виснаженість, суттєво знижений темп психічних процесів. Характерними є відмови від виконання щодо складніших завдань. Робочий мотив не формується, можлива участь хворого у дослідженні на кшталт співробітництва. Зацікавленість у результатах немає і для отримання продукції експериментально необхідна активна стимуляція. Засвоєння та утримання інструкцій страждає мало. Реакція на невдачу в експерименті слабка, часто інтрапунітивна спрямованість. Цей патопсихологічний симптомокомплекс – депресії, субдепресії – зустрічається при багатьох психічних захворюваннях. Зазвичай їх поділяють на три групи – ендогенні, органічні (симптоматичні) та психогенні депресії.

Ендогенний маніакальний синдром часто протиставляється ендогенного депресивного синдрому. Якщо ендогенний депресивний синдром характеризується зниженням енергетичного потенціалу, настрою, швидкості психічних процесів, вітальних відчуттів, то маніакальний синдром їх надмірним підвищенням. Симптоматика

ендогенного маніакального синдрому визначається підвищеним настроєм, прискоренням асоціативних процесів та темпу мислення, психомоторним збудженням, а також «позитивними» змінами в галузі вегетативних функцій та загального фізичного тону.

Підвищений настрій недостатньо позначити словом «веселість» тому, що йдеться про підвищений настрій, що є протилежністю вітальної депресивності, і виникло начебто підвищеним відчуттям життя. Тому доцільно говорити про ейфорію, яка характеризується єдністю психопатології та вітальних відчуттів. Так само, як із ендогенної депресії знижений настрій з'являється так, немає зв'язку з життєвої ситуацією і подіями, при маніакальному синдромі ейфорія немає причини.

Підвищення фону настрою (манія, ейфорія) поєднується з його нестабільністю, надмірною інтенсивністю емоційних реакцій, які можуть бути неадекватними за спрямованістю, «випадковими», особистісно-гедоністичними. Характерні порушення вольового контролю за афективністю.

Сприйняття при ендогенному маніакальному синдромі характеризується розширенням обсягу, зниженням диференційованості сприйняття, «випадковим» сприйняттям.

Увага відрізняється головним чином порушенням його стійкості, а також перемикання: спостерігаються «надперемикання», підвищена відволікання, коли увага як би «скаче» з одного предмета на інший.

Порушення стійкості уваги при маніакальних станах під час патопсихологічного дослідження проявляються у збільшенні часу, що витрачається хворим на виконання завдання до кінця дослідження в таких методиках, як коректурна проба, рахунок Крепеліна, пошук чисел у таблицях Шульте. Часто також спостерігається і збільшення кількості помилок, особливо при безтурботному відношенні дослідження, що обстежується до ситуації, і підвищеному рівні домагань. Недостатність уваги проявляється також у помилках, що свідчать про порушення диференціовального гальмування: у коректурній пробі, коли пропускаються або закреслюються інші літери, які або схожі на задані інструкцією, або розташовані поруч.

Пам'ять часом носить риси гіпермнезії. Безпосереднє механічне запам'ятовування порушується при значній мірі вираженості афективних розладів, а смислове найчастіше зберігається.

Порушення мислення за наявності маніакального синдрому носять переважно формальний характер і зводяться до прискорення його темпу. Але трапляються і порушення за змістом. Хворим властива переоцінка особистості. Виникають надцінні ідеї величі, хворі хочуть прославитися в будь-якій області, вони впевнені, що всі знають краще за інших,

посилено критикують навколо себе. Мислення, окрім прискорення темпу розумових процесів, лабільності мислення (відсутність когнітивної стратегії), відрізняється також поживленням асоціативного процесу. Прискорення темпу мислення пов'язані з явним прискоренням асоціативних процесів, коли одна думка перебивається інший. Підвищеному типу мислення відповідає поява безлічі раптових ідей («стрибки ідей») та підвищеної відволікання залежно від зовнішніх подій. У більш легких випадках маніакального синдрому мислення характеризується частими відволікання цієї теми. Але хворий не втрачає здатності повернутися до вихідної точки. У важких випадках логічна нитка розмови втрачається через високу відволікання, яка пояснюється порушенням мислення і тоді плутаність і непослідовність мислення досягає іноді ступеня безладності.

Уява хворих відрізняється безпекою продуктивності; можливе підвищення та посилення процесів уяви за його відносно збереженої реалістичності [4].

У результаті підвищеного настрою, прискорення темпу мислення та його порушення за змістом при маніакальному синдромі з'являється почуття підвищеного рівня інтелекту, особливої здатності до вирішення важких питань, почуття припливу сил при розумовій роботі. З цього випливає прагнення діяльності – хворі приймаються відразу за кілька справ одночасно. Відповідно до підвищеного настрою та маніакальних порушень мислення у хворих спостерігаються прискорене перебіг психічних процесів, психомоторне збудження та підвищене неспання, що відбивається на нестачі сну. Міміка та жестикуляція патетичні, театральні. При дуже важких станах маніакального синдрому може виникнути прагнення безцільної діяльності. При дратівливій чи гнівній манії іноді спостерігаються агресивні дії, хворі шукають сварки та можуть здійснювати суспільно небезпечні вчинки. *Мотиваційна сфера* пацієнтів відрізняється ослабленням та нестійкістю мотивів діяльності, цілепокладання. Характерні домінування утилітарно-гедоністичних та «випадкових» мотивів, а також гіперсексуальність.

Мова пацієнтів із ендogenous маніакальним синдромом також досить незвичайна. Так, наприклад, усне мовлення відрізняється прискоренням темпу та збільшенням гучності мови, переважанням монологу, логореєю. Відзначається слабке «гальмування» побічних асоціацій. Переважають асоціації за співзвуччю. Письмова мова характеризується гіперпродуктивністю, патетичним чи поетичним стилем.

Зовнішній вигляд випробуваного при гіпертимічному варіанті афективного патопсихологічного симптомокомплексу відрізняється

гіпердинамічними проявами в міміці, жестикуляції та моториці. Мімічні та пантомімічні реакції посилені та вкрай різноманітні; можуть бути достатньо адекватними за спрямованістю та відповідати піднесеному фону настрою. Високу працездатність випробуваного в експерименті зазвичай зумовлюють мотиви комунікації та самоствердження. Поведінка обстежуваного може мати ігровий відтінок, бути сексуально забарвленим, а сам хворий відрізняється схильністю до самолюбвання. Основною проблемою експериментатора часто є необхідність жорстко регламентувати діяльність пацієнта через їхню низьку цілеспрямованість. Продуктивність в експерименті зазвичай підвищена, особливо у завданнях, що апелюють до творчих рішень та мало обтяжених нормативами. Можлива «творча» переробка інструкцій у зв'язку з порушенням критичності. Допомога експериментатора приймається, що когнітивного стилю суттєво не змінює. Реакція на невдачу в експерименті слабка, на кшталт заперечення неуспіху.

Вегетативні функції та фізична працездатність відповідають підвищеному почуттю бадьорості. Хворі виглядають молодшими, при цьому обличчя має свіжий вигляд, постава підтягнута. Знижено потребу уві сні (хворі не хочуть спати). Іноді спостерігається підвищений апетит. Але прагнення діяльності, надмірна рухливість і недостатній сон призводять до того, що хворі втрачають вагу. Лібідо часто високо, тому відзначається сильно підвищена сексуальність, яка не властива звичайному хворому в інтермісії. Без лікування за кілька тижнів чи місяців настає стан знемоги.

До видів нозологічних форм, при яких зустрічається даний патопсихологічний симптомокомплекс, відносяться маніакальна фаза біполярного афективного розладу (циклотімії), шизофренія з періодичною та шубоподібною течією, шизоафективні психози, органічні ураження головного мозку [5].

2.5. Олігофренічний синдром

Під олігофренією розуміють групу захворювань різної етіології, загальним та типовим для яких є психічний недорозвинення. Насамперед психічне недорозвинення проявляється в інтелектуальній недостатності і характеризується синдромом щодо стабільного, не прогресуючого недоумства. Проте інтелектуальна недостатність не вичерпує всієї картини олігофренії. У олігофренів відзначається недорозвинення та інших властивостей – емоційності, моторики, сприйняття, уваги.

Найбільш поширеним є підрозділ олігофренії за ступенем

інтелектуального дефекту, що має важливе практичне значення для вирішення питань соціальної адаптації, і особливо для визначення можливості та типу навчання розумово відсталих. Зазвичай виділяються три ступені глибини розумової відсталості – дебільність, імбецильність, ідіотія.

Дебільність – легкий ступінь розумової відсталості (інтелектуальний коефіцієнт IQ становить 50-70), що характеризується достатнім розвитком повсякденного мовлення, здатністю засвоєння спеціальних програм, заснованих на конкретно-наочному навчанні, яке проводиться в більш повільному темпі, а також здатністю до оволодіння навичками, відносно адекватністю та самостійністю поведінки у звичній обстановці. Завдяки відносно вищому, ніж при інших ступенях олігофренії, темпу психічного розвитку у хворих з дебільністю часто відзначається задовільна адаптація до звичайних умов життя. У зв'язку з широким діапазоном інтелектуальної недостатності при дебільності нерідко в практичних цілях виділяють її виражену, помірну та легку міру.

Імбецильність – середній ступінь розумової відсталості (IQ становить 20-49), відрізняється вираженою конкретністю і ситуаційним характером мислення, нездатністю до освіти абстрактних понять, недостатнім розвитком мови з аграматизмом і недорікуватістю, загальною моторною недостатністю. Імбецили не можуть навчатися за програмами допоміжних шкіл для розумово відсталих. Натомість їм доступні навички самообслуговування, а нерідко й елементарні трудові навички. Темп психічного розвитку при імбецильності різко уповільнений. У Міжнародній класифікації хвороб імбецильність поділяється на розумову відсталість середнього ступеня та різку розумову відсталість. При останній відзначаються вкрай слабкий розвиток мови та можливість набуття навичок лише самообслуговування.

Ідіотія – найглибший ступінь психічного недорозвинення (IQ < 20), за якого мислення і мовлення майже не розвинені, сприйняття слабо диференційовано, реакції на зовнішні подразники різко знижені та часто неадекватні; емоції обмежені почуттями задоволення та невдоволення; будь-яка осмислена діяльність, включаючи навички самообслуговування, недоступна; хворі часто неохайні. Значно недорозвинені локомоторні функції, у зв'язку з чим багато хворих не можуть самостійно стояти і ходити. Поведінка в одних випадках відрізняється млявістю, малорухливістю, в інших – схильністю до одноманітного рухового збудження зі стереотипними рухами (розгойдування тулубом (яктації), змахи руками, ляскання в долоні), а у деяких хворих періодичними проявами агресії та аутоагресії вкусити

оточуючих, дряпати себе, завдавати собі ударів). Часто зустрічається збочення потягів – хворі завзято онанирують, поїдають нечистоти. Найчастіше мають місце виражені неврологічні порушення та соматичні аномалії. Життя таких хворих, які потребують постійного догляду та нагляду, проходить на рівні інстинкту [4].

За всієї різноманітності клінічних проявів різних форм олігофренії загальними рисами для них є, по-перше, наявність тотального недорозвинення психіки, включаючи недорозвинення пізнавальних здібностей та особистості в цілому, і, по-друге, провідна роль у структурі психічного дефекту належить недостатності вищих сторін пізнавальної діяльності, і насамперед абстрактного мислення, при відносно задовільному рівні розвитку еволюційно більш давніх компонентів особистості, таких як темперамент, потреби, пов'язані з інстинктами, нижча афективність.

Олігофренічний патопсихологічний синдром складається з нездатності до навчання, формування понять, абстрагування, дефіциту загальних відомостей та знань, примітивності та конкретності мислення, підвищеної навіюваності та емоційних розладів.

Структура олігофренічного патопсихологічного синдрому включає ряд особливостей, серед яких найбільш яскравими є характеристики когнітивної сфери. Нерідко, окрім мислення, у олігофренів виявляються порушеними увага, сприйняття, пам'ять.

Сприйняття відрізняється звуженням його обсягу, недостатньою диференційованістю. Зокрема, погано розрізняються подібні предмети за їх впізнаванні (при вираженій мірі порушення). У зв'язку з нечіткістю сприйняття для правильного впізнавання зображень потрібна значна кількість часу. З іншого боку, сприйняття недостатньо активно. Під час розгляду картинок відзначається поверхневе впізнавання окремих об'єктів, зображених ними. За наявності вираженої дебільності сприйняття недорозвинене недостатньо чітко. Це відноситься до сприйняття зорових образів, коли обстежувані плутають зображення подібних предметів, погано розрізняють кольори. Дебілам важко вловити цілісне зміст картинок, тому перераховують окремі деталі малюнка [5].

Увага характеризується недорозвиненням насамперед довільної уваги, звуженням його обсягу, поганим розподілом, утрудненим перемиканням і виснаженістю. Цим зумовлені проблеми зосередження на завданнях, які потребують розумової напруги. Під час пошуку чисел за таблицями Шульте відзначаються пропуски чисел, збільшення часу роботи з кожною окремою таблицею. Увага, особливо довільна, відрізняється вузьким обсягом. У пробі на запам'ятовування такий хворий називає, наприклад, чотири слова, потім йому знову повторно

зачитують усі слова, що підлягають запам'ятовуванню. Після цього хворий називає вже інші чотири слова, але не може пригадати слова, що називалися ним раніше. Увага характеризується нестійкістю і слабкою переключення з одного виду діяльності на іншу.

Пам'ять також має низку особливостей. Виявляються порушення операційного, динамічного та мотиваційного компонентів процесу запам'ятовування. Механічна пам'ять розвиненіша, ніж опосередкована. Однак для запам'ятовування не пов'язаних між собою за змістом слів потрібні багаторазові повторення, а через короткий час відтворюється невелика кількість. Повільно і важко засвоюється новий матеріал, необхідно неодноразове його повторення, але він швидко забувається, а використання практично будь-яких придбаних знань утруднено. У методиці піктограм у зв'язку з порушенням утворення логічних зв'язків між словами та зображенням слабкої виявляється опосередкована пам'ять. Краще запам'ятовуються зовнішні ознаки предметів і явищ у тому випадкових поєднаннях, але внутрішні логічні зв'язки й відносини запам'ятовуються погано, оскільки недостатньо розуміються, вираженість ослаблення пам'яті часто відповідає ступеня недоумства. Чим глибшою є дебільність, тим помітнішою буде недостатність пам'яті. Співвідношення між механічною та логічною пам'яттю представляє інтерес: якщо при легкій дебільності суттєвої різниці між показниками, що характеризують обидва види пам'яті, ні, то при вираженій дебільності механічна пам'ять страждає менше ніж логічна. Глибоким дебілам опосередковане заучування представляється важким, а проби на асоціативну пам'ять даються важче, ніж заучування 10 слів; асоціації в парах слів цими хворими не вловлюються, і тому завдання виявляється для них дуже великим. **по** обсягу (містить 20 слів). Істотне значення набуває спроба випробуваного коригувати судження обстежуваного [1].

Можливість корекції свідчить про легкий ступінь дебільності.

У структурі мислення виявляються порушення його операційної сторони на кшталт зниження рівня доступних узагальнень; порушення динаміки мислення характеризується уповільненням протікання розумових операцій (рухливість мислення), інертності; ослаблення мотиваційного компонента мислення; порушення критичності мислення. Зниження рівня доступних узагальнень проявляється конкретно-ситуаційним характером мислення, утрудненням абстрагування. Виділення суттєвих ознак, закономірних зв'язків утруднено. Погано засвоюються правила та загальні поняття; за можливості встановлення відмінностей у предметах неможливим виявляється виділення істотних показників їх подібності. При «порівнянні понять» увага акцентується на випадкових, зовнішніх ознаках, а суттєві ігноруються. Особливі труднощі

відзначаються і під час хворим «класифікації предметів», де формування груп здійснюється з опорою на включеність тих чи інших предметів. Для них неможливим виявляється абстрагування будь-якої ознаки всіх предметів, згідно з яким предмети, які зазвичай входять у різні наочні ситуації, могли б бути об'єднані в одну групу. Так, утруднено об'єднання до однієї групи за ознакою «живе-неживе». Під час побудови «простих аналогій» часто неможливим виявляється засвоєння інструкції; Виконання завдань «випадкове» проводиться за (довільним способом), виконання завдання «Складні аналогії» таким дітям зовсім недоступне [5].

Виявляються також слабкість регулюючої функції мислення та некритичність суджень при непослідовності міркувань.

Можливість перенесення обстежуваним вже засвоєного досвіду виконання аналогічних завдань набуває особливого значення при встановленні ступеня вираженості дебільності. Так, наприклад, можливість перенесення засвоєного досвіду свідчить про легкий рівень дебільності.

Чим глибше виражена дебільність, тим біднішим виявляється лексикон хворого. Мова рясніє штампами, часто неправильно вживаються слова («порожня словесна абстракція»). Це легко встановити щодо за методикою підбору антонімів, коли перевіряється як словниковий запас, а й відповідність слів певному сенсу. Усна мова має виражені дефекти у вимові: спостерігається недорікуватість шепелявості, погане розрізнення звуків, плутанина близьких фонем, спотворення слів (особливо складних) при вимові. Словник, як пасивний, і активний, малий. Слово часто не поняттям, а назвою конкретних об'єктів. Мова погано оформлена граматично, фрази найчастіше односкладові. Письмова мова часто погано сформована.

Уява характеризується вираженим дефектом фантазії. В експерименті виявляються неможливими складання оповідань із заданих слів, а також зв'язкова передача подій зі свого життя.

В емоційній сфері пацієнтів з олігофренічним патопсихологічним симптомокомплексом спостерігається незрілість та мала диференційованість емоційних реакцій. Тонкі відтінки чуття пацієнтам зазвичай недоступні. Вищі почуття розвинені слабо, а переживання переважають елементарні почуття, які нерідко вичерпуються задоволенням фізичних потреб. Усвідомлення емоцій обмежене. Характерними є як переоцінка своїх можливостей, некритичне ставлення до них, так і переживання почуття своєї неповноцінності у зв'язку з негативним ставленням з боку інших людей, образи за свою неспроможність.

Мотиваційно-потребова сфера відрізняється низьким рівнем

мотиваційної активності та малим мотиваційним діапазоном. Відзначаються низький рівень мотиваційного опосередкування, слабкість мети; несформованість соціально спрямованих мотивів; дефіцитарність вольової активності, висока навіюваність. До того ж, можна відзначити «незграбність» і несформованість тонких рухових навичок.

Зовнішній вигляд пацієнтів часто відзначений дизонтогенетичними ознаками, такими як виражене ослаблення експресії мімічної, гіпомімія, гіпопантомімія. Істотне значення мають мовні порушення, виражені складнощі при засвоєнні інструкцій, розумінні сенсу завдань. Працездатність під час експерименту низька, виражена виснаженість, суттєво знижений темп психічних процесів. Робочий мотив не формується, а переважає відомість, зацікавленість у результатах - виконуваних завдань дуже низька. Для отримання продукції в експерименті потрібна активна стимуляція. Важливим діагностичним аспектом є низька навчання таких дітей, тому протягом всього дослідження проводиться навчальний експеримент, де випробуваному пропонуються різні види навчальної допомоги – стимулююча, уточнююча, організуюча – і повний навчальний урок. Від ступеня виразності розумового дефекту залежить використання випробуванним виду навчальної допомоги. Отже, навчання може бути різною – від невеликого зниження до повної відсутності навчання.

Види нозологічних форм, у яких зустрічається даний патопсихологічний симптомокомплекс – це збірна група олігофреній, починаючи від хромосомних аномалій і до екзогенно-органічними ураженнями мозку у перші роки життя [4].

2.6. Екзогенно-органічний синдром

Органічні (екзо- та ендогенний) синдроми складаються із симптомів зниження інтелекту, розпаду системи колишніх знань та досвіду, порушень пам'яті, уваги, операційної структури мислення; нестійкості емоцій, і навіть зниження критичних здібностей.

Органічний патопсихологічний симптомокомплекс характерний для екзогенно-органічних захворювань – від гострої, підгострої стадії менінгітів та енцефалітів (первинних та вторинних), черепно-мозкових травм до пухлин головного мозку та геронтологічних дегенеративно-атрофічних психічних захворювань (хвороба Альцгеймера).

Порушення когнітивних функцій включають розлади уваги та запам'ятовування, абстрагування, динаміки мислення, якості аналітико-

синтетичних операцій. Як основні варіанти синдрому виділяють ригідний, лабільний, мнестичний. *Структура синдрому* складається з цілого ряду особливостей когнітивної, емоційної, мотиваційно-потребової сфер.

Когнітивна сфера характеризується специфічними особливостями сприйняття, уваги, пам'яті та мислення [5].

Сприйняття відрізняється, зазвичай, звуженням обсягу уваги.

Увага має різні риси залежно від структури цілісного синдрому. За ригідного варіанту органічного патопсихологічного симптомокомплексу відзначається зниження обсягу, переключення, концентрації уваги; виявляється також швидке настання виснаження уваги. За лабільного варіанту органічного патопсихологічного симптомокомплексу спостерігається зниження обсягу та стійкості уваги; при мнестичному – порушення уваги можуть поєднуватися і виступати у вигляді звуження обсягу, порушення концентрації, підвищеної виснажування процесу.

Порушення пам'яті є типовими для всіх трьох варіантів органічного патопсихологічного симптомокомплексу і виявляються розладом довільного та мимовільного запам'ятовування, відтворення, зберігання та забування інформації. Короткочасна пам'ять характеризується низьким обсягом запам'ятовування; хибними відтвореннями (конфабуляціями); відтворенням стимулів із попередніх завдань. Іноді механічне запам'ятовування відносно збережене порівняно зі смисловим. Довготривала пам'ять відрізняється низьким обсягом, мозаїчністю відтворення, наявністю конфабуляцій. При мнестичному варіанті органічного патопсихологічного синдрому порушення пам'яті значно домінують над розладами процесу мислення. У структурі мислення можливе певне уповільнення темпу асоціативного процесу, рухливості; характерна також шаблонність асоціацій. Класичною ознакою є порушення операційної сторони мислення, що виявляється у помітному зниженні рівня узагальнення. У своїх рішеннях пацієнти спираються на несуттєві, поверхові ознаки предметів та явищ – конкретні, ситуаційні, випадкові. Істотно порушені операції абстрагування, аналізу та синтезу, особливо під час роботи з незнайомим матеріалом. За характером порушення динаміки мислення можна виділити ригідний варіант органічного симптомокомплексу (низький темп, інертність мислення, схильність до персеверацій) та лабільний (лабільність мислення, відсутність оформленої стратегії вирішення завдань). Можливі зниження мотиваційного компонента мислення та його цілеспрямованості, поява різноплановості. Обов'язкові порушення критичності мислення (менше виражені при мнестическом варіанті).

Уява відрізняється вираженим зниженням його продуктивності,

шаблонністю творчої продукції.

Мова має специфічні особливості. Усна мова характеризується персевераціями, порушеннями граматики, низькою смисловою насиченістю, часто смисловою ригідністю.

Письмова мова відрізняється великим, нерівним почерком із порушенням граматики, і навіть персевераціями. Під час малювання виявляються макрографія, нерівний, розірваний контур, персеверація елементів, конкретність зображення заданої тематики.

Емоційна сфера характеризується збільшенням амплітуди, малим діапазоном емоційних реакцій. Зазначається низький поріг виникнення емоційної відповіді. Виявляється також виражена інертність емоційних реакцій, можлива тенденція до афективної кумуляції. Спрямованість емоційної відповіді при цьому може бути в цілому адекватною. Спостерігаються порушення вольового контролю над афективною сферою. Досить типовим є збіднення етичних емоцій.

Мотиваційно-потребова сфера має риси ослаблення спонтанної мотиваційної активності, мотиваційної виснаженості. Виявляється низьке мотиваційне опосередкування, можливі порушення цілепокладання. Як правило, відзначається порушення структури та ієрархії потреб із різким домінуванням утилітарно-гедоністичних мотивів. Часто спостерігається актуалізація агресивних спонукань.

Характерним є посилення моторної активності, міміки та пантоміміки. Працездатність у процесі експерименту зазвичай низька, виражена виснаженість, знижений темп психічних процесів. Типові відмови від виконання щодо складніших завдань. Зазвичай вдається мотивувати пацієнта виконання завдань; допомога та підказка приймаються, але використовується обмежено залежно від рівня інтелектуального зниження. Стимуляція зазвичай перевищує продуктивність в експерименті. Реакція на невдачу в експерименті у хворих виражена, часто має екстрапунітивну спрямованість [4].

Види нозологічних форм та синдромів, при яких зустрічається даний патопсихологічний симптомокомплекс, це широке коло «органічних» захворювань головного мозку – травматичного, інтоксикаційного, судинного, пухлинного, метаболічного, ендокринного та паразитарного генезу. Іноді виявляється при шизофренії з тривалими термінами течії як наслідок інтенсивно проведеної в даний час або як наслідок тривалої терапії психотропними препаратами при органічних і крайових психопатіях.

2.7. Ендогенно-органічний синдром

Ендогенно-органічному синдрому у клініці відповідають справжня епілепсія, а також первинні атрофічні процеси головного мозку.

Характерними ознаками епілептичного патопсихологічного синдрому є низька переключення, інертність психічних процесів, схильність до деталізації у сприйнятті та мисленні, специфічні зміни емоцій та мотивації.

Легший варіант порушень відповідає лише на рівні клініки про «епілептичним змін особистості». У патопсихологічному дослідженні спостерігаються безпека загальної продуктивності, достатній темп психічних процесів, мінімальні порушення операційного компонента мислення, виявляються схильність до деталізації, інертність психічних процесів і спостерігаються специфічні емоційні порушення, які перебувають під контролем особистості.

Разом із порушеннями мотиваційної сфери зберігається високий рівень мотиваційної активності. У випадках переважання у клініці специфічного інтелектуального дефекту спостерігається інша патопсихологічна картина, де виражені непродуктивність та падіння темпу психічних процесів, порушення пам'яті, уваги та всіх компонентів мислення. В емоційній та мотиваційній сферах спостерігаються брутальність та експлозивність [1].

Структура патопсихологічного симптомокомплексу включає в себе ряд специфічних змін когнітивної, емоційної та мотиваційної сфер. Поряд із явищами загальної брадикінезії істотно змінюється темп психічних процесів, так у більшості хворих вони різною мірою уповільнені. Когнітивна сфера характеризується типовими особливостями сприйняття, пам'яті, уваги та мислення [5].

Зміни рухливості психічних процесів відзначаються вже на початковій стадії епілепсії. Явлення інертності психічної діяльності виявляються навіть за наявності в анамнезі у хворих з початковими проявами епілепсії поодиноких судомних нападів за відсутності помітних ознак інтелектуально-мнестичного зниження.

Для хворих на епілепсію характерний деталізуючий тип сприйняття, що відображає риси епілептичної психіки. Випробуваний докладно описує дрібні деталі зображень, що пред'являються йому, які є мало актуальними, мають латентні ознаки при цьому відзначаються труднощі у виділенні цілого. Деталізуючий тип сприйняття у мисленні проявляється зниженням рівня узагальнення і в'язкістю, що відбивається у тесті Роршаха як зменшення кількості «стандартних» інтерпретацій

притаманних здорових покупців, безліч нормі відбивають перцептивні стереотипи. З наростанням недоумства зменшується і кількість образів, що характеризуються динамічністю, знижується показник динаміки.

У структурі уваги спостерігаються звуження його обсягу, низька переключення та відсутність виснажування уваги. Поряд з цим відзначається підвищена зосередженість на емоційно-значущих об'єктах.

Пам'ять характеризується порушеннями операційного, динамічного і мотиваційного компонентів процесу запам'ятовування. У легких випадках виявляються порушення довільної репродукції (концентрація уваги утриманні у пам'яті будь-якого слова призводить до погіршення здатності довільної репродукції). Довготривала пам'ять практично без змін, смислова пам'ять страждає меншою мірою, ніж механічне запам'ятовування.

Плин/розвиток епілепсії супроводжується неухильним послабленням пам'яті. На першому етапі виявляється порушення довільної репродукції – концентрація уваги на відтворенні у пам'яті будь-якого слова призводить до погіршення можливості репродукції. На наступних етапах виявляються розлади утримання та запам'ятовування. Аналогічна послідовність порушень пам'яті спостерігається у хворих на церебральний атеросклероз без грубоочагової патології. Крива запам'ятовування у хворих на епілепсію носить своєрідний характер. Кількість відтворюваних слів з кожним наступним повторенням або трохи збільшується, або залишається тим самим. Не зменшується, як за церебральному атеросклерозі, кількість слів, відтворюваних при наступних повтореннях. За наявності більш глибоких порушень пам'яті у хворих на епілепсію крива запам'ятовування більш полого.

У *структурі мислення* виявляється зниження темпу асоціативного процесу, шаблонність асоціацій; зниження рівня узагальнення; схильність актуалізувати як опорні при узагальненні конкретні ситуаційні та особистісно-значущі ознаки. Типовий стиль виконання розумового завдання – функціонально-егоцентричний. Відзначаються виражені порушення динаміки у вигляді інертності мислення, схильності до деталізації та персеверації. Виявляються також порушення критичності мислення, виражений егоцентризм суджень. Іноді відзначається специфічне резонерство, що виникає з побутових, особистісно – значимих підстав, часто має відтінок моралізації, що не супроводжується порушенням цілеспрямованості суджень [4].

Виявлена для дослідження хворих на епілепсію інертність перебігу асоціативних процесів характеризує їх мислення як тугоподвижне, в'язке. Ці особливості відзначаються й у довільній мові хворих: вони «топчуться» дома, що неспроможні відволіктися від другорядних,

малоістотних деталей. Але наразі мета висловлювання хворим не втрачається. Інертність, в'язкість мислення хворих на епілепсію чітко проступає в словесному експерименті. Про це свідчать збільшення латентного періоду, часті ехолалічні реакції, одноманітне повторення тих самих відповідей. Часто на слова-подразники хворі відповідають стереотипними рядами слів або називають слова зі свого професійного побуту, іноді як відповідь реакції підбирають прикметники, що позначають колір даного предмета. Іноді слова у відповідь відносяться до попередніх слів -подразників («запізнювальні» мовні реакції). Включення себе в описувану ситуацію сприймається як ознака переважання конкретних уявлень у мисленні хворих на епілепсію, недостатності в осмисленні умовного характеру завдання, як прояв егоцентричних тенденцій. Вже у звичайній розмові хворі на епілепсію виявляють схильність до надмірної ґрунтовності, деталізації. Ще більше ці особливості епілептичного мислення виступають при описі хворими на складний малюнок або при переказі тексту: хворі помічають зовсім несуттєві деталі, фіксують на них свою увагу.

Труднощі у виділенні основних ознак предметів та явищ пояснюються зниженням рівня процесів узагальнення та відволікання. Хворі на епілепсію проводять класифікацію за конкретно-ситуаційною ознакою. При цьому можна почути такі міркування: «морква, цибуля, помідор – це я завжди в борщ кладу»; «лікар, дитина, термометр – все це у лікарні, і прибиральниця у лікарні потрібна». У процесі класифікації утворюється кілька дрібних, близьких за змістом груп. Наприклад, виділяється посуд металевий і скляний, взуття, аксесуари та головні убори утворюють окремі групи, але не поєднуються з одягом [1].

Часто через порожні міркування, що спостерігаються у хворих на епілепсію, створюється картина своєрідного резонерства, що відрізняється від резонерства при інших захворюваннях, насамперед від шизофренічного. Резонерство хворих на епілепсію носить характер повчальності, компенсаторних міркувань. Його особливості виявляються у повчальному тоні висловлювань, що відбивають деяку патетичність і переоцінку власного життєвого досвіду, тоді як ці висловлювання є неглибокими, поверховими, бідними змістом, містять шаблонні, банальні асоціації. Такі резонерські міркування завжди приурочені до конкретної ситуації, від якої хворому важко відволіктися.

Зазначимо, що у хворих на епілепсію такий феномен як нерозуміння гумору. Почуття гумору в них тим більше страждає, чим раніше почалося захворювання і чим гірша була успішність у школі. Нерозуміння гумору хворими на епілепсію пов'язують з тугодумством, схильністю до резонерства, з утрудненнями у виділенні суттєвого і тенденцією до

деталізації.

У хворих на епілепсію спостерігаються розлади *мови* – уповільнення її темпу, вживання зменшувальних слів і мовних штампів, олігофазії. Усна мова характеризується змінами темпу, часто логореєю чи олігофазією, використанням у мові зменшувально-пестливих суфіксів (солодкість), своєрідністю мовної стилістики (патетичний, офіційний стиль). Письмова мова характеризується старанністю, акуратністю, педантичністю, каліграфічним почерком, шаблонними фразами та персевераціями.

Безпосередньо після нападу за наявності засмученої свідомості у хворих виявляється асимболія – порушення здатності впізнавати предмет і його призначення. У міру відновлення свідомості асимболія зникає, вказує А. Н. Бернштейн, і з'являється амнестико-афатичний комплекс (гостра післяприпадкова олігофазія). Олігофазія проявляється в тому, що хворі дізнаються про характеристику предмета, його властивості і призначення, але назвати предмет не можуть. Труднощі називання предметів у післяприпадковий період неоднорідні: найбільш знайомі, звичайні предмети хворі називають раніше, ніж, з якими у житті не доводилося зіштовхуватися [4].

Як найважливіша характеристика процесу уяви слід відзначити найбільш типову рису – використання кліше. У структурі емоційної сфери відбувається збільшення амплітуди та зниження рухливості емоційних реакцій. Виражена схильність до кумуляції афекту, що у поєднанні з порушенням вольового контролю за негативними емоціями може призвести до періодичних агресивних емоційних розрядок. Спостерігається дисоціація між доброзичливістю, доброзичливістю, що демонструється, і внутрішньою фіксацією на негативних емоційних аспектах. Типові переживання почуття образи і злопам'ятність стосовно конкретних осіб, що фруструють, і обставин, а також переживання почуття ревності. Можливі тривалі дисфоричні стани – у вигляді тужливо-злобного настрою з поступово, поступово накипаючим афектом, що розряджається бурхливими афективними реакціями часто з незначного, непомітного для оточуючих приводу, що грає роль «останньої краплі».

У всіх випадках виявляються специфічні порушення мотиваційно-потребової сфери. Спонтанний рівень мотиваційної активності пацієнтів, зазвичай, високий. Зазначається переважання егоцентричних, а разі виражених особистісних змін – утилітарно-гедоністичних мотивів. Спостерігається дисоціація з пацієнтами, які демонструють альтруїстичні, просоціальні основи своєї поведінки. У хворих посилені агресивні та сексуальні спонукання. У поведінці переважає прагнення порядку і акуратності.

Під час експериментально-психологічного дослідження виявлено

низку особливостей особистості хворих на епілепсію, де було виявлено інертність рівня домагань. Експериментально-психологічні дані дозволяють судити про порушення самооцінки хворих, що заглиблюються з перебігом епілептичного процесу, що проявляється в наростанні неадекватності рівня домагань рівню реальних можливостей. У міру поглиблення психічного дефекту наростають явища недостатньої критичності себе, недооцінка несприятливих життєвих чинників, посилюється переважання імпульсивних реакцій, і оптимістична оцінка майбутнього.

Можна відзначити уповільненість у рухах, мімічну бідність; низький або невисокий темп роботи в експерименті призводить до суттєвого подовження дослідження за часом. Участь у дослідженні часто мотивується прагненням відповідати очікуванням експериментатора. Працездатність в експерименті варіюється, але виснаженість відсутня. Допомога та підказка приймаються, але використовується обмежено, залежно від ступеня інтелектуальної безпеки і часто висловлюється подяка за дослідження.

Види нозологічних форм, при яких зустрічається даний патопсихологічний симптомокомплекс – це генуїнна та симптоматична епілепсія, органічні захворювання головного мозку, наслідки черепно-мозкової травми із судомним синдромом, органічні розлади особистості, епілептоїдна психопатія [4].

2.8. Особистісно-аномальний синдром

У клініці особистісно-аномальному симптомокомплексу відповідають акцентуовані та психопатичні особистості.

Психопатія – стійка аномалія особистості, що характеризується дисгармонією емоційно-вольової сфери та своєрідним, переважно афективним мисленням. Психопатичні особливості виявляються у дитинстві чи юності і без значних змін зберігаються протягом усього життя; вони впливають попри всі сфери особистості, визначають її структуру і зазвичай перешкоджають повноцінній адаптації людини до довкілля. Психопатія сприймається як аномалія характеру, особистості, тому є психічною хворобою. Для встановлення психопатії як нозологічного діагнозу важлива наявність так званої тріади Ганнушкіна: тотальність характерологічних порушень, їхня стійкість та зміна соціальної адаптації [2].

У вітчизняній психіатрії практики, що найбільш теоретично усталена і задовольняє запитам, є класифікація О. В. Кербікова (1961, 1962). Він виділяв такі гальмівні типи особистості, як: астеніки, психастеніки і

патологічно замкнуті (збудливі, істеричні, нестійкі тощо). У більшості психопатичних особистостей незалежно від варіантів особистісної патології виявляються збочення у сфері мисленнєвої діяльності у вигляді недоліків прогнозування, відсутності опори на власний досвід, парціальної некритичності. Зокрема, в одних випадках ці зміни носять властивості ригідної негнучкості висновків, однобічності висновків, некоригованості суджень, в інших – поспішності та легковажності суджень, легкості та непродуманості у прийнятті рішень [2].

У низці випадків відзначається схильність до переважання вольових змін з стійкістю інтересів і уподобань, зміною захоплень, в інших – з однобічністю та незвичайністю уподобань. Різноманітність емоційних проявів, в одних випадках з переважанням сценічних, активних емоцій і яскравістю їх проявів, в інших – з переважанням астенічного спектра переживань дозволяє намітити групи, що включають в себе варіанти особистісної патології, що дозволяє говорити про психопатії з переважанням мотиваційного компонента . відносять шизоїдів, психастеників та паранояльних. Можна також говорити про психопатії з переважанням афективних порушень – епілептоїдів, збудливих, циклоїдів, істеричних. Нарешті, існує психопатія з величезним переважанням вольових порушень – нестійких, безвільних, з розладами потягів [1].

1. *Збудливий тип* . Провідними характерологічними рисами цих осіб є підвищена дратівливість, збудливість у поєднанні з вибуховістю, злісністю, злопам'ятністю, схильністю до коливань настрою, з переважанням похмуро-злобного його фону, мстивістю, в'язкістю афективних реакцій, схильністю до бурхливих проявів, що проходить червоною ниткою через все їхнє життя. Їх називають також вибуховими, чи експлозивними психопатами. З найменшого приводу у них може виникнути неадекватно сильна злісна реакція, під час якої вони не тільки кричать на оточуючих, обсипаючи їх лайкою та усіякими образами, а й переходять до прямих агресивних дій: замахуються стільцем, намагаються душили, нападають із ножом.

Психопатичні особистості групи збудливих з їх неуживчивості, конфліктності, постійних зіткнень із які у судово-психіатричної практиці зустрічаються значно частіше, ніж у практиці лікувальної.

Поza нападами збудження вибухові психопатичні особистості можуть критично оцінювати свою поведінку і тяжіти їм, проте цієї критичної оцінки вистачає тільки до нового гнівливого спалаху, до нового дрібниці до неї. Значно частіше збудливі психопатичні особистості після чергового спалаху і при заспокоїнні, що настало потім, не визнають себе неправими і в усьому звинувачують оточуючих. Психопатическим особам з групи збудливих зазвичай властиві велика

наполегливість і завзятість у досягненні цілей, і нерідко саме при зустрічі з перешкодою на шляху до бажаного і виникає гнівно-затятий спалах, що, втім, не заважає прояву такого ж спалаху і з будь-якого іншого приводу.

У деяких психопатичних особистостей із групи збудливих у тому постійному, звичайному їм психічному стані переважають в'язкість, ґрунтовність мислення, інертність емоцій і дріб'язковий педантизм.

Цей варіант психопатії через певну подібність до особливостей психіки хворих на епілепсію отримав найменування епілептоїдної психопатії.

Для психіки особистостей із групи збудливих притаманними також є егоцентризм, шукання упереджено – «справедливості», що розуміється, схильність до сутяжного розвитку. Характерні також періодичні стани розладу настрою. Це можуть бути депресивні реакції, що виникають з будь-якого приводу, а особливо при неможливості отримати бажане, але найбільш типові сумнозлісні стани з домішкою тривоги або страху – так звані дисфорії. Дисфорії частіше виникають без зовнішнього приводу, раптово, тривають кілька годин, рідше – кілька днів і раптово припиняються. У ці періоди хворі особливо схильні виявляти агресію, зробити спробу самогубства або вдатися до алкоголю [2].

Це найчастіше «невдоволені всім і вся» люди, які постійно шукають приводу для причіпок. Коливання настрою вони зазвичай обумовлені зовнішніми причинами. Може спостерігатись і підвищений настрій, проте він не приносить радісного ставлення до життя. Зазвичай збудливі психопатичні особистості злісні, їм бракує розумності та холодної оцінки ситуації. Тому дрібні щоденні неприємності викликають у них виражені емоційні вибухи, іноді з незначного приводу розвиваються спалахи нестримного гніву. Особливо чітко це проявляється у частих сімейних конфліктах.

Психопатичні особи цієї групи надзвичайно нетерпимі до чужої думки, нетерплячі, не виносять протиріч. Ці властивості у поєднанні з властивим їм егоїзмом, небажанням зважати на інтереси інших дають безліч приводів для поганих взаємин з оточуючими. Повсякденні зіткнення призводять до уявлення про якесь особливе їх значення. З'являються думки та висловлювання про те, що їх «не розуміють», «недостатньо цінують» на роботі та вдома. Багато психопатичні особистості збудливого типу схильні до переоцінки своїх розумових здібностей, часто вважають себе людьми, які стоять вище за середній рівень. На тлі неприязних відносин з оточуючими ці властивості виливаються в дріб'язкову прискіпливість, підозрілість. Вони уразливі, злопам'ятні, недовірливі, насторожено ставляться до близьких, які часто не приймають їхніх вимог, опираються їхнім домаганням. Таке ставлення зазвичай лише посилює численні конфлікти.

Багато психопатичних особистостей цієї групи стають сварливими сперечальниками, вступають у суперечки з різного приводу. Наразі вони виявляють надмірну емоційність, намагаються довести свою правоту не так логічними доводами, як спробами «перекричати» опонентів. Властива їм прямолінійність, відсутність гнучкості виливаються у непереможну впертість. У деяких із них виробляється своєрідна поза «борця за справедливість», за «зневажені права».

Вони намагаються уявити себе чеснішими, прямішими, справедливішими, ніж інші. Іноді вони вступають у конфлікти, коли «несправедливість» стосується третіх осіб, але швидко переключаються на особисті егоїстичні інтереси.

Більшості їх властиві дріб'язковість, скнарність, інтереси їх обмежені питаннями особистого добробуту, власного здоров'я, матеріальної забезпеченості. Висока схильність до дратівливості, вибуховості призводить до того, що психопатичні особистості цієї групи неуживливі в колективі, що часто змінюють місце роботи [4].

З огляду на основних властивостей особистості, притаманних возбуди́мої психопатії, можуть виявлятися деякі додаткові риси, дозволяють виділити у цій групі різні варіанти. В одних випадках це захисні риси: улесливість, педантичність, акуратність, святенництво, злопам'ятність, жорстокість, що нагадують епілептичні риси (епілептоїдні особи), в інших – нестриманість, відсутність спроб приховувати свої почуття, деяка театральність їх експлозивних проявів, , тобто особливості, що зовні нагадують істеричні ознаки. Ці додаткові властивості служать хіба що надбудовою над основний структурою психопатичної особистості, надаючи відповідні відтінки афективним проявам. На думку О.В. Кербікова, збудлива психопатія формується з клінічною виразністю у людей віком 20-24 років.

Виділяють такі варіанти психопатії збудливого типу: з експлозивністю, в'язкістю та з окремими істеричними ознаками. За першого варіанту властива різка збудливість зі схильністю до руйнівних дій та самоушкодження на тлі афективно звуженої свідомості; при другому – збудливість по дисфоричному типу із застряганням афекту на тлі таких характерологічних особливостей, як дріб'язковість, педантичність, в'язкість, емоційна ригідність та жорстокість (епілептоїдна психопатія); при третьому – збудливість з рисами демонстративності, театральності та перебільшеності під час афекту (на кордоні з психопатією істеричного типу) [2].

У осіб, які страждають на психопатію збудливого типу, відзначається висока схильність до алкогольних ексцесів. Спокійна поведінка та рішучі заходи оточуючих зазвичай надають заспокійливу

дію на психопатів.

Гальмозимий тип. У цю групу об'єднані патологічні особистості, у структурі поведінки яких чільне місце займають астенічні, психастенічні та шизоїдні патохарактерологічні прояви. Підставою для такого роду об'єднання є гальмівний, пасивний характер реакцій на різні психотравмуючі події.

У астенічних психопатичних особистостей з дитинства спостерігаються підвищена боязкість, нерішучість, вразливість. Особливо сором'язливими вони стають у новій обстановці, серед малознайомих людей, де їх залишає почуття власної неповноцінності. Підвищена чутливість, «мімозність» проявляються у них як до психічних подразників, так і до фізичних навантажень. У цьому вони відчувають виражені коливання працездатності, спади настрої, втома, розбитість.

З дитинства постійною властивістю цих людей є емоційна лабільність, що нагадує «дратівливу слабкість» хворих на неврастенію, яка виступає у вигляді спалахів афекту при будь-якій непосильній для них нарузі. Характерний дещо пригнічений фон настрою з тривожністю, що легко виникає, невпевненістю в собі при зіткненні навіть з незначними труднощами [2].

У підлітковому віці до цих астенічних патохарактерологічних особливостей можуть приєднуватись психастенічні риси. У таких осіб виявляються підвищена рефлексія, прагнення до постійного самоаналізу та самоконтролю: з побоюванням і тривогою вони ставляться до всього нового, що викликає у них посилення страху, почуття власної неповноцінності. Часто при цьому виявляється схильність до нав'язливих сумнівів, легко формуються різноманітні фобії (психастенічний варіант гальмівної психопатії).

Вольові прояви психопатичних особистостей гальмового кола в цілому характеризуються недостатністю: часто можна відзначити у них патологічні потяги. У таких осіб поганий апетит, відставання в статевому розвитку, аномальна сексуальність у зрілому віці (імпотенція, гомосексуалізм, педофілія). Характерні для них і соматичні компоненти, такі як головний біль, розлади сну, неприємні відчуття в ділянці серця. Неминучі зіткнення з навколишнім середовищем здебільшого супроводжуються астенічними емоціями пригніченості, сорому, почуттям поразки та малодушного страждання.

Патохарактерологічні особливості, властиві гальмівним психопатичним особистостям часто перешкоджають їх адаптації в колективі та сприяють створенню конфліктних ситуацій у різних сферах міжособистісних відносин (виробничих, сімейних). У таких конфліктних ситуаціях настає психопатична реакція з загостренням почуття

неповноцінності, з фіксацією на іпохондрических переживаннях. Подібний «психопатичний цикл» є типовим механізмом кількісного обтяження патохарактерологічних особливостей, властивих психопатичним особам гальмівного типу. У хронічних психотравмуючих умовах можливе ускладнення структури психопатії з розвитком вторинних істеричних чи параноїчних рис характеру. Гальмо зима психопатія формується у людей віком 12-15 років [4].

Психопатичний (особистісно-аномальний) симптомокомплекс складається з емоційно-вольових розладів, зміни структури ієрархії мотивів, неадекватності рівня домагань та самооцінки, порушень прогнозування та опори на минулий досвід.

Під час дослідження пізнавальної діяльності *структура* синдрому визначається типом особистісного розладу, що проявляється опосередковано або зовсім не виявлятися. Більш помітно пізнавальна діяльність порушується у пацієнтів, які страждають на розлад особистості збудливого типу, з невисоким інтелектуальним рівнем, що перебувають у стані вираженої декомпенсації [4].

Збудливий варіант особистісно-аномального патопсихологічного симптомокомплексу має своєрідну структуру, що відрізняється відносною безпекою когнітивної сфери: сприйняття, увага і пам'ять зазвичай не страждають або їх порушення не пов'язані зі структурою синдрому (Б.В. Воронков, 2009).

Мислення, як правило, теж страждає незначно або залишається збереженим. При загальної безпеки категоріального ладу та динаміки мислення можливі значні коливання його продуктивності (імпульсивність у роботі, раптові відмови), порушення узагальнення на кшталт актуалізації несуттєвих, особистісно-значущих ознак, можлива проекція (переважно агресивна) в асоціативному експерименті; порушення критичності. Як правило, відзначається висока афективна обумовленість мислення.

Уява може мати деякі особливості. Так, наприклад, можлива проекція установок (агресивних, садистичних) у завданнях типу «оповідання щодо серії картинок». Відзначається достатня реалістичність уяви, часом може бути підвищена його оригінальність.

Мова зазвичай досить добре інтонована, часто супроводжується активною мімікою та жестикуляцією. Нерідко використання в мовленні ненормативної лексики, жаргонних слів.

Емоційна сфера характеризується збільшенням амплітуди та рухливості емоційних реакцій, яскравою експресією. Як правило, відзначається зниження порога виникнення емоційної відповіді. Найчастіше відзначаються виражена нестабільність афективного фону, порушення чи зниження польового контролю над емоціями, послаблення

етичного контролю.

У мотиваційно-потребовій сфері відзначаються її деформація з домінуванням примітивних (агресивних, утилітарно-гедоністичних мотивів, слабкість прояву альтруїстичних мотивів. Характерні нестабільність та завищений рівень домагань, неадекватне завищення та нестійкість самооцінки [2].

Загострення якостей особистості можна назвати під час розмови, вивченні анамнезу, експериментальному дослідженні з допомогою різних особистісних опитувальників і проєктивних тестів. У клініко-психологічній розмові, під час експериментального дослідження спостерігається нестабільний, підвищений рівень домагань, підвищена самооцінка; виявляються (підкреслення своєї правоти, своїх позитивних якостей та переваг у процесі розмови, неадекватна особистісна екстрапунітивна реакція на критику при дослідженні пізнавальної діяльності тощо). Підвищену конфліктність у міжперсональних відносинах можна спостерігати в експерименті (порушення дистанції, провокаційні питання та висловлювання випробуваного тощо). Можливе проєктування інтерперсональних конфліктів у тестах – піктограмах, розповіді по картинці, розповіді по серії картинок і т.п. наприклад, шоківі реакцію емоційно значимі поняття в асоціативному експерименті, методиці піктограм). Виражена афективна обумовленість мислення проявляється у коливаннях продуктивності, якості виконання за принципом зацікавленість-байдужість, успішність-неуспішність. Імпульсивність у роботі та порушення контролю особливо помітні при пред'явленні досить довгої серії однотипних завдань («виділення суттєвих ознак», «виключення зайвого» тощо). Часто відзначається формування опозиційно-негативістичних чи інших спотворюючих настанов в експерименті. При загальної безпеки категоріального ладу та операцій мислення у ряді випадків можливі неадекватні рішення, пов'язані зі спотворенням узагальнення на кшталт актуалізації другорядних, особистісно-значущих та інших латентних ознак [4].

До видів нозологічних форм, при яких зустрічається збудливий варіант особистісно-аномального патопсихологічного симптомокомплексу, належать: розлади особистості (психопатії), ремісії та дисгармонічні зміни особистості при шизофренії, інтоксикаціях, нейроінфекціях, черепно-мозкових травмах та інших органічних ураженнях.

Торпідний варіант особистісно-аномального патопсихологічного симптомокомплексу також має структуру, що характеризується відносною безпекою інтелектуально-мнестичної діяльності.

Сприйняття, увага та пам'ять зазвичай не страждають, їх збереження корелює з рівнем інтелектуального розвитку. У структурі мислення при

загальній безпеці категоріального ладу та динаміки мислення зустрічаються коливання продуктивності, порушення узагальнення на кшталт актуалізації несуттєвих, особистісно-значущих ознак, можлива проекція (головним чином внутрішніх конфліктів) в асоціативному експерименті, методиці піктограм, у завданнях «оповідання по картинці» т. п. Значимість оцінки експериментатора у процесі експериментально-психологічного дослідження, зазвичай, висока. Відзначається достатня реалістичність уяви, яка варіюється, можливе підвищення його оригінальності [5].

У емоційній сфері відзначається, зазвичай, підвищений рівень тривожності; зниження порогу виникнення емоційної реакції. Спостерігається адекватна за спрямованістю реакція зовнішні подразники (в т. ч. на зауваження експериментатора) і неадекватно підвищена за силою. Відзначається своєрідна афективна «застрягання».

Мотиваційно-потребова сфера характеризується спрямованістю мотиву діяльності уникнення неуспіху. Система цінностей – доповнювальна, нестійка; самооцінка переважно низька. Довільна вольова регуляція діяльності, зазвичай, слабка. В організації пізнавальних процесів велика роль відводиться емоційній залученості та почуттю безпеки у ситуаціях експериментального дослідження [5].

Під загостренням властивостей особистості мається на увазі виділення основного радикала, характерологічних особливостей, що визначають стиль сприйняття та світовідчуття. Вони впливають на ступінь адаптації у соціумі та на самооцінку. Через невпевненість і тривожність вона буде нестійкою з тенденцією до зниження. У таких людей найчастіше переважає доповнююча система цінностей, що вказує на превалювання витіснення як механізму захисту. Мотив буде спрямований на запобігання неуспіху, на підкріплення своїх відповідей. Реакція на критику переважно інтрапунітивна, особистісна. Стимулом для роботи є похвала та схвалення, при критиці посилюється тривожність та знижуються результати. Першорядним є внутрішній характер конфлікту, що породжує зовнішні протиріччя. Що ж до пізнавальних процесів, то спостерігається збереження основних компонентів мислення, пам'яті. Увага корелює із достатньою інтелектуальною базою. При знижених інтелектуальних показниках увага селективна, відзначається значна впрацьовуваність, що впливає на меністичні показники (крива запам'ятовування має наростаючий або зигзагоподібний характер). За загальної здатності оперувати категоріями, проводити аналіз і синтез можливі спотворення узагальнення за особистісно-значущими та другорядними ознаками, формування суджень на основі конкретно-ситуаційних зв'язків.

Види нозологічних форм, за яких зустрічається торпідний варіант

особистісно-аномального симптомокомплексу: розлади особистості (психопатії), ремісії та дисгармонічні зміни особистості (психопатоподібні стани) при шизофренії, органічних захворюваннях головного мозку, черепно-мозкових травмах і т.д.

2.9. Психогенно-психотичний синдром

У клініці психогенно-психотичного синдрому відповідають реактивні психози.

Реактивні психози є різноманітні в клінічному відношенні розлади психотичного рівня, що виникають в результаті дії психічних травм, що перевищують адаптаційно-компенсаторні можливості індивідуума. Однією з характерних якостей цієї групи психічних розладів є їх тимчасовий та оборотний характер. Разом із невротичними розладами вони становлять групу реактивних станів, але патогенез, закономірності розвитку та особливості психопатологічних розладів за реактивних психозів відрізняються від невротичних.

Основною клінічною ознакою реактивних психозів є продуктивна психотична симптоматика, яка характеризується гостротою, великою глибиною та лабільністю порушень психічних функцій, що супроводжується втратою людиною здатності критично оцінювати свій стан, ситуацію та адаптуватися до неї. Перерахована симптоматика відсутня у невротичних розладах. Водночас очевидна нозологічна спільність неврозів і реактивних психозів, про що свідчить можливість переростання неврозів у психози, і навпаки. До реактивних психозів належать афективно-психогенні шоківі реакції, істеричні психози (істеричне сутінкове затьмарення свідомості, псевдодеменція, пуерилізм, істеричний синдром бредоподібних фантазій, синдром регресу психіки, істеричний ступор), реактивна психогенна депресія, реактив.

Реактивні психози розвиваються найчастіше після шоківих, надсильних психічних травм, що відрізняються великою силою, інтенсивністю та раптовістю дії (стихійні лиха, раптові напади із загрозою життю). Зважаючи на безпосередній вплив на інстинктивну сферу самі ці впливи не усвідомлюються людиною повною мірою, а через швидкість дії не викликають свідомої інтрапсихічної переробки їхнього змісту та значення. Тому такі психічні травми зазвичай призводять до реактивних психозів типу афективно-шоківих реакцій (з психомоторним збудженням або, навпаки, із загальмованістю), а також до істеричним, маревним і депресивним реактивним психоз з більш складними психопатологічними картинами.

Основним клінічним критерієм реактивного психозу є відсутність достатньої інтрапсихічної переробки ситуації, що супроводжується відсутністю переживання психопатологічних розладів як особистісно чужих та хворобливих, а для клініки характерна «реактивна тріада» Ясперса [4].

2.10. Психогенно-невротичний синдром

У клініці психогенно-невротичного синдрому відповідають невротичні розлади та невротичні реакції.

Невротичні розлади. З первісного визначення невротичного розладу збереглося лише уявлення про нього як про функціональне порушення та однієї, найбільш характерної ознаки цього захворювання не існує: ані ознака оборотності, ані критерій легкості порушень, ані визначення його як психогенного порушення, ані соціабельність цих хворих, ані критичне ставлення до своїм станом, ані установка на лікування не можуть бути достовірними ознаками невротичного розладу.

На думку вчених, неврози – це психогенні розлади, непсихотичного рівня, болісно пережиті, зумовлені розладами в соматичній і вегетативній сферах, що усвідомлюються і розуміються як важкі особистісні переживання. На відміну від реактивних психозів при неврозах є особистісна переробка психотравми, вона болісно переживається і проявляється комплексом переважно емоційно-поведінкових та соматовегетативних розладів. Під час неврозів відбувається «зрив» особистості в її відносинах з оточуючими, і людина зазвичай прагне подолання і компенсації розладів, що виникають. Таким чином, основними особливостями невротичних розладів (неврозів) є: 1) психогенний фактор як причина; 2) вегетосоматичні прояви; 3) особливості особистості; 4) тенденція до переробки виниклих порушень відповідно до соціальної значущості психічної травми. Психічні травми, що лежать в основі неврозів, зазвичай не відрізняються такою гостротою та інтенсивністю, як при реактивних психозах. Однак явно простежується їх залежність за ступенем патогенності від сформованих протягом життя особливостей особистості, що створюють різний ступінь свободи реагування людини на ситуацію, що виникла. До того ж, найважливішим елементом особистісного реагування (з комплексом розладів невротичного рівня) на патогенні події є - особливості функціонування системи «психологічного захисту».

На тлі взаємодії психічної травми та особливостей структури особистості формується ключова ланка патогенезу неврозів – інтрапсихічний *невротичний конфлікт*, який за своєю суттю є

психологічний, мотиваційний, проте він має значну стійкість і силу, що призводить в кінцевому рахунку до продукування хворобливих симптомів.

В. М. Мясищев (1960) розглядав три основні типи невротичних конфліктів: істеричний, obsесивно-психастенічний та неврастенічний, що є одним із критеріїв діагностики неврозів

Конфлікт першого типу (*істеричний*) визначається надмірно завищеними претензіями особистості, що завжди поєднуються з недооцінкою чи повним ігноруванням об'єктивних реальних умов і вимог оточуючих. Даний тип конфлікту відрізняється перевищенням вимогливості до оточуючих над вимогливістю до себе та відсутністю адекватного критичного ставлення до своєї поведінки («я хочу, хоча оточуючі це не схвалюють»). У генезі цього конфлікту істотну роль грають особливості сімейного виховання, коли стимулюється прагнення дитини бути у центрі уваги оточуючих (виховання на кшталт «кумир сім'ї»). Такі особи відрізняються перевищенням вимогливості до оточуючих над вимогливістю до себе, вони дещо нижчі за здатність гальмувати свої бажання, що суперечать суспільним вимогам і нормам.

Другий тип конфлікту (*obsесивно-психастенічний*), зумовлений суперечливими власними внутрішніми тенденціями та потребами, боротьбою між бажанням та боргом, між моральними принципами та особистими уподобаннями («я хочу, але не можу наважитися»). Зокрема, якщо навіть одна з тенденцій стає домінуючою, але продовжує існувати опір іншої, створюються сприятливі можливості для різкого посилення психічної напруги та виникнення неврозу нав'язливих станів. Особливого значення на формування такого конфлікту має посилення особистісних рис невпевненості, нерішучості, що у дитинстві у процесі виховання, коли має місце пред'явлення суперечливих вимог до особистості.

Конфлікт третього типу (*неврастенічний*) є протиріччям між можливостями особистості, з одного боку, її прагненнями та завищеними вимогами до себе – з іншого («я хочу, але в мене не вистачає сил»). Особливості цього конфлікту найчастіше формуються за умов, коли постійно стимулюється нездорове прагнення індивіда до особистого успіху без реального врахування його сил і можливостей індивіда. Певною мірою виникненню даного типу конфлікту сприяють і високі вимоги до людини у зв'язку з зростаючим темпом сучасного життя. Принаймні поглиблення невротичних розладів у поступовій динаміці неврозу спостерігаються і посилення сомато-біологічних зрушень, перебудова гомеостазу (психоендокринних співвідношень, вегетативної регуляції), проте грубої органічної деструкції органів, як і спостерігається під час психосоматичних захворювань, немає.

Розділ 3

НЕВРОТИЧНІ РОЗЛАДИ

Психічні реакції, стани та розвитку, що виникають в організмі людини під впливом психотравмуючих життєвих подій, мають назву *психогенних*. На сьогодні існує думка, згідно з якою основними факторами неврозогенезу є *психічна травма та психологічні особливості особистості*.

Психічною травмою називають життєві події, які зачіпають значні сторони існування людини та призводять до глибоких психологічних переживань. У процесі аналізу дії чинника психічної травми виділяють такі характеристики:

- * Інтенсивність
- * зміст
- * значущість та актуальність
- * патогенність
- * несподіванка
- * тривалість
- * повтор
- * зв'язок з преморбідними особистісними особливостями

До базових параметрів психологічних особливостей особистості належить *темперамент та характер людини*.

На психічну травму організм людини може реагувати так званими афективно – шокowymi, параноїльними, депресивними реакціями, реактивними психозами, невротичними, соматоформними та психосоматичними захворюваннями.

Афективно-шокові реакції

Гострі стресові реакції позначаються як афективно-шокові реакції, а для кваліфікації подібних станів використовуються такі терміни, як «кризові стани», «психічний шок», «реакції екстремальних станів».

Ситуації, здатні викликати афективний шок (психосоціальні стресори), відрізняються винятковою силою та значущістю особистості. По-перше, це можуть бути події, що безпосередньо загрожують фізичному існуванню людини (вітальна загроза), наприклад природні та техногенні катастрофи (землетруси, пожежі, вибухи та ін.), військові бойові дії, аварії та інші нещасні випадки, злочинне посягання на життя, звістка про невиліковну хворобу.

Іншу категорію психічних травм представляють втрата близької

людини, різка зміна соціального статусу (втрата роботи, втрата матеріальних цінностей та фінансовий крах тощо). Разом із значимістю та інтенсивністю психогенної ситуації, остання обов'язково характеризується гостротою та раптовістю, що не дозволяє особистості використовувати психологічну переробку. Психологічний захист, що реалізується на підсвідомому рівні, також виявляється неможливим.

Характерною особливістю цих розладів є їх психогенна природа, тобто зв'язок із зовнішніми стрессогенними ситуаціями, а етіопатогенез розладу залежить від наступних факторів:

- інтенсивність стресу
- соціальна ситуація, у якій діє стрес
- особистісні особливості людини

Саме тому у людини під впливом страху, жаху, розпачу може виникнути гострий короткочасний психотичний стан у вигляді афективно-звуженого стану свідомості, внаслідок чого порушується орієнтування, втрачається його контакт з оточуючими, поведінка позбавляється впорядкованості, виражені вегетативні прояви стресу. Симптоматика виникає безпосередньо в момент травмуючої події або відразу після неї. Виділяють гіпо- та гіперкінетичні варіанти афективно-шочових реакцій.

Гіпокінетичний варіант характеризується раптовим виникненням у травмуючої ситуації рухової загальмованістю («застиг від страху»), що сягає часом повної знерухомленості і мутизму (афектогенний ступор). У такому стані хворі не сприймають навколишнє, на обличчі у них вираз страху, жаху, очі широко відкриті, шкірні покриви частіше бліді, покриті холодним потом, можуть спостерігатися мимовільне сечовипускання, дефекація. Гіпокінетичний варіант відповідає примітивному типу реагування, описаному Е. Кречмер як стану «уявної смерті».

Гіперкінетичний варіант характеризується гострим психомоторним збудженням – «рухової бурєю», за Е. Кречмером. Хворі безцільно кидаються, прагнуть кудись бігти, їх рухи хаотичні, нецілеспрямовані (психогенна fuga). На обличчі вираз жаху, мова безладна, часто видають нероздільні звуки, кричать, ридають. Стан також супроводжується вираженими вегетативними реакціями: тахікардією, гіпергідрозом, блідістю або гіперемією шкірних покривів, мимовільним сечовипусканням та дефекацією.

Тривалість афективно-шочових реакцій – від кількох хвилин до кількох годин (у разі нейтралізації психотравмуючого фактора), рідше від 1 до 3 днів, якщо подію не вдається нейтралізувати. Спогади про цей період у хворих відсутні. Амнезія є одним із симптомів порушення свідомості.

Окрім двох описаних вище варіантів розладів, у відповідь на раптові та сильні психотравмуючі впливи може виникати так званий емоційний параліч, що проявляється апатичним станом з байдужим ставленням до оточення, включаючи загрозову небезпеку, індиферентною поведінкою з пасивною підпорядкованістю.

Афективно-шокові реакції у дітей і підлітків мають ідентичні прояви. Причому діти, особливо у віці до 5 років, менш стійкі до надсильних психічних травм. У ослаблених, зніжених дітей з нестійкою психікою психотравмуючої ситуацією може стати, наприклад, приміщення дитини до дошкільного дитячого закладу чи інтернату. У разі психомоторного збудження діти кидаються, голосно кричать, не реагують на звернення, що оточують. У них відзначається значна вираженість вегетативних розладів: уповільнення пульсу, акроціаноз, озноб, гіпертермія та ін. Виразність реакцій у випадках надзвичайних ситуацій часто обумовлена поведінкою дорослих, оскільки діти сприймають лише те, що вони безпосередньо бачать і відчувають, і не здатні повною мірою враховувати небезпеку, що загрожує їм.

У підлітків разом із зазначеними розладами під час афективно-шовкових реакцій спостерігаються непритомні стани, головний біль та запаморочення.

Окрім двох варіантів афективно-шовкових реакцій, у підлітків виділяють, як і у дорослих, особливий варіант порушеної свідомості – емоційний ступор. У цьому стані підліток, який опинився у важкій ситуації, що травмує, робить складні цілеспрямовані дії, щоб врятуватися від небезпеки і врятувати інших, з повною емоційною байдужістю до того, що відбувається. Амнезія у такому випадку буває часткова і стосується переважно подій, що відбуваються.

Розлади адаптації широко представлені у загальній популяції і найчастіше (до 25% усіх психічних розладів) зустрічаються у практиці лікарів загального профілю. Передумовами виникнення адаптаційних розладів служать індивідуальна схильність (уразливість), що з особистісними особливостями, і соціальне становище. Серед хворих переважають особи з невисоким соціальним та матеріальним становищем, самотні або розлучені.

На відміну від афективно-шовкових реакцій, психогенні (стресогенні) фактори під час розладів адаптації не є гострими, несподіваними, а розтягнуті за часом, внаслідок чого вони стають доступними для особистісної переробки та піддаються впливу механізмів психологічного захисту. Стресовими ситуаціями можуть бути значні зміни соціального статусу (втрата близьких, розлучення, у тому числі з поділом дітей та майна, втрата колишнього соціального становища, доходів тощо) або

інші життєві події, пов'язані з соціальними, шлюбними, фінансовими проблемами, а також проблемами зі здоров'ям. Серед останніх може бути наявність чи підозра на наявність важкого фізичного захворювання, необхідність проведення складного дорогого обстеження чи хірургічного втручання у самого хворого чи його родичів.

Адаптаційні розлади зазвичай виникають поступово слідом за стресовою подією, як правило, в межах місяця і поступово зникають. Клінічна картина обмежується різноманітними неспсихотичними проявами, включаючи переважно афективний та поведінковий реєстри. Критика хворих до своєї поведінки, як правило, збережена, але наявні розлади помітно порушують їхнє соціальне та професійне функціонування. Тривалість адаптаційних розладів 2-3 міс, рідше – протягом півроку, але в таких випадках можна говорити про реактивні стани або, у випадках більшої тривалості та наростання дезадаптації у зв'язку з хворобливими проявами, що призводять до стійких змін особистості.

У МКБ-10 виокремлюється кілька варіантів розладів адаптації:

- короткочасна депресивна реакція, що проявляється транзиторним (не більше одного місяця) зниженням настрою з появою почуття безсилля, уповільненням мислення та інших м'яких проявів депресивного стану;
- пролонгована депресивна реакція, клінічні прояви якої подібні до попередньої, але їх тривалість (до 2 років) зазвичай обумовлена тривалим перебуванням хворого в стресовій ситуації;
- змішана тривожна та депресивна реакція, за якої наявні чіткі симптоми депресивного та тривожного станів, наприклад, руховий;
- реакція з переважанням порушення інших емоцій, що виявляється поєднанням кількох типів емоційних порушень, наприклад дратівливість та гнівливість поряд із тривогою та депресією;
- реакція з переважанням порушення поведінки, реакція горя проявляється у вигляді агресивної чи дисоціальної поведінки (порушення загальноприйнятих норм поведінки, зловживання алкоголем та ін.) [5].

Особливості розладів адаптації у дітей та підлітків

У дитячому віці як стресові фактори найчастіше виступають несприятливі умови в сім'ї (асоціальні сім'ї, холодні жорстокі взаємини, неповна сім'я тощо), що призводять до емоційної депривації. Так, Р.Шпітц в 1945 р. описав аналітичну депресію у немовлят, позбавлених емоційного зв'язку з матір'ю або особою, що її замінює. Депресивні прояви у дітей молодшого віку, включаючи немовлят, виявляються у вигляді так званих симптомів регресивної поведінки, до яких відносяться

ссання пальців, кактація та ін. розладами сну.

У дітей старшого віку та підлітків стресові ситуації, як правило, пов'язані з конфліктними взаємовідносинами з батьками, однолітками, вчителями. Найчастіше інших форм адаптаційних розладів у підлітковому віці трапляються депресивні реакції. Це пов'язано переважно з афективним рівнем реагування, викликаним незрілістю психіки, недостатністю переробки зовнішніх вражень, їх аналізу, критичної оцінки та прогнозування майбутнього. Загалом прояви депресивної реакції у дітей і підлітків можна охарактеризувати, використовуючи «тріаду Бука»: песимістична оцінка свого минулого, сьогодення та майбутнього.

Психогенні аномальні реакції у дітей поділяють на невротичні та патохарактерологічні. Типовою ознакою аномальних реакцій є неадекватність стимулу як за силою, так і за змістом. Невротичні реакції характеризуються парціальністю та нетривалістю хворобливих проявів, їх критичним усвідомленням хворими. Переважають афективні та вегетативні порушення. Характерні також моторні розлади, що виявляються у вигляді різних тиків, інших гіперкінезів. Можуть виникати психогенні блювання, заїкання, явища енурезу. Тривалість невротичних реакцій незначна – від кількох годин до кількох тижнів, клінічні прояви можуть редукуватися самостійно або після звернення до лікарів загальносоматичного профілю. До психіатрів хворі на невротичні реакції потрапляють рідко.

Паранояльні реакції

Це ціла група психогенних розладів, які різняться і за тривалістю і зовнішніми проявами, але одне в них загальне – надцінні ідеї.

Надцінні ідеї – це домінуючі у свідомості людини ідеї, які визначають її поведінку і дуже погано піддаються корекції. Під кутом зору надцинних ідей хворий відноситься до всього, що відбувається довкола нього. Неправильні погляди визначають собою і поведінку, мислення не зачеплене, пам'ять збережена, галюцинацій немає. І. П. Павлов вважає, що патофізіологічною основою надцинних ідей є утворення інертного патологічного вогнища збудження, яке засмучує умовно-рефлекторну діяльність головного мозку, асоціації, пов'язані з цим вогнищем, набувають незаконного домінуючого становища та пригнічують усі конкуруючі осередки. І.П. Павлов говорив, що механізм інертного вогнища властивий як параної, а й явищам нав'язливості та епілепсії. Подібне припущення клінічно підтверджується. При епілепсії спостерігається ґрунтовність мислення хворого, інертність, при параної також виявляється така зміна психічної діяльності. Лише один цей

механізм всього параноїльного стану пояснити не може. При параноїльному стані крім марення, крім ґрунтовності мислення, настають ще й загальні зміни особистості, загальні зміни усієї діяльності мозку. Розвитку гострої параноїльної реакції може сприяти перевтома, безсоння тощо. Хворий стає підозрілим, тривожним, напруженим і навіть незначне емоційне потрясіння може призвести до виникнення параноїльної реакції (тривалість від кількох годин до 2 – 3 тижнів).

Осередок збудження триває досить довго, не згасає завдяки тонізації підкірки, обумовленої емоцією.

Часто зустрічаються іпохондричні реакції у людей, які дуже переймаються своїм здоров'ям. Це можуть бути й необережні слова лікаря, звістка про смерть знайомого. Читаючи книжки – знаходить у себе такі самі симптоми, як і описані у книзі [3].

Особливе місце займають маячні ідеї туговухих (унаслідок утрудненого мовного контакту стає підозрілим, хвилюється з приводу того, що люди можуть насміхатися з нього, говорять про нього).

Депресивні психогенні реакції

Крепелін назвав їх невротичною депресією. Зумовлені депресивні реакції психічними травмами, які можуть спричинити реакцію печалі, депресивний настрій. Настрій у хворих зазвичай пригнічений, усі думки зосереджені на події, яка викликала депресивну реакцію. Обличчя, як правило, сумне, скорботне, в очах – сльози. Сон і апетит порушені, мало рухається (сидить, лежить), питанням відповідає з великою затримкою, присутні ідеї самозвинувачення, суїцидальні думки. Течія реакції залежить від особливостей ситуації, характеру, властивостей особистості.

Реактивні психози

Реактивний психоз – це психічне порушення, мають психотичну симптоматику і що виникає після психічних травм, надсильних потрясінь, які є емоційно значущі особистості. Поруч із терміном «реактивні психози» у літературі можна зустріти термін «реактивні стани», «психогенні психози» тощо. Виникненню реактивних психозів сприяє астенізація внаслідок соматичних захворювань, інтоксикацій, травматичних та судинних ушкоджень головного мозку, а також стану, які тимчасово порушують роботу організму в цілому: безсоння, недоїдання, перегрів тощо.

Різні психопатологічні симптоми, що зустрічаються у межах реактивних психозів мають особливості. Найбільш характерними є: звужена свідомість, розлади сприйняття, відчуття, пам'яті та розлади емоційної сфери. Після закінчення дії психотравми симптоми реактивних психозів зменшуються до повного зникнення [1].

Невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади

Для вивчення невротичних розладів Charcot описав ряд клінічних картин, що він об'єднав загальним поняттям істерія і вважав його спадково детермінованим дегенеративним захворюванням. Janet був першим, хто запропонував класифікацію невротичних розладів на основі динаміки розвитку. Найбільший вплив на сучасне розуміння невротичних розладів зробили роботи Freud, що показав високу залежність виникнення невротичних розладів від еволюції інстинктивних спонукань індивіда під час його розвитку.

Невротичні розлади належать до так званої «малої психіатрії», що вивчає хвороби без психотичних симптомів. Ці хвороби характеризуються як малої інтенсивністю, а й малої тривалістю. На відміну від психопатії, при невротичних розладах страждає лише частина особистості, причому критичне ставлення до хвороби залишається збереженим.

На відміну від сучасного поняття «невротичні розлади» поняття «невроз» було введено в медицину в 1776 р. Cullen. Свого часу це було прогресивним, тому що дозволило виділити із низки соматичних захворювань психосоматичні розлади та пов'язати їх із порушенням нервової діяльності.

У наш час у поняття «невротичний розлад» вкладається різний зміст. Існують і різні теорії причин виникнення невротичних розладів.

З точки зору біхевіористів реально існують лише окремі невротичні симптоми як результат неправильного навчання (НУ Eysench, J. Wolpe, S. Rachman). На думку Eysench: «Немає неврозу, що ховається за симптомом, це просто сам симптом».

Екзистенціалісти (R. May) взагалі вважають невротичні розлади хворобою: «Невроз – це форма відчуженого існування хворого».

Прихильники гуманістичної психології (C. Rogers) кажуть, що невроз – це незадоволена потреба у самоактуалізації.

Представники течії «Антипсихіатрія» стверджують, що невротичні розлади – «нормальна поведінка в ненормальному суспільстві».

В. М. Мясіщев вважає, що невротичні розлади мають психогенну природу та характеризуються такими рисами:

1. Зв'язок особи хворого з психотравмою; нездатність хворого самостійно адекватно вирішити психотравмуючу ситуацію.

Виникнення та перебіг неврозу більш-менш пов'язаний з патогенною ситуацією та переживаннями особистості: спостерігається певна відповідність між змінами психотравмуючої ситуації та динамікою стану хворого.

2. Клінічні прояви за змістом пов'язані з психотравмуючої

ситуацією та переживаннями особистості, з основними найбільш сильними та глибокими її прагненнями, являючи собою афективну реакцію, патологічну фіксацію тих чи інших її переживань.

3. Відзначається висока ефективність психотерапії проти медикаментозним лікуванням.

Тестовий контроль знань

1. Виділяються всі запропоновані наукові платформи, що оцінюють етіопатогенез невротичних розладів за винятком:

- а) нейрофізіологічна
- б) психологічна
- в) соціально-психологічна
- г) астрологічна

2. Життєва подія, що зачіпає значні сторони існування людини, що і призводить до глибоких психологічних переживань, називається:

- а) стресом
- б) психотравмою
- в) дистресом
- г) еустресом

3. Найбільш важливою характеристикою життєвої події, здатної викликати невротичні розлади є його:

- а) вага
- б) тривалість
- в) глибина
- г) значимість

4. Невротичний конфлікт, що характеризується надмірно завищеними претензіями особистості, які поєднуються з недооцінкою чи повним ігноруванням об'єктивних реальних умов чи вимог оточуючих, називається:

- а) істеричним
- б) obsесивно-психастенічним
- в) неврастенічним
- г) психопатичним

5. Умовно-патогенні психічні травми пов'язані, насамперед, з:

- а) системою «умовної приємності»

- б) симуляцією
- в) системою відносин особистості
- г) моральними пріоритетами особистості

6. *Антиципаційна концепція неврозогенезу відзначає важливе значення:*

- а) збіги за часом психічної травми та вікової кризи
- б) потрапляння психотравми до «точки найменшого опору»
- в) тривалості дії психічних травм
- г) неспрогнозованості психічних травм

7. *Найбільшу роль у появі та формуванні невротичних розладів відіграють властивості:*

- а) вищої нервової діяльності
- б) характеру
- в) особистості
- г) усі відповіді вірні

8. *Посттравматичний стресовий розлад насамперед пов'язаний із:*

- а) стресом повсякденного життя
- б) подіями, що виходять за рамки повсякденного життєвого досвіду
- в) сімейно-побутовими конфліктами
- г) подіями, які поєднують психологічний вплив та черепно-мозкову травму

9. *Розлади, що виникають внаслідок складної психогенно-актуальної для великої кількості людей соціально-економічної та політичної ситуації, позначаються:*

- а) соціально-стресовими психічними розладами
- б) макросоціальними стресовими розладами
- в) посттравматичним стресовим розладом
- г) невротичними розладами

10. *До варіантів кризи ідентичності відносяться всі перелічені за винятком:*

- а) магічного
- б) містичного
- в) аномічного
- г) негативістичного
- д) дисоціального

11. Розлади, що характеризуються частковою або повною втратою нормальної інтеграції між пам'яттю на минуле, порушенням усвідомлення ідентичності та безпосередніх відчуттів, а також порушеннями контролю руху власного тіла називаються:

- а) істеричними
- б) конверсійними (дисоціативними)
- в) нарцисичними
- г) психосоматичними

12. Дисоціативний ступор характеризується:

- а) за станом психомоторного збудження
- б) за станом нерухомості
- в) зміною станів нерухомості та порушення
- г) за станом гучного плачу
- д) за станом добродушності

Розділ IV

МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ У ДИТЯЧІЙ КЛІНІЧНІЙ ПСИХОЛОГІЇ

У дитячій клінічній психології використовуються досить різноманітні методи дослідження з різних галузей психології: експериментальної, вікової, педагогічної, диференціальної психології, психофізіології, нейро-і патопсихології.

Вибір методичного апарату дослідження визначається цілями дослідження (диференціальна діагностика в залежності від передбачуваних захворювань, визначення глибини психічного ефекту, виявлення збережених психічних функцій, ступеня навчання дитини, уточнення емоційно-особистісних особливостей, впливу соціального середовища, наприклад, стилю сімейного виховання).

Діяльність клінічного психолога у галузі психологічної діагностики складається з 4-х етапів.

На першому етапі (попередньому) здійснюється збір інформації про дитину. Для цього клінічний психолог використовує різні екстенсивні методи.

1. Анамнестичний метод, що включає сукупність відомостей медичного, психологічного, соціального, педагогічного характеру. Анамнез заповнюється зазвичай за словами батьків за спеціально розробленою схемою, яка визначається специфікою конкретного лікувального або консультативного закладу, її цілями та завданнями. До анамнезу включаються: а) *загальні відомості про дитину* (склад сім'ї, соціальний статус батьків, причини звернення за консультацією тощо); б) *відомості про перебіг вагітності* (наявність токсикозів, загрози викидня, захворювання матері, професійні шкідливості, стресові ситуації тощо); в) *відомості про пологи* (доношеність – недоношеність, родові травми, асфіксія, стимуляція пологів, тривалість пологів та ін.); г) *ранній розвиток дитини* (початок сидіння, ходьби; гуління, белькіт, час появи перших слів і фразової мови, захворювання дитини, травми голови, непритомності, напади, тики, порушення сну і т.д.); д) *диспансерний облік* (вказується, у яких фахівців та протягом якого періоду дитина перебувала на диспансерному обліку); е) *характерологічні особливості дитини* (спокійний – неспокійний, товариський – замкнутий, агресивний – добродушний і т.д.), відвідування дитячих установ (ясла, дитячий садок, школа, різні гуртки із зазначенням профілю та психологічних труднощів адаптації в дитячому колективі, а також проблем у навчанні).

2. Метод вивчення медичної документації (медична карта з дитячої

поліклініки, виписка з історії хвороби, результати медичного дослідження у фахівців різного профілю, бесіда з лікарем).

3. Метод аналізу психолого-педагогічних характеристик (дошкільних чи шкільних установ). В окремих випадках виникає необхідність розмови з вихователями чи вчителями школи.

4. Метод вивчення продуктів діяльності дитини (дитячі малюнки, різні вироби, шкільні зошити тощо).

Перший етап у роботі дитячого клінічного психолога дозволяє йому сформулювати гіпотезу про патогенез, час впливу пошкоджуючого фактора, динаміку перебігу хвороби, особистісні особливості дитини, характер сімейного виховання і т. д. Цей аналіз історії розвитку дитини дозволяє підготуватися *до другого етапу* діагностичної роботи, з використанням методів розмови та спостереження.

Методи розмови та спостереження. Ці методи дозволяють уточнити багато висновків, зроблених психологом на першому етапі, і на їх основі здійснити адекватний підбір експериментального апарату дослідження. Відмінною особливістю бесіди та спостереження в *дитячій* клінічній психології є спрямованість не тільки на дитину, а й на батьків.

На основі попередньо сформульованої гіпотези про психічний дизонтогенез у розвитку дитини складається план розмови з дитиною та її батьками.

Найважливішим завданням першого психологічного контакту є створення атмосфери довіри як з боку батьків, так і з боку дитини. Особливо це стосується дітей із труднощами у спілкуванні, у мовному розвитку (мутизм, аутизм, заїкуватість). У таких випадках психолог застосовує різні індивідуальні прийоми, що полегшують входження в контакт з дитиною: ігрові методи, малювання, читання або розгляд картинок у книзі, присутність батьків (якщо дитина боїться залишатися одна в кабінеті).

Присутність батьків може бути особливо корисною з точки зору спостереження за особливостями взаємодії дитини з батьками, стилю виховання в сім'ї.

У процесі планомірного спостереження психолог звертає увагу такі особливості дитини, як: зовнішній вигляд, голос, мовна поведінка, фоновий стан, емоційні реакції, особливості конституції; спосіб поведінки (активність-пасивність, спілкування-ухилення від спілкування, організованість-хаотичність, ставлення до себе, до батьків і т. д.; мотивованість (зацікавленість) процесом та результатом ігрової або спеціально організованої діяльності, його самооцінка, впевненість-непевненість у собі, ставлення до помилок, невдач, оцінок психолога і т.д., працездатність, зосередженість уваги, пластичність – ригідність

мислення, розуміння зверненого мовлення, індивідуальний когнітивний стиль діяльності тощо Висновки, що робить психолог на основі спостереження, уточнюються та доповнюються у розмові з батьками:

- поведінка дитини в домашніх умовах, у дитячому садку або школі;
- взаємини з однолітками та з дорослими;
- кращі види діяльності, особливості реагування різні виховні заходи тощо.

Друге найважливіше завдання розмови з батьками – роз'яснення призначення обстеження, формування установки на спільний та різнобічний аналіз проблем дитини. У цьому сенсі другий етап діагностики є в якомусь відношенні терапевтичним.

В результаті використання методів бесіди та спостереження психолог більш чітко формулює клініко-психологічну проблему у розвитку дитини, уточнює причини та час впливу несприятливих факторів (біологічного, соціального характеру), складає психологічний портрет дитини та намічує шляхи власне діагностичної роботи, що дозволяє перейти до третього етапу .

Третій етап. На цьому етапі клінічний психолог, використовуючи різні інтенсивні методи (патопсихологічні, психометричні, нейропсихологічні, тести, опитувальники, проєктивні методи), вирішує завдання, сформульовані перших двох етапах діагностики.

У дитячій психіатричній клініці найбільш широкі застосування знаходять методики експериментальної патопсихології (С. Я. Рубінштейн, 1998; Б. В. Зейгарник, В.В. Ніколаєва, В.В. Лебединський, 1987; І.І. Мамайчук, 1999). Застосування цих методик дозволяє клінічному психологу провести диференціальний аналіз, відмежувати розумову відсталість та затримку психічного розвитку, наслідки органічних захворювань мозку та олігофренію.

Методики з дитячої патопсихології застосовуються не лише в психіатричній клініці, але також у неврологічній, терапевтичній та хірургічній клініках, де виникає необхідність аналізу змін мислення, пам'яті, уваги, сприйняття, працездатності та стомлюваності у хворої дитини.

Ці ж методики використовуються і для оцінки ефективності лікувальних і корекційних заходів, що проводяться.

У дитячій психіатричній клініці психолог у більшості випадків використовує методи поперечного зрізу (під час надходження хворої дитини на лікування) і повздовжнього (лонгitudного) спостереження (фіксування динаміки в процесі лікування, у період ремісій чи рецидивів хвороби). У зарубіжній клінічній психології використовуються тести

виявлення порушень когнітивних функцій. Це тести, що спеціально розроблялися як клінічні методики з оцінки інтелектуальної недостатності в дітей віком: тест Бентона на зорову пам'ять, зорово-моторний гештальт-тест Бендер. Ці тести стандартизовані, доведено їх надійність і валідність. Як пише А. Анастасі, ці тести корисні виявлення мозкових поразок, але недостатньо чітко диференціюють захворювання в дітей віком. Все ж таки для розумово відсталих дітей показник розвитку з гештальт-тесту Бендер високо валідний як міра інтелектуального рівня та прогнозу шкільних досягнень.

Більшість описаних у літературі тестів виявлення порушень когнітивних функцій розроблено для віку дітей понад 5-ти років. У той самий час окремі розділи клініко-психологічної діагностики патології дитячого віку розроблено нерівномірно. Так, наприклад, недостатньо представлено діагностику психічних досліджень раннього дитячого віку. Відчувається нестача методичних засобів. Це створює великі труднощі під час обстеження хворих дітей із порушеннями психічного розвитку, оскільки діти насилу входять у ситуацію обстеження, завжди охоче йдуть контакт із психологом, що висуває особливі вимоги до організації обстеження і до майстерності психолога. Також слід мати на увазі, що порушення мовного розвитку дитини можуть ввести в оману дитячого клінічного психолога та призвести до неадекватної оцінки ним інтелектуального рівня дитини.

Велику складність викликає також інтерпретація отриманих результатів, необхідність виділення первинних симптомів, пов'язаних із хворобою, та вторинних порушень (за Л.С. Виготським), обумовлених порушенням розвитку в умовах хвороби.

Метод діагностики порушень психічного розвитку немовлят, розроблений О.В. Баженової дозволяє поєднувати якісний аналіз психічного розвитку з кількісною за рівневою оцінкою розвитку кожної психічної функції. Ця методика дає можливість оцінити ступінь і характер порушення розвитку психічних функцій, і навіть функції, що розвиваються відповідно до середніми нормами, тобто. збережені функції.

Рання діагностика нервово-психічного розвитку дитини дозволяє клінічному психологу виявити відхилення від розвитку вже на першому році життя. Зокрема, патологічна гіперзбудливість немовляти (мало спить, часто кричить без видимої причини, важко заспокоюється, у нього не вдається викликати позитивні емоції) характерна для синдрому підвищеного внутрішньочерепного тиску і за різних уражень центральної нервової системи. Показником глибокого відставання у психічному розвитку може бути, наприклад, відсутність реакції дитини на новизну до

4-5 місяців першого року життя. А якщо у дитини у 6-8 місяців не є незвичайні гуляння (такі, як верески та крики), немає імітації звуків і жестів – це може бути проявом раннього дитячого аутизму.

Існує порівняльна характеристика аспектів раннього (від народження до 5 років) нормального розвитку раннього розвитку при аутизмі в тріаді ознак: мова та комунікація, соціальні взаємодії, розвиток уяви.

Таким чином, основним методом вивчення дітей до 5 років є стандартизоване спостереження, оцінка ходу розвитку поведінки дитини в повсякденному житті та порівняння показників із середньо нормативними для кожного вікового етапу.

Винятком є шкали (таблиці) розвитку А. Геззела та Н. Бейлі, які належать до тестових методів. Хоча і процедури спостереження, і методи обробки в шкалах Геззела на відміну від звичайних психологічних тестів недостатньо стандартизовані, є підстави вважати, що за відповідної досвідченості психолог може досягти надійності показників.

Шкали Бейлі, що показують високий коефіцієнт надійності, оцінюють ступінь розвитку дітей від 2-х місяців до 2,5 років за розумовим (пам'ять, сприйняття, навчання, вирішення проблем, вокалізація), моторним (уміння сидіти, стояти, ходити, рухати руками та пальцями) і поведінковому рівню (емоційна та соціальна поведінка, наполегливість і цілеспрямованість). Встановлено норми для цих шкал. Для розпізнавання ранніх сенсорних та неврологічних порушень, емоційних розладів та негативних впливів середовища ці шкали, як вважає А. Анастасі, можуть бути надзвичайно корисними.

Для дітей 2-3 років добре зарекомендувала себе методика Е.А. Стрібелевої (1994). Це комплексна методика оцінки розумового розвитку дитини, що виявляє адекватність поведінки, прийняття завдання, навчання та зону найближчого розвитку, ставлення дитини до процесу та результату своєї діяльності.

Завдання, що входять до цієї методики, дозволяють виявити можливості розумового розвитку: сприйняття, виділення окремих ознак предмета (величини, кольору): впізнавання; наочно-дієвого мислення; продуктивних видів діяльності (малювання, конструювання) та односторонність діагностування розумового розвитку дитини 2-3 років дозволяє виявити шляхи її корекційного навчання, специфічні для кожного типу порушень.

Пропоновані завдання належать до невербальних методик і можуть застосовуватися для дітей із будь-яким рівнем мовного розвитку. Останнє дуже важливо, якщо обстеженню підлягають діти з мовними порушеннями як первинними, і склалися з інтелектуальної чи сенсорної

недостатності.

Оцінюючи дії дитини важливою теоретичною основою є концепція «зони найближчого розвитку» Л.С. Виготського. Наявність ширшої зони найближчого розвитку в конкретної дитини є більш надійною (порівняно з актуальним запасом знань та умінь) ознакою успішності подальшого навчання, чим і визначається діагностична значущість цього критерію під час оцінки розумових можливостей із точки зору перспективи розвитку. Зона найближчого розвитку має велике диференційно-діагностичне значення для розмежування дітей із затримкою психічного розвитку та розумово відсталих.

Під час аналізу результатів обстеження основну увагу приділяється оцінці повноважень дитини щодо прийняття допомоги, тобто. його навчання. Пропонуються такі види допомоги: виконання завдань із наслідування, з використанням жестів, з мовленнєвою інструкцією. Навчання, тобто. перехід дитини від неадекватних дій до адекватних свідчить про потенційні можливості дитини. Відсутність результатів у деяких випадках може бути пов'язана зі грубим зниженням інтелекту, з порушеннями емоційно-вольової сфери.

Результати обстеження дітей раннього віку з використанням цієї методики показує, що відмінності між обстежуваними дітьми полягають переважно в характері пізнавальної діяльності: у прийнятті завдання, способах виконання (самостійно чи за допомогою дорослого), учня, інтерес до результату. Відповідно до цього обстежуваних дітей можна поділити на чотири групи.

Першу групу складають діти, які у своїх діях не керуються інструкцією, не розуміють мети завдання, а тому й не прагнуть його виконати. Вони не готові до співпраці із дорослими, діють неадекватно. Більше того, ця група дітей не готова навіть за умов наслідування діяти адекватно. Існує потреба повного обстеження цих дітей.

До другої групи входять діти, які самостійно не можуть виконати завдання. Вони важко вступають у контакт із дорослими та діють без урахування властивостей предметів. У характері їх дій відзначається прагнення досягти певного результату, тому для них характерними є хаотичні дії, а надалі – відмова від виконання завдання.

У разі навчання, коли дорослий просить виконати завдання з наслідування, чимало їх справляються. Однак після навчання самостійно виконати завдання діти цієї групи не можуть, що свідчить про те, що принцип дії так і залишився не усвідомлений. Зокрема, вони байдужі до результату своєї діяльності.

Аналіз результатів дослідження цих дітей дозволяє наголошувати на потребі використання інших методів їх дослідження (обстеження

психоневролога та інших.).

Третю групу складають діти, які зацікавлено співпрацюють із дорослими. Вони відразу ж приймають завдання, розуміють умови цих завдань і прагнуть їх виконання. Однак самостійно у багатьох випадках вони не можуть знайти адекватного способу виконання і часто звертаються за допомогою до дорослого. Після показу способу виконання завдання психологом багато хто з них може самостійно впоратись із завданням, виявивши велику зацікавленість у результаті своєї діяльності.

Показники дітей цієї групи свідчать, що у цій групі можуть бути діти з порушеннями слуху, зору, локальними мовними порушеннями, з мінімальною мозковою дисфункцією тощо.

Четверту групу складають діти, які з інтересом приймають всі завдання, виконують їх самостійно, діючи лише на рівні практичного орієнтування, а деяких випадках і лише на рівні зорового орієнтування. Наразі вони дуже зацікавлені внаслідок/наслідками своєї діяльності. Ці діти, зазвичай, досягають хорошого рівня психічного розвитку.

Знайшли застосування в дитячій клініці та спеціальні методики «навчального експерименту», в основі яких також лежить теорія Л. С. Виготського про зону найближчого розвитку (А.Я. Іванова, 1976)

Методика А.Я. Іванової, окрім якісної оцінки потенційних можливостей дитини до оволодіння новими знаннями у співдружній роботі з дорослими, дає можливість і кількісно врахувати необхідну допомогу у вигляді дозованих «уроків-підказок». Цей тест обґрунтований теоретично, доведено його надійність та валідність. Він використовується в клініці та має диференційно-діагностичне значення для оцінки розумового розвитку дітей із затримкою психічного розвитку та олігофренією. Цей тест допомагає виділити основну якість, що відрізняє здорову дитину від розумово відсталої – здатність до навчання.

У практиці психологічного консультування найчастішим завданням клінічного психолога є діагностика різних труднощів у навчанні дітей у школі, причини яких може бути як органічного походження (ураження головного мозку в пренатальному, натальному та постнатальному періодах, порушення сенсорних функцій), так і соціально-психологічного (умови життя та виховання в сім'ї, дошкільних закладах).

Проблеми в навчанні дитини можуть бути пов'язані з різноманітними порушеннями поведінки різної етіології. Одним словом, кожен конкретний випадок є індивідуальним за своєю природою, поєднанням симптомів та ступеня труднощів. Тому це завдання вимагає від клінічного психолога вміння використовувати найширший набір методів, тестів, проб, доповнюваних різними процедурами розмови,

спостереження, збору анамнестичних відомостей.

Найважливішим питанням є діагностика шкільної зрілості дитини. Ця діагностика зазвичай складається з двох етапів: скринінг-дослідження та поглибленого клініко-психологічного дослідження.

Доведено, що для скринінг-дослідження шкільної зрілості добре зарекомендував себе комплекс експрес-діагностики, що включає такі методики: орієнтовний графічний тест Керна-Єрасика (1977) на вербальне та невербальне мислення, графічний диктант Д.Б. Ельконіна, 1988), методика «Завчивання слів» С.Я. Рубінштейна (1970). Цей набір експрес-методів дозволяє в короткий термін виявити дітей із так званої «групи ризику» щодо успішності навчання, визначити оптимальний вік початку шкільного навчання та у разі потреби побудувати програму поглибленого патопсихологічного дослідження дитини.

Не слід забувати, що причиною багатьох труднощів у навчанні можуть бути й легкі порушення у дозріванні та функціонуванні мозку, у тому числі мінімальні мозкові дисфункції у дітей (ММД), які відносяться скоріше до розряду прикордонних медико-соціальних проблем.

До симптомокомплексу ММД входять такі особливості, як підвищена розумова стомлюваність, несформованість довільної сфери поведінки, дефіцит уваги, зниження обсягу оперативної пам'яті.

Із загального опису дефекту видно, що з діагностики ММД використовуються зазвичай коректурні проби, спрямовані на оцінку нейродинамічних характеристик, властивостей уваги і динаміки працездатності.

Однією з варіантів таких методів є тест Тулуз-Пьєрона, (адаптований нашої країні Л.А. Ясюковой, 1997). Стандартизація, валідність, зокрема прогностична, дозволяє використовувати цей тест у клінічних умовах (В. Черни, Т. Коларік, 1988). Його перевагою є і можливість (навіть необхідність) групового проведення дослідження, а також малі часові витрати (15-20 хвилин). Все це дозволяє використовувати цей тест у рамках лонгітюдного дослідження.

Цей тест дозволяє диференціювати п'ять типів ММД: астенічний, реактивний, ригідний, активний і субнормальний. Формування цих типів пов'язане з поєднанням і вираженістю таких факторів, як ослабленість мозкової діяльності, неузгодженість діяльності окремих підструктур мозку, а також дисбаланс нервових процесів.

У дитячій психіатрії, неврології, нейрохірургії широко використовуються нейропсихологічні методи з метою встановлення точного діагнозу вогнищевих уражень головного мозку. Перший варіант нейропсихологічної діагностики розробили А.Р. Лурія (1969). Згодом ця методика була багаторазово адаптована з оцінкою за якісно-

кількісним методом учнями та послідовниками О.Р. Лурія.

Запропонована в ній батарея/низка методик є стандартизованою за умовами та аналізом результатів дослідження, апробованою на широкому клінічному контингенті дітей (діти з олігофренією, спастичними право- та лівосторонніми геміпарезами) і на групі здорових дітей.

Як зазначає Л.С. Цветкова, нейропсихологічні методики дають можливість досліджувати порушену (або несформовану) функцію на трьох рівнях її організації: мозковому, психофізіологічному та психологічному, що дозволяє не просто виявити симптом, але і його природу та механізми, порушення внутрішньо- та міжфункціональних зв'язків.

Особливу складність для клінічного психолога становлять методи оцінки емоційного стану хворої дитини. Емоційна сфера страждає у дитячому віці практично за будь-якого типу психічного порушення. Емоції відіграють значну роль в афективній симптоматиці різних розладів (К. Ізард, 2000). Н.Л. Білопольська (2000) пише про те, що діагностичні дослідження інтелектуальних та афективно-особистісних особливостей аномальних дітей велися начебто паралельно, лише побічно торкаючись один одного.

Широко застосовувані для підлітків і дорослих особисті питання майже не придатні для дослідження в дитячій клінічній психології, особливо для дітей дошкільного віку. У дослідницьких цілях часто застосовується опитувальник Кеттелла для віку від 8 до 12 років (особистісний опитувальник для дітей) та від 6 до 8 років (особистісний опитувальник для початкової школи).

Ширше для діагностики емоційно-особистісної сфери дітей застосовуються проєктивні методи: методика С. Розенцвейга – для дітей від 4 до 14 років, Р. Жилія (методика є перехідною формою між анкетною та проєктивним тестом, і на відміну від методики Розенцвейга є доступнішою для дітей дошкільного віку, оскільки вимагає розгорнутого відповіді И.Н. Гильяшева і Н.Д. Ігнат'єва) адаптували цей тест для російської популяції і скоротили кількість завдань до 42. Результати, отримані за допомогою методики Р. Жилія (кількісні та якісні), дозволяють робити висновки стосовно соціальної пристосованості дитини, її взаємин у родині та з близьким оточенням. Наприклад, для дітей-епілептиків, які страждають малими нападами, порівняно зі здоровими дітьми, у системі сімейних відносин характерною є перевага матері.

Серед проєктивних методів у дитячій клінічній психології найчастіше застосовуються графічні (малювальні) методи.

У малюнках діти висловлюють свої почуття, емоції, ставлення до

інших людей, які входять до їх найближчого соціального оточення у малюнках діти можуть висловити те, що їм важко, інколи ж можна було б сказати словами, тобто. мова малюнка більш відкрита та щира. Вона краще передає сенс зображеного, аніж вербальна мова.

Особливо ефективним є застосування цих методів у дошкільному та молодшому шкільному віці. Найчастіше саме малювання є єдиною можливістю налагодити контакт психолога з дитиною. Особливості графічних зображень корелюють із рівнем інтелектуального розвитку дітей.

За тяжкої імбецильності діти не в змозі навіть повторити за дорослим прості рухи (намалювати лінію). Вони частіше просто пасивні з олівцем і папером. Їх «каракулі»/неідентифіковані абстрактні малюнки не асоціюються з реальними об'єктами.

У дітей із діагнозом «дебільність» під час малювання є відсутніми багато суттєвих ознак предметів. Малюнки схематичні, з елементами, що часто повторюються. За можливості вибору кольору вони вибирають максимум 1-2. Якщо у здорових дітей образотворча діяльність розвивається спонтанно, то у розумово відсталих дітей вона розвивається лише за спеціального цілеспрямованого навчання.

Проективні (малювальні) методи прийшли до нас із Заходу, де набули поширення з початку 50-х років. З-поміж багатьох цих методів у дитячій клінічній психології найбільш ефективними є: «малюнок людини» – тест Ф. Гудінаф і Д. Харріс; «тест дерево» К. Коха, «тест будинок-дерево-людина» Д. Бука, малюнок родини В. Вульфа, а також методика «Неіснуюча тварина».

Малювальні тести, як пише Г. Хоментаскас, можуть бути засобом орієнтації психолога в проблемах дитини, застосовуватися для побудови робочої гіпотези, але отримані з їх допомогою результати не можуть стати єдиною основою психологічної діагностики.

Використання проективних методів на практиці клінічного психолога дає можливість з допомогою розмови (наприклад, щодо малюнка), і навіть спостереження за дитиною глибше проникнути до її внутрішнього світу, зрозуміти її індивідуальні, індивідуальні особливості.

Вирішуючи завдання судово-психіатричної експертизи, клінічний психолог використовує різні методи, що стосуються класу проективних, особистісних, патохарактерологічних, а також методи діагностики інтелекту при судинних, посттравматичних ураженнях мозку, епілепсії тощо.

У вітчизняній клінічній практиці психолог традиційно орієнтується на якісний аналіз результатів дослідження, що є ефективним з погляду системного синдромального аналізу, але водночас не забезпечує стандартних умов проведення експерименту, обробки даних та їх

інтерпретації.

На думку В.Н.Сінева, М.М. Кабанова, А.Є. Лічко, В.М. Смирнова та ін., використання (після відповідної адаптації) зарубіжних стандартизованих (тестових) методик у поєднанні з методами клінічного та клініко-психологічного дослідження хворого, дає хороші діагностичні результати.

У дитячих психіатричних стаціонарах, медико-психолого-педагогічних консультаціях при судово-психіатричній експертизі часто використовуються такі стандартизовані тести, як Стенфорд-Біне, шкали Векслера, Равена та інші.

Результати досліджень, одержувані під час використання екстенсивних методів аномальної дитини, разом із тестовими показниками створюють більш точну картину психічного дизонтогенезу.

Продуктивним, з погляду якісного аналізу результатів тестів Векслера, виявився факторний аналіз методом взаємкореляцій.

За твердженням А. Анастасі (1982), «...патологічні зміни внаслідок пошкоджень мозку або психічних розладів не позначаються на його інтелектуальних функціях однаковою мірою: деякі функції, ймовірно, відносно зберігаються. Тоді як інші виявляються чутливішими до конкретних патологічних змін». Тому разом із кількісними показниками клінічний психолог здійснює і якісну інтерпретацію отриманих результатів. З цією метою використовується структурний і профільний аналіз показників тесту для визначення типу відхилень.

В Україні широко застосовується тест Д. Векслера для дітей віком від 5 до 16 років, адаптований О.Ю. Панасюком (1973) та відредагований та покращений Ю.І. Філімоненко та В.І. Тимофєєвим (1991). Він використовується в адаптованому вигляді також для дошкільнят від 4 до 6,5 років. Цей варіант тесту включає 10 субтестів (5 вербальних та 5 невербальних). Вербальні субтести: обізнаність, словниковий запас, рахунок, подібність, розуміння. Невербальні субтести: будиночок для тварин, доповни картинку, лабіринт, геометричні фігури, конструювання блоків. Зазвичай весь тест займає трохи більше 50 хвилин.

На думку фахівців, які працюють із тестом Векслера відомо, що ця методика є надійним та валідним інструментом діагностики інтелектуального рівня дітей із проблемами у розвитку, навчанні та вихованні.

Особливо добре зарекомендували себе шкали Векслера для профільного аналізу, оскільки всі показники субтестів виражаються у стандартних показниках, що безпосередньо порівнюються. Для якісного аналізу отриманих результатів враховується величина розкиду (ступінь розбіжностей) за субтестами. Міжтестові відмінності більші у випадках патології, ніж при нормі (І.І Мамайчук, 1974).

Структурний аналіз у тесті Векслера може відбивати конкретні клінічні синдроми: мозкові ушкодження, шизофренію, епілепсію та інші захворювання (Л.І. Вассерман).

Було виявлено три групові фактори: вербального розуміння (Субтести «словниковий запас», «обізнаність», «розуміння», знаходження подібності»), перцептивної організації (субтести «конструювання блоків», «складання об'єктів») і фактор пам'яті (субтести арифметичний, «Запам'ятовування цифр»). У роботах І.І. Мамайчук, Г.В. П'ятакової з дослідження дітей із дитячим церебральним паралічем разом із затримкою психічного розвитку та розумової відсталістю показано висока диференціально-діагностична значимість результатів методики Векслера.

Застосування та інтерпретація індивідуальних тестів інтелекту Станфорд-Біне, шкали Векслера, шкали дитячих здібностей Маккарті та інші) не тільки мають сумарний показник типу IQ, що допомагає розрізнити розумову відсталість від затримки психічного розвитку, але і дозволяють отримати якісну інформацію, що відноситься до спеціалістів. За допомогою цих тестів можна розкрити можливі недоліки таких психічних процесів як сприйняття, зорова пам'ять, проблеми у руховій сфері, обмеженість короткочасної пам'яті, утруднення в абстрактних уявленнях та багато видів мовних розладів. Окрім того, спостерігаючи за дитиною в ході тестування, клінічний психолог може зібрати інформацію про специфічні особливості емоційних, вольових, мотиваційних характеристик, він може зрозуміти, яка самооцінка дитини, рівень її домагань, впевненість-невпевненість у собі і т.д.

Четвертий етап у діагностичній роботі – аналіз, зіставлення та узагальнення результатів, отриманих на 3-му етапі, та написання висновку. Це найскладніший етап у діагностиці, оскільки вимагає від психолога високого рівня професіоналізму, знань у безпосередньої області клінічної психології, а й у суміжних областях, особливо у медицині, і головне – наявність досвіду.

У багатьох роботах вітчизняних провідних фахівців у галузі експериментальної патопсихології та клінічної (медичної) психології наводяться рекомендації щодо складання включень (С. Я. Рубінштейн, 1998; В. М. Блейхер, 1976; Л. Г. Дем'янов, 1999; Б. В. Зейгарник, В. В. Ніколаєва, В. В. Лебединський, 1987, та ін). Усі автори сходяться на думці, що не може бути стандартної форми в написанні висновку, тому що не може бути стереотипної побудови дослідження та підбору методик. Однак, узагальнюючи всі рекомендації та враховуючи власний досвід роботи дітьми, які мають відхилення у розвитку, наводимо приблизну схему написання висновку.

ДОДАТКИ

СХЕМА КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО ВИСНОВКУ

1. Опис мети та завдань дослідження, сформульованих на початкових етапах» діагностики, а також у зв'язку з клінічним запитом (диференціальна діагностика), залежно від передбачуваних захворювань, визначення глибини психічного дефекту, вивчення ефективності терапії.

2. Причина звернення до фахівця з клінічної психології (за оцінкою батьків), ким дитину направлено на консультацію (дошкільний, шкільний заклад, дитяча поліклініка тощо), скарги батьків хворої дитини на стан розумової працездатності, пам'яті, уваги, стомлюваності та інших показників

Значні дані з анамнезу.

3. Зовнішній вигляд дитини, її манера триматися, вступати в контакт, особливості промови, міміки, жестів, пози, стан одягу. Оцінка реакцій на новизну, особливості вільної поведінки дитини, інтерес до іграшок, предметів, що перебувають у кабінеті. Взаємодія з батьками. Оцінка соціальної зрілості дитини (дотримання соціальної дистанції у спілкуванні).

4. Ставлення дитини до процесу діагностичної роботи (рівень розуміння зверненої до неї мови, виконання інструкцій, відволікання, зосередженість під час виконання різних завдань, зацікавленість у процесі та результатах діяльності, виснажливність (втомлюваність), ставлення до невдач і похвали, самооцінка, впевненість у собі і т.д.).

5. Опис результатів конкретних методів дослідження (наводяться назви методів і методик), що використовуються в діагностиці випадку. Цю частину укладання доцільніше писати за окремими методиками і за психічними процесами, у вигляді окремих положень, доведених чи ілюстрованих експериментальними даними, отриманими за допомогою різних методик. Вказуються западаючі і збереження сторони психічної діяльності дитини, його навчання, зони найближчого розвитку.

Під час написання висновку потрібно дотримуватись його максимальної лаконічності та доказовості. З цією метою слід у висновку писати про провідні патопсихологічні особливості, показники конкретних методик наводити тільки для ілюстрацій або пояснення підходу.

За стилем висновків має бути написано мовою, зрозумілою для тих,

кому адресовано. Можна погодитись з Ю.Г. Дем'яновим, який вважає, що з написанні психологічного укладання краще уникати використання психіатричної термінології. Наприклад, замість запису: «У хворого під час розмови відзначаються слухові справжні галюцинації» краще докладно описати поведінку хворого: «Під час розмови хворий раптово на слові перервав фразу і, повернувши голову у бік дверей, напружено прислухався, потім, зітхнувши, сказав, що знову він чув з-за дверей голос своєї покійної бабусі, яка повідомила, що на тому світі їй легко, а потім сказала: «Живи і радій, але нікому нічого не говори».

Узагальнення результатів діагностичної роботи та сформульованого психологічного діагнозу, рекомендації щодо подальшого дослідження у інших фахівців (логопед, психоневролог, психіатр, дефектолог), психологічної корекції, надання допомоги дитині з боку батьків, вихователів, вчителів, направлення на медико-психолого-педагогічну (якщо необхідне рішення про вступ до спеціальних дошкільних та шкільних закладів).

У книзі С.Я. Рубінштейн «Експериментальні методики патопсихології» наводиться багато конкретних прикладів написання психологічних висновків залежно від специфіки клінічної ситуації.

Таким чином, написання психологічного висновку є завершальним етапом усієї діагностичної роботи, складність і багатозначність якої висуває вимоги до методологічного забезпечення процесу вивчення аномального розвитку дитини.

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНЕ ОБСТЕЖЕННЯ У КЛІНІЦІ

Клініко-психологічне інтерв'ю

Клініко-психологічне інтерв'ю (бесіда) – це метод надання інформації про індивідуально-психологічні особливості особистості та психологічні стани. Від звичайного опитування інтерв'ю відрізняється тим, що воно спрямоване на діалогічний характер і не лише на ідентифікацію ознак патології, які явно пред'являються, а й на розпізнавання прихованих ознак, а також більш точне розуміння істоти проблеми.

Принципи клініко-психологічного інтерв'ю:

- однозначність та точність питань;
- Доступність;
- перевіряемость і адекватність;

– *Неупередженість.*

Принцип однозначності і точності передбачає однозначне формування питань, що не допускають різноманітності в розумінні того, про що запитує діагност пацієнта (наприклад), (чи переживаєте ви на собі психічну дію? Це є неоднозначним, оскільки під дією можна розуміти різні речі: іншопланетян інших людей, сильні переживання).

Принцип доступності передбачає, що діагност звертається до пацієнта зрозумілою йому мовою, відповідного його соціального статусу, рівня знань, словникового запасу, культурних особливостей.

Принцип адекватності вимагає уточнення змісту уточнення однакових слів, якими користується пацієнт та психолог для виключення неправильної інтерпретації відповідей.

Принцип неупередженості передбачає контроль діагноста над тим, чи не нав'язує він пацієнтові своїх уявлень про наявність у нього патології.

Саме інтерв'ю (розмова) і двох частин.

Перша частина – *встановлення психологічного контакту*. Це найважливіший етап, здатний вплинути на наявність отриманих результатів.

Зазвичай, під час роботи з підлітками клінічний психолог стикається з тим, що дитину наводять на прийом дорослі: батьки та педагоги. Причиною звернення до клінічного психолога стає проблемна з погляду дорослих поведінка дорослих. Тож діти часто не розуміють, чому їм потрібно розмовляти з психологом і брати участь у якихось обстеженнях. Тому первинне клініко-психологічне інтерв'ю ніколи не слід орієнтувати на отримання інформації: його краще починати з інтуїтивної підтримки, уточнення самопочуття та здатності брати участь у дослідженні, пояснення цілей та завдань зустрічі психолога з дитиною. Однак, якщо бути відвертим, подібні завдання нерідко вирішуються і клінічним психологом, який працює з дорослими людьми (наприклад, пацієнтами психіатричних клінік).

Друга частина інтерв'ю – розмова під час експерименту – більш характерна для нозологічної парадигми клінічної психології. Зміст цієї розмови завжди залежить від поставленого завдання.

У описово-феноменологічній парадигмі клініко-психологічне інтерв'ю є основним способом обстеження особистості, тоді як спостереження і психологічне тестування (експеримент) грають допоміжну роль і найчастіше не використовуються.

Клініко-психологічне інтерв'ю може бути напівструктурованим та вільним. Напівструктуроване інтерв'ю включає перелік питань, що стосуються конкретної проблеми, щодо якої дорослі звернулися до

психолога. Воно дозволяє психологу за короткий період зібрати повну інформацію необхідну постановки психологічного діагнозу і пояснити всі аспекти проблеми. Напівструктуроване інтерв'ю складаються на основі таксономічних (синдромальних) ознак психічних чи поведінкових розладів та полегшують класифікацію проблеми в універсальних визначеннях хвороб. Питання в таких інтерв'ю спрямовані на ідентифікацію симптомів розладу, визначення типових ситуацій їхнього прояву інтенсивності та глибини порушень сімейних та міжособистісних. Ефективність проведення структурованого інтерв'ю визначається двома факторами: 1. якістю міжособистісного контакту психолога та дитини; 2. гнучкістю проведення інтерв'ю (облік психологом індивідуального стану дитини, ситуації обстеження та особливостей життя дитини).

Дані клініко-психологічного інтерв'ю допомагають сформувати досить велику інформацію про актуальні проблеми дитини та ситуацію, в якій вона знаходиться. Вільне інтерв'ю дозволяє дітям і дорослим спонтанно висловлювати найактуальніші, не нав'язані психологом думки та відчуття, як це і буває з ними у повсякденному спілкуванні. Багато психологів розробляють індивідуальний стиль залучення клієнтів у вільне психологічне інтерв'ю, використовуються різні «приманки» – відеоігри, іграшки, громадську діяльність (гра, побутове спілкування). Працюючи з маленькими дітьми доцільно спочатку залучити до гри чи діяльності одну з близьких осіб, якій він довіряє (наприклад, розпочати роботу зі спільної розмальовування чи малювання картинок). Під час вільного інтерв'ю необхідно зібрати інформацію про сприйняття дитиною самого себе та інших людей, дізнатися про його звичайні поведінкові реакції в різних ситуаціях спілкування та взаємодії. За такого інтерв'ю важливою може бути будь-яка інформація, яка стосується поглядів дитини на ситуацію звернення до психолога з приводу обстеження, а також його інтерпретації того, що трапиться в інших життєвих подіях.

У первинному клініко-психологічному інтерв'ю, що проводиться будь-яким методом, важливо провести обстеження психічного статусу. Інформація про психічний статус є враження психолога від спілкування з клієнтом. Таке обстеження дозволяє виділити ті аспекти поведінки, що необхідно надати ретельному аналізу, зіставити скарги (саму дитину чи дорослих) із враженням, що склалося. Психічний статус включає п'ять параметрів:

- зовнішній вигляд обстежуваного;
- комунікабельність та поведінка під час бесіди та тестування;
- настроїв та емоцій;
- інтелект;

– особливості сприйняття себе, часу та навколишньої реальності.

Для оцінки *зовнішнього вигляду* потрібно звернути увагу на зовнішність, відповідність зовнішнього вигляду віку, ходу, одяг, зовнішній вигляд (охайний, неохайний), використання пози та жестів, вираз обличчя.

Комунікабельність і поведінка під час бесіди та тестування дає інформацію про сформованість соціальних навичок спілкування та взаємодії, про рівень моторного збудження, ставлення до факту бесіди з психологом (роздратування, агресія, прагнення викликати до себе симпатію, оборонна позиція, апатичність, сарказм) та адекватність поведінки ситуації. Комунікабельність дозволяє оцінити процес мислення: цілісність чи розірваність, рухливість, доцільність.

Настрій та емоції характеризують психологічний стан обстежуваного (похмурість, напруженість, безвихідь, обурення, впевненість, смуток, ейфорія, страх і т.д.).

Інтелект характеризується словниковим запасом, наявним запасом знань, здатністю розуміти зв'язок речей та явищ, робити висновки.

Особливість сприйняття себе, часу та навколишньої реальності, характеризують здатність людини знати час, місце, хто вона і де знаходиться, а також рівень свідомості (ясне, сплутане, затьмарене), адекватність самооцінки, наявність порушень сприйняття.

У процесі психологічної оцінки скарг слід враховувати манеру та послідовність їх викладу. Має значення те, як висуваються скарги: з боязкістю, незручністю, сором'язливістю, тривожною напруженістю, або, навпаки, спокійно, відкрито, надмірно «голо». Якщо скарги хворого не відповідають уявленню лікаря про його стан, треба шукати причину цього. Важливо, як хворий їх інтерпретує, чим більше акцентує увагу. Під час вислуховування та оцінки скарг, з'ясовується, як хворий реагує на свої патологічні відчуття. Виходячи з цього лікар може скласти уявлення про особливості внутрішньої картини хвороби і таким чином з'ясувати, як хворий розуміє і переживає свою хворобу: адекватно, недооцінює, перебільшує сприймає як загрозу життю тощо.

Аналіз історії життя включає отримання інформації про потенційно значущі етапи розвитку та життєві події, які вплинули на прояв симптомів розладу. Ця інформація зазвичай стосується наступного кола питань:

- народження дитини та пов'язані з цим події (вагітність, ускладнення при пологах, вживання матер'ю психоактивних речовин протягом вагітності);

- розвиток дитини (вік, у якому дитина почала ходити, говорити, привчилася до туалету, отримала навички самообслуговування);

- медична історія (травми нещасні випадки, операції, супутні захворювання, що за медичні препарати приймалися у минулому і зараз);
- характеристика історії сім'ї (вік сім'ї та батьків, рід занять батьків, їх освіта, інформація про психічні хвороби родичів);
- соціальні навички дитини (особливість її міжособистісних відносин з батьками, педагогами медпрацівниками, друзями, іншими дітьми, у які ігри грає, якій діяльності надає переваги);
- історія освіти дитини (коли пішов у дитячий садок чи школу, що за успішність має, чи відвідував раніше інші школи, чи має додаткові заняття, які стосунки з вчителями та однокласниками);
- інформація про дозвілля та стосунки особистості з ровесниками (якщо йдеться про підлітків);
- опис спроб впоратися із розладами до звернення до психолога;
- очікування тих, що оточують цю дитину.

Етапи експериментального дослідження у клінічній психології

1. *Етап формулювання клінічної задачі.* Розмова із лікарем, медперсоналом, батьками, родичами хворої, педагогами дитини. Ознайомлення з хворобою пацієнта. Завдання: а) формулювання мети дослідження; б) уточнення об'єкта дослідження; в) попередній збір анамнезу.

2. *Розмова із пацієнтом.* Завдання: а) встановлення контакту із пацієнтом; б) формування пацієнта на співпрацю у процесі експериментально-психологічного дослідження; в) збирання анамнезу; г) отримання деяких даних обстеження (стан пам'яті, уваги, емоційна сфера, становлення хворих, скарги).

Розмову потрібно розпочинати з паспортних даних, на підставі чого складається думка про стан пам'яті. Згодом уточнюється стан пам'яті (короткочасна та тривала – викласти події власного життя, історичні події, недавні події), оцінюється увага, характеризується стан свідомості: орієнтування у часі, місці, особистості. Питання необхідно ставити у невимушеній, природній манері, як у звичайній розмові. Також з'ясовуються ставлення пацієнта до свого захворювання, проблеми, роз'яснюється мета експериментально-психологічного обстеження. У подальшій розмові з'ясовуються особливості особистості (до захворювання на даний момент), оцінка змін, що відбувається, оцінка самопочуття, працездатності, культурно-освітній рівень. Важливо визначити скарги хворого, що стосуються психічної сфери (скарги на стан пам'яті, уваги, настроїв, комунікабельність, стомлюваність тощо).

3. Експериментально-психологічне дослідження психічних процесів

Проведення методик експериментально-психологічного дослідження. Обстеження пізнавальної сфери зазвичай проводять за допомогою функціональних проб, особистості, як функціональних проб, і особистісних опитувальників, проєктивних методик.

Обстеження треба починати з методик на увагу та пам'ять, наявний оптимальний рівень розумової працездатності хворого. Методики на емоційно-вольову сферу та особистісну бажано проводити окремо, у наступне обстеження, оскільки після проведення завдань на пізнавальну сферу у хворого може виникнути мотив експертизи. Якщо обстеження одноразове, потрібно зробити невелику паузу та зробити аналіз щодо проєктивного характеру виконання методик на індивідуальні особливості особистості.

Виконання кожного завдання має передувати інструкція, що має визначити ситуацію дослідження та забезпечити співпрацю психолога та пацієнта. Недбало подана інструкція може призвести до неадекватних результатів. Інструкцію необхідно заздалегідь випробувати до початку обстеження. Вона має бути максимально лаконічною, відповідати розумовим здібностям пацієнта, віку, унеможливлувати суперечливе розуміння. Можливе використання попередніх прикладів, якщо пацієнт не справляється із завданням, важливо спільно обговорити причини цього. Також важливо оцінити, чи приймається допомога з боку психолога пацієнтом, чи виключається їм (негативізм, навмисність – опір). Отже, психолог активно включений у процес обстеження, він: а) пояснює інструкцію, домагаючись повного розуміння обстежуємим; б) постійно ставить питання щодо виконання хворим завдань; в) дозовано надає допомогу.

Принципи надання допомоги у процесі виконання методик :

1. Надання допомоги має бути суворо-послідовним – спочатку слід переконатись, що легші форми безрезультатні;

2. Втручання експериментатора має бути скупим, небагатослівним та обдуманим;

3. Усі акти надання експериментатором допомоги мають бути зареєстрованими.

Форми надання допомоги (за наростаючим):

- просте перепитування, звернення уваги;
- похвала («так, мабуть, продовжуйте»)
- уточнюючі питання (чому хворий зробив так чи інакше)
- навідні питання;
- критичні заперечення експериментатора;

- підказка, поради діяти тим чи іншим чином;
- зразок дії, а потім самостійне повторення;
- тривале навчання хворого, правильно виконувати завдання

Потребує повного, точного запису обставин експерименту, що проводиться, висловлених пацієнтом думок. Під час проведення кожної методики експериментатор записує результати до протоколу, за якими буде потім написано висновок.

Загальна форма протоколу проведення експериментально-психологічного дослідження

Дії експериментатора, інструкції, питання, допомога	Дії обстежуваного	Слова обстежуваного (питання, пояснення)

4. Складання висновку.

Схема психологічного висновку з експериментально-психологічного дослідження

1. ПШБ хворого, вік, діагноз лікаря, відділення.
2. Анамнез хвороби, анамнез життя.
3. Скарги щодо психічної сфери хворого.
4. Поведінка хворого у процесі обстеження (ставлення до ситуації обстеження, ступінь мотивації, старанність виконань, реакція на критику експериментатора, характер помилок, самостійність у їх виправленні, активність, активний стан під час обстеження, особливості зовнішнього вигляду, міміки та пантоміміки, мова, характер допомоги, що її потребував пацієнт у процесі виконання завдання).

5. Результати виконання методик. Маємо звернути увагу на заключні результати виконання методик, що стосуються характеристики психічних процесів. Посилання на методики роблять у дужках. Комплексне дослідження хворого зазвичай містить аналіз таких психічних процесів як: увага, пам'ять, мислення, емоційно-вольова сфера та особистісна (у разі обстеження дітей ще додається інформація щодо розвитку мови, моторики, сприйняття, уяви. Обов'язково відзначається також зона найближчого розвитку по всьому психічним процесам). Дослідження сприйняття зазвичай проводиться у разі грубої патології (патопсихологічне та нейропсихологічне дослідження).

6. Вступ (резюме). Коротка характеристика основних психічних процесів, збереження сторін психіки, найвиразніші особливості особистості. Висновок має відповідати питанню, поставленому на початку дослідження.

7. Поради. Додатковий пункт психологічного дослідження. Може бути зазначено, що рекомендовано консультацію психоневролога, сімейне психологічне консультування, психокорекційну роботу, що спрямована на розвиток пізнавальної чи особистісної сфери тощо.

МЕТОДИКИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

Дослідження пізнавальної сфери

Методики дослідження уваги:

Коректурна проба

Таблиці Шульте, таблиці Шульте-Горбова

Рахунок по Крепеліну

Методика Мюнстерберга

Методики дослідження пам'яті:

10 слів

Піктограми

Опосередковане запам'ятовування за О. Г. Леонтьєвим

Переказ оповідання

Методики дослідження мислення:

Класифікація предметів

Виняток зайвого

Прості аналогії

Складні аналогії

Прості узагальнення

Співвідношення прислів'їв, метафор і фраз

Розуміння оповідань

Послідовні картинки

Порівняння понять

Піктограми

Дослідження емоційно-вольової сфери особистості

Дослідження самооцінки за Дембо-Рубінштейном

Торонтська шкала олекситимії

ММРІ (Мінессотський багатопрофільний особистісний опитувальник, ММІЛ за модифікацією Березіна Ф.Б. та ін, ЗМІЛ за модифікацією Собчик Л.М.)

РНП (рівень невротизації психопатизації)

ПДО (Патохарактерологічний Діагностичний Опитувальник)

Лічко-Іванова

МКВ (тест Люшера)

Дослідження акцентуацій щодо Шмішека-Леорганда

Методика самооцінки Ч.Д. Спілбергер – Ханіна Ю.Л.

Шкала тривожності Тейлора

Опитувальник депресії Бека

Малювальні методики («Неіснуюча тварина», «Малюнок сім'ї», «Дім-Дерево-Людина», «Автопортрет»)

Дослідження фрустрацій реакцій за Розенцвейгом

Опитувальник агресії Басса-Дарки

Опитувальник Кеттела

Дослідження ставлення до хвороби

Лобі

Дослідження фрустраційних реакцій із Розенцвейгу

Малювальні методики «Моя хвороба», «Мій організм і хвороба»)

СХЕМИ ПСИХОДІАГНОСТИЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ ОСІБ РІЗНОГО ВІКОВОГО КОНТИНГЕНТУ

Робота з дітьми дошкільного-молодшого шкільного віку

Пам'ять

«10 слів»

«Безглуздки»

Увага

Таблиці Шульте

Таблиці Шульте-Горбова

«Корректура проба»

Мислення

Дошки Сегена

«Послідовність подій»

Розуміння відповідей
Дитячий варіант методики «Класифікація предметів»
Розподіл на групи
Рівень вольового регулювання на групи
«Зразок і правило» А.М. Венгера
Методика А. Карст
Методика В.І. Калина
Методика Я.З. Невірович
Методика Н.А. Самаріна

Визначення психологічної готовності дітей до шкільного навчання

Тест Керна-Єрасека
Опитувач орієнтовного тесту шкільної зрілості Я. Єрасека
Методика «графічний диктант» Д. Ельконіна
Методика «Лабіринт»
Мислення
Виняток зайвого (наочний та вербальні варіанти)
Відновлення послідовності подій
Складання оповідання з картинок
Вирізання фігур
Особистість
Проективні:
«Дім-Дерево-Людина»
Методика «Неіснуюча тварина»
«Малюнок сім'ї»
Опитувальники:
Багатофакторний особистісний опитувальник Кеттела-Коана
Оцінка рівня тривожності за допомогою тесту шкільної тривожності Філіпса
Методика дослідження рівня самооцінки Дембо-Рубінштейна

Використана та рекомендована література

1. Асиметрія мозку та ліворукість: монографія / А. П. Чуприков, Р. М. Гнатюк, М. А. Чуприкова. Київ : КММ, 2011. 176 с.
2. Білецький П.С. Соціально-психологічні проблеми збереження професійного здоров'я в сучасному соціуму. Адаптаційний потенціал особистості: медико-соціальний вимір : монографія. Н.Є. Завацька, І.В. Ващенко, П.С. Білецький, О.В. Кованда та ін. Київ : ПВТП «LAT&K», 2019. С. 25-35.
3. Корнієнко В.В. Методичні вказівки до вивчення курсу «Клінічна психологія». Дніро :ДДУВС, 2022. 145с.
4. Максименко С.Д. Патопсихологія. Навчальний посібник. Київ : Центр учбової літератури,. 2008. 208 с.
5. Савенкова І. І. Патопсихологія: навчально-методичний посібник. Миколаїв: Миколаївський національний університет імені В.О. Сухомлинського, 2017. 160 с.
6. Шкарлатюк К.І. Патопсихологія: методичні рекомендації до курсу «Патопсихологія». Луцьк : Вежа-Друк, 2022. 32 с.

Для нотаток

Навчальне видання

Корнієнко Вікторія Володимирівна

ПАТОПСИХОЛОГІЯ

Навчальний посібник

Редактор, оригінал-макет – *А. В. Самотуга*
Редактор *Н. В. Леонова*

Підп. до друку 03.05.2024. Формат 60x84/16. Друк – цифровий. Папір офісний.
Гарнітура – Times. Ум.-друк. арк. 6,98. Обл.-вид. арк. 7,50. Зам. № 01/24-нп

Надруковано у Дніпровському державному університеті внутрішніх справ
49005, м. Дніпро, просп. Науки, 26, sed@dduvs.edu.ua

Свідоцтво про внесення до Державного реєстру ДК № 6054 від 28.02.2018