

Міністерство внутрішніх справ України  
ДНІПРОВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ВНУТРІШНІХ СПРАВ  
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ПРАВА  
ТА ІННОВАЦІЙНОЇ ОСВІТИ  
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ ТА ПЕДАГОГІКИ

**Вікторія КОРНІЄНКО**

**ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА ЧЛЕНІВ РОДИНИ  
ПРАЦІВНИКІВ МВС У РАЗІ ЇХ ЗАГИБЕЛІ,  
ЗНИКНЕННЯ БЕЗВІСТИ, ОТРИМАННЯ ПОРАНЕНЬ,  
ПЕРЕБУВАННЯ ЧИ ВИЗВОЛЕННЯ З ПОЛОНУ**

*Методичні рекомендації*

Дніпро  
2024

УДК 159.9  
К 67

*Рекомендовано до друку Науково-методичною радою  
Дніпровського державного університету внутрішніх справ  
(протокол № 11 від 22.05.2024)*

### **РЕЦЕНЗЕНТИ:**

доктор психологічних наук, професор **Іван Батраченко** – професор кафедри загальної та соціальної психології Дніпровського національного університету імені Олеся Гончара;

кандидат психологічних наук, доцент **Олена Ковальчук** – в. о. завідувача кафедри психології Комунального закладу вищої освіти «Дніпровська академія неперервної освіти» Дніпропетровської обласної ради.

Корнієнко В. В.

**К 67 Психологічна підтримка членів родини працівників МВС у разі їх загибелі, зникнення безвісти, отримання поранень, перебування або визволення з полону : метод. рекомендації / В. В. Корнієнко. Дніпро : Дніпров. держ. ун-т внутр. справ, 2024. 127 с.**

Методичні рекомендації включають теоретичні основи та застосування практичних заходів щодо психологічної підтримки членів родини працівників МВС у разі їх загибелі, зникнення безвісти, отримання поранень, перебування чи визволення з полону. Визначено особливості психологічного стану осіб різної вікової категорії, які є членами родини працівників МВС та надано техніки та алгоритм дій у разі переживання ними гострого болю у зв'язку з кризовими, надзвичайними та смертельними подіями в їх сім'ях.

Інформація, викладена в методичних рекомендаціях, може бути використана у практичній роботі психологів, соціальних працівників, вчителів шкіл, науково-педагогічних працівників закладів вищої освіти та ін.

© Корнієнко В.В., 2024  
© ДДУВС, 2024

## ЗМІСТ

ВСТУП .....	4
Розділ 1. ПОНЯТТЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМИ ТА ЇЇ ВПЛИВ НА ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ .....	5
1.1. Психологічна травма та її характеристики .....	5
1.2. Реакція гострого болю та її вплив на психічне і соматичне здоров'я .....	8
1.3. Допомога дітям і дорослим у разі загибелі чи передчасної смерті когось із членів родини .....	12
Список використаної літератури .....	23
Розділ 2. ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ЧЛЕНАМ СІМ'Ї В РАЗІ ПЕРЕБУВАННЯ КОГОСЬ ІЗ РОДИНИ В ПОЛОНІ, ЧЕРЕЗ СМЕРТЕЛЬНЕ ПОРАНЕННЯ ЧИ «ЗНИКНЕННЯ» .....	24
2.1. Особливості надання психологічної підтримки тим членам родини, чий близькі «зникли» або зазнали смертельного поранення .....	24
2.2. Специфічні зміни / специфіка особистості, яку було визволено з полону та яка пережила тортури і насилля .....	26
2.3. Психологічна допомога членам сім'ї в разі перебування або визволення з полону рідних та близьких .....	31
Список використаної літератури .....	43
Розділ 3. ТЕХНІКИ НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ЧЛЕНАМ РОДИНИ ПРАЦІВНИКІВ МВС .....	35
Додатки .....	41
Термінологічний словник .....	50

## ВСТУП

Війна в Україні загострила та піднесла актуальність проблеми збереження психологічного та соматичного здоров'я не лише військовослужбовців, працівників МВС, але і членів їх родин на новий теоретичний і практичний рівень. Адже участь у бойових діях, служба в лавах МВС завжди пов'язана зі смертельним ризиком, ув'язненням, отриманням поранень та ін., що відбивається не лише на здоров'ї безпосередніх учасників цих подій, але і впливає на психічний стан членів їх сімей. Такий стан подій потребує розробки та впровадження нових, більш сучасних та ефективних психологічних заходів, направлених не лише на психокорекцію та психореабілітацію працівників МВС, але і на членів їх родини, які несуть важкий емоційний, соціальний і психологічний тягар війни.

Не зважаючи на досить велику кількість наукових досліджень, спрямованих на вивчення та розуміння ролі, чинників та умов щодо адаптації людини до складних стресогенних умов життєдіяльності (R.Varon, 2006; A.V.Plana, A.A.Fabregat, 2003; В.В. Нечипоренко, 2000 та ін.), на жаль, робіт, що містили б практичну складову у процесі психологічної допомоги особам, які її потребують, украй мало. Їх дефіцит став ще більш помітним в умовах воєнної агресії російських військ на нашу країну.

Актуальність розробки цих методичних рекомендацій обумовлена тим, що громадяни України постали перед такими страшними викликами війни, як полон, каліцтво, катування, смерть близьких, які ще недавно демонстрували здорове тіло і дух. Два роки воєнних дій довів усім нам, що некомпенсований вплив стресу може привести до різних психічних порушень, як клінічного, так і доклінічного рівня (О.С. Чабан, 2019, Н.О. Марута, 2018 та ін.).

Особливе місце в цих/таких/презентованих методичних рекомендаціях належить практичним рекомендаціям надання невідкладної психологічної допомоги особам, які знаходяться у стані невизначеності, безнадійності та зневіри.

# Розділ 1

## ПОНЯТТЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМИ ТА ЇЇ ВПЛИВ НА ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ

### 1.1. Психологічна травма та її характеристики

За загальноприйнятим визначенням, психічна травма – це життєва подія, що важко переживається людиною, торкається найбільш значущих аспектів її існування та призводить до глибоких психологічних переживань. Наразі термін «психологічна травма» досить часто використовується в сучасній психологічній науці, але існують суттєві розбіжності у трактуванні зазначеного явища. Отже, з одного боку, це пов'язано з тим, який саме аспект цього поняття розглядається. З іншого боку, це пов'язано зі складністю і суб'єктивністю переживання травматичних подій, що ускладнює їх чітку систематизацію та узагальнення за деякими критеріями.

Наразі у Н. Пезешкіана, засновника методу позитивної психотерапії, ми бачимо поділ психотравми на макротравму і мікротравму. На думку науковця, макротравма – це значуща подія в житті людини, яка вимагає від неї різноманітних особистісних якостей, що сприяють адаптації до умов, що змінюються, і розглядає її як мотиваційний фактор позитивних змін у житті особистості. Автор стверджує, що психотравмою можуть бути не лише негативні життєві події, а й ті, що сприймаються як радісні.

Традиційні для нас визначення змісту та сутності терміна «психічна травма», притаманні представникам медичного напрямку, сформулювала О. Черепанова. Психологічну травму вона трактує як «травматичний стрес» – подію, яку людина сприймає як загрозову своєму існуванню, що порушує її нормальну життєдіяльність, стає для неї травматичною подією, шоком, переживанням особливого роду [3, с].

Згідно медичного підходу, психологічні травми – це також надто сильні, деструктивні переживання (почуття жаху, страху, безпорадності), викликані тими життєвими подіями, що усвідомлюються людиною як загроза її безпеці та існуванню (О. Осипов, О. Захаров та ін.).

Із психологічної точки зору – психологічна травма, це порушення цілісності функціонування психіки, зумовлена суб'єктивною ситуацією інтерпретується як чарівний і незвичайний через неадекватні механізми захисту; згодом викликає глибокі душевні переживання (Н. Тарабріна,

Л. Трубіцина, Н. Саржвеладзе, І. Погодіна). У цьому контексті травма сама собою не є важливим критерієм для виникнення травматичної події та її суб'єктивної інтерпретації (Н. Пов'якель, Л. Пергаменщик, С. Гончарова, М. Яковчука).

Тут вже можна простежити та ввести лінію розподілу психологічної травми на суто психічну та психологічну травму, оскільки потенційно травматична подія може викликати або не викликати психологічну травму в особистості, залежно від суб'єктивної значущості ситуації для особистості та системи механізмів психологічного захисту та її інтерпретації.

Однак, незважаючи на певні відмінності у трактуванні психологічних травм у медичному та психологічному плані, спільним є те, що виникнення травми пов'язане з певними надзвичайними подіями й інтенсивними та негативними емоційними переживаннями (страх, жах, безпорадність, втрата контролю). тощо). Представники юнгіанського напрямку (О. Блейлер, Йорг Раше, Дора Калфф та ін.), говорять про те, що термін «психотравма» використовується для опису будь-якого досвіду, який викликає величезні психологічні страждання. Також науковці визначили, що психологічна травма виникає не лише внаслідок зовнішніх травмуючих подій, а й унаслідок внутрішньоособистісного конфлікту.

Психіка таким чином реагує на зовнішню травмуючу подію за такою схемою: спочатку психіка перетворює зовнішню травму у внутрішню «силу самоушкодження», а потім відбувається малігнізація, «злоякісна трансформація» психологічних захистів, що є системами самозбереження психіки і перетворюється таким чином на систему самознищення. Психічні захисти переходять на примітивний рівень (відхід від психології реальності, розщеплення, аутизму, трансових станів, виникнення множинної ідентичності, стереотипних реакцій, втрати сенсу існування). Психіка таким чином регресує, що заважає звернутися до раціональної частини. А вже інший захисний механізм, допомагає впоратися з травмою і запобігти руйнуванню особистості. Таким чином, травмована психіка продовжує самотравмуватися через синдром нав'язливого повторення.

Травмовані люди неодноразово виявляють себе такими в життєвих ситуаціях, у яких вони були неодноразово травмовані. Ще З. Фройд писав про «невроз долі», який полягає в тому, що люди схильні постійно «наступати на одні й ті самі граблі» у своєму житті і таким чином повторювати свій травматичний досвід. Наприклад, людина з травмою приниження часто опиняється в ситуаціях приниження, людину з травмою зради постійно зраджують.

Дослідниця Е. Мазур вважає, що «психологічну травму можна визначити в найзагальнішому розумінні як реакцію індивіда на стресові життєві події: війни, теракти, стихійні лиха, аварії та аварії, фізичне, емоційне та сексуальне насильство, серйозні». хвороби та медичні операції, ситуації втрати, горя, міжособистісні конфлікти тощо [3,5,7,10]. Таким чином, вона узагальнює всі життєві моменти, що можна віднести до складних, особливо екстремальних життєвих ситуацій, і, як представник напряму екзистенціальної психології, дає тотожне визначення психологічної травми та психологічної травми, характерне для більшості вчених [8,9,11,12].

У разі визначення факту наявності психічної травми у людини, фахівці (С. Максименко, О. Чабан, В. Менделевич, Г. Ушаков та ін.) виокремлюють такі її характеристики, як: значущість та актуальність; інтенсивність і гострота прояву; зміст; пролонгованість, повторюваність і патогенність).

Зокрема, за інтенсивністю та гостротою психотравми фахівці (Г. Ушаков, Н. Марута, О. Чабан, Штепа О. С. та ін.) визначають: масивні, що характеризуються гостротою, несподіваністю та одноплановістю; ситуаційні гострі, що пов'язані з втратою соціального престижа та зниженням рівня самоствердження; пролонговані ситуаційні, які змінюють умови багатьох років життя та бувають як усвідомленими так і неусвідомленими.

Широкого розповсюдження набула в західній психіатрії шкала Holmes-Rahe, за допомогою якої кожна життєва подія наділяється певним сталим коефіцієнтом, а сума балів горорить про рівень сили та інтенсивності психічного впливу життєвої події на людське існування. Завдяки цій шкалі кожній життєвій події надається певний, визначений в балах коефіцієнт, а сума балів говорить про силу та інтенсивність психічного впливу життєвої події.

Отже, на основі простого математичного підрахунку балів з'являється можливість передбачити виникнення невротичного розладу. На думку автора, навіть незначні життєві мікротравми, такі як несправедливість, непорядність, невірність, із якими людина стикається кожного дня, здатні викликати та сформувати невротичні розлади. Тож, на першому місці стоять не стільки значущість та інтенсивність психотравми, скільки їх однотипність, повторювальність, продовженість у часі та таких, що стосуються членів родини.

Наразі відомий клінічний психолог і спеціаліста з питань психологічної підтримки військовослужбовців армії США та їх сімей, Брюс Крау в своїх лекціях говорив, що стрес, пов'язаний із сім'єю може вплинути на ефективність виконання місії як на фронті так і в роботі

правоохоронних органів. Саме тому, на його думку, програми психологічної та соціальної підтримки сімей є важливою справою, адже це є захисною стратегією від переживань для всіх – і тих, хто охороняє кордони своєї держави, і тих, які слідкують за порядком всередині її.

Не дивлячись на те, що перебування у війні зумовлює відмінність обставин, у яких перебувають сім'ї українських військових та працівників МВС, в армії США вже є розроблені організаційні підходи, які можуть бути реалізованими і в нашій країні для підтримки українських сімей.

У сьогоднішньому розумінні, психічна травма, це життєва подія, що важко переживається людиною, торкається найбільш значущих сторін її існування та призводить до глибоких психологічних переживань.

## **1.2. Реакція гострого болю та її вплив на психічне та соматичне здоров'я людини**

Згідно р МКХ-10, гостре горе (F43.2) виникає у зв'язку з наступними важкими втратами:

- втрата здоров'я;
- втрата коханої людини (зрада або відміна шлюбу);
- втрата майна, роботи, соціального статусу;
- втрата близької людини через її смерть або ув'язнення.

Значна кількість психологів рекомендує та застосовує такий супровід переживання реакції горя, який дозволяє людині пройти певні його етапи з найменшими втратами щодо психічного та соматичного здоров'я. Для зменшення гостроти негативних реакцій людини, яка його переживає можна використовувати етапність, сформовану на основі концепцій З. Фрейда, К. Абрахама, Г. Старшенбаума та ін..

Отже, перший етап гострого болю, наприклад, втрата близької людини через її загибель, це досить короткочасний період, що продовжується від декількох хвилин до декількох годин. У цей час людина демонструє негативні відчуття у вигляді відчаю, гнівливості або паніки. Вона відчуває не лише любов до загиблого, але й підсвідому ворожість до нього, що направляється всередину і приводить до відчуття провини. Характерою у такому стані є афективна дезорганізація поведінки, із ослабленням вольового контролю та зниженням самооцінки. У такому стані людина може висловлювати зневіру щодо достовірності отриманої нею страшної інформації, що виконує захисну роль.

На другому етапі, що може продовжуватись кілька днів, людина



може розвивати бурхливу діяльність у вигляді яскравих спогадів образу померлого, його мови, особливостей поведінки, рухової діяльності, виразу очей. У цей період настроїв може коливатися від дистимійного до ейфорійного, а інколи трапляється розвиток емоційного пригнічення без фіксації на переживанні горя. Таким чином, стан людини та її поведінка говорить про те, що вона відкидає факт смерті близької людини. Тому потрібно не підтримувати відкидання смерті, а згадувати про загиблого і не забороняти нікому плакати при цьому.

Третій етап, зазвичай, продовжується десь біля тижня, протягом якого спостерігається найвища ступінь психофізичного напруження, що характеризується такими проявами, як неможливість розслабитися, спазм у горлі, мовчазність, маскообразність обличчя та загальна скутість. Такий стан може змінюватись на метушливу поведінку або ж судономним зітханням. Людина відмовляється від їжі, стає байдужою до всього, що її оточує та стає нечутливою до больових подразників. Особа, яка переживає скорботу, живе тільки асоціаціями, пов'язаними з померлим, а пізнавальні психічні процеси, такі, як пам'ять, мислення розумова працездатність реалізуються тільки частково. Усі спроби відволікти людину від скорботних думок та перемкнути увагу на оточуючий світ, зазвичай відкидаються і людина реагує на ці спроби роздратуванням та агресією. Цей факт говорить про те, що скорботна людина ідентифікує себе із покійним, через що у неї зникає бажання жити звичайним життям та не має проявів щодо реалізації будь-якихось інших думок для свого задоволення.

Четвертий етап реакції горя розвивається протягом другого тижня, після сумної звістки та як і раніше супроводжується невірою у факт смерті. Людина, яка тужить, уникає розмов щодо втрати близького, боїться, що не переживе больових відчуттів, які виникають через думки про смерть найдорожчого, а життя для неї втрачає сенс. Людина часто говорить про померлого в теперішньому часі, очікує його появу, подумки говорить з ним. Іноді вбачає в сторонніх людях померлого й очікує у цей час зустрічі з ним.

На п'ятому етапі (третій-шостий тиждень) реакції втрати можна спостерігати найвищий рівень душевного болю, коли людина демонструє тужливий настрої, безсоння, відчуття пустоти. Страх і тривогу викликає самотність. Людина стає безпомічною, говорить про свою нікчемність через втрату, ідеалізує померлого та принижує значущість оточуючих. Тому відмовляється від контактів, усамітнюється та стає роздратованою. На цьому, емоційно найважчому етапі, може виникати психалгія, це так званий за груди́нний біль. Іноді людина, яка страждає, схильна причиняти собі фізичний біль, який буде

компенсувати душевний.

Психолог має знати про те, що на цьому етапі реакції горя, особа прощається не лише з дорогою для неї людиною, але і з тими актуальними нереалізованими потребами, які були пов'язані з померлим. Для особистості, що не встигла досягти якихось цілей та мрій, утворилась прірва, яку вона на цей момент не знає чим заповнити. Усі сподівання та засоби досягнення стали непотрібними та марними. Тому завдання психолога полягає в тому, аби разом із клієнтом знайти ті засоби та можливості, що є в його арсеналі, аби задовольнити нереалізовані потреби і тим самим перебудувати його когнітивну сферу.

У стані релаксації можна навіювати клієнту про те, що людина, яка пішла у вічність була такою, яку можна ставити за приклад та ідеалізувати її. Таким чином та частина особистості, яка страждала від пустоти, буде заповнена тим ідеалом, який допоможе гармонізувати її.

І на останньому етапі реакції горя, це кілька тижнів, настає примирення з життям без значущого іншого, бо людина, яка пішла із життя, тепер стала жити в серці клієнта.

Для більш глибокої підтримки особи, яка втратила найдорожчу людину, до психокорекції можна задіяти родичів, знайомих і всіх тих, хто був не останньою людиною в житті клієнта.

Для того, аби ситуація переживання горя не набула стану «затяжного горя» необхідно проводити підтримуючу психотерапію впродовж року.

Якщо такого алгоритму переживання реакції горя не дотримуватись, то можна побачити наслідки у вигляді психогенних розладів, депресій, суїцидальних намірів та посттравматичного стресового розладу.

Зокрема, до психогенних розладів належить і невротичний, що у наш час розглядається як такий, який несе в собі відсутність психотичної симптоматики, сомато-вегетативні прояви, критичність до нового утворення, що заважає та потребує лікування.

Наразі у поняття «невротичний розлад» різні науковці і дослідники вкладають різний зміст, тож розрізняють і припущення щодо причин виникнення (етіопатогенез) невротичних розладів.

Отже, на погляд біхевіористів, реально існують лише окремі невротичні симптоми як результат неправильного навчання (Г. Айзенк, І. Вольпе та ін.). Екзистенціалісти (Ролло Мей, Мартін Гайдеггер, Карл Ясперс та ін.) взагалі не вважають невротичні розлади хворобою та стверджують, що невроз – це форма відчуженого існування особистості.

Прихильники гуманістичної психології (Карл Роджерс, Абрахам Маслоу, Гордон Оллпорт та ін.) говорять, що невроз – це незадоволена

потреба в самоактуалізації.

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

Як представник психогенної теорії виникнення невротичних розладів, В. М. М'ясищев вважає, що невротичний розлад має психогенну природу, яку обумовлюють:

- зв'язок з особистістю хворого, психотравмою;
- нездатність хворого самостійно адекватно розв'язати психотравмуючу ситуацію. Виникнення й плин неврозу більш-менш пов'язані з патогенною ситуацією та переживаннями особистості: можна простежити певну відповідність між змінами психотравмуючої ситуації й динамікою стану хворого;
- клінічні прояви за змістом пов'язані з психотравмуючою ситуацією й переживаннями особистості, із основними найбільш сильними та глибокими її прагненнями, являючи собою афективну реакцію, патологічну фіксацію тих чи інших її переживань;
- психотерапія за невротичних хвороб зазвичай більш ефективна, порівняно з медикаментозним лікуванням.

Для невротичного розладу, за В. М. М'ясищевим, є характерними такі риси:

- оборотність патології незалежно від тривалості;
- психогенна природа;
- специфічність клінічний проявів, що полягають у домінуванні емоційно–афективних і соматовегетативних розладів.

Реакцією особистості на стрес або фрустрацію можуть бути, з одного боку, невротичні розлади, за яких переважають психологічні й психопатологічні прояви психосоматичні розлади, що проявляються у першу чергу, і соматичні еквіваленти психічних розладів – в другу. Ці групи порушень демонструють різні способи переробки внутрішньособистісного конфлікту: психічний і психосоматичний. Невротичний спосіб може виявлятися як в умовах гострого, так і в умовах хронічного стресу; психосоматичний же спосіб здебільшого пов'язаний із хронічним впливом фрустрації й стресу. Відмітними рисами є й індивідуально-психологічні властивості людини, схильної до одного з перерахованих способів переробки конфлікту.

### **1.3 Допомога дітям і підліткам у разі загибелі чи передчасної смерті когось із членів родини**

Якщо в сім'ї горе, то потрібно, щоб діти бачили це та могли висловити його разом з усіма. Переживання членів родини в жодному разі не можна ігнорувати. Так само, як і дорослі, у трагічній ситуації дитина переживає горе по-своєму. Не слід намагатися вдавати, що нічого не трапилося і життя йде своєю чергою. Усім потрібен час, щоб звикнути жити без дорогої людини. Це не зменшує емоційного потрясіння та не гарантує від несподіваних і трагічних реакцій, але дозволяє запобігати виникненню глибоких страхів, що можуть призвести до важких психологічних проблем через багато років. У цей важкий час усім потрібна підтримка, демонстрація любові та турботи. Період гострого переживання горя у дитини зазвичай коротший ніж у дорослого (сльози часто змінюються сміхом), але при зіткненні з новими життєвими ситуаціями його горе нову може оживати.

Отже, у перший день перебування у школі дитина може помітити, що всі прийшли з мамами, а тільки вона прийшла з татом, що є нормальною реакцією дитини. Для того, щоб відрізнити дитину з проблемою від «проблемної дитини», необхідно знати про ті реакції, які виникають у кожної з них.

Однією із реакцій на смерть таких дітей, є шок, що проявляється в мовчазному погляді чи вибуху сліз у дорослих і малих дітей зазвичай реакції відрізняються. Наразі дуже маленькі діти можуть відчувати дискомфорт або дезадаптацію, адже не розуміють, що відбувається але інтуїтивно відчують напружену та тривожну атмосферу в сім'ї. Тож, можна тимчасово переключити увагу дитини якоюсь іграшкою або гаджетом, що є таким відволікаючим моментом. Така поведінка дорослих лише тимчасово перемикає увагу дитини і не допомагає їй вирішити емоційну проблему.

Обійми є продуктивнішим методом, адже це дозволить їй розслабитися, полежати, посидіти або поплакати. Дитині потрібен час для суму. Можна поговорити з дитиною про того, кого вона втратила. Якщо дитина вже доросла, то їй треба дати можливість бачити та приймати участь у приготуванні до поховання. Таким, чином вона буде відчувати єдність з родиною та свою необхідність. Вона наче бере участь у дорослих справах, адже разом із усіма переживають горе втрати. Потрібно зазначити, що вони заперечують факт смерті для себе, навіть якщо бачили людину мертвою, оскільки/тому що не можуть повірити, що її більше ніколи не буде поруч.

Тому для дитини настає етап, коли вона починає шукати того, кого втратила. Вона очікує його побачити, намагається знайти, шукає. Це неможливо і в дитини з'являється страх та відчай. Знову починає плакати та проявляти небажання спілкуватися з іншими. Такий стан дитини потребує терпіння, любові та уваги. Діти різного віку по-різному проявляють деструктивну поведінку, що до покійного родича.

Відтак, маленькі діти проявляють агресивну поведінку, влаштовують істерики, ламають іграшки, б'ють членів своєї родини. Підлітки ж раптово перестають спілкуватися з матір'ю чи батьком, грубо поводяться з братами та сестрами, вчителями та друзями. У них виникає почуття провини, знижується самооцінка та підвищується тривожність. Інколи у дітей порушується сон, погіршується апетит, на очах сльози, що призводить до депресивного стану. Вони думають про те, як вони будуть далі жити без когось із батьків і чи взагалі вони зможуть існувати далі як сім'я.

Тому, щоб полегшити стан всіх членів сім'ї необхідно щоб переживання втрати поділялося між усіма членами родини. Це буде об'єднувати всіх членів родини і навіть з іншими родинами, які пережили подібні втрати, горе, здебільшого, зовсім не зникає, а тільки з роками може притуплятися. Наша пам'ять це те, що дозволяє зберігати близьких живими, є дуже необхідною як теперішнім так і майбутнім поколінням. Тому, така форма переживання втрати дозволить родині отримати позитивний досвід горя і буде їх підтримкою у житті.

Найбільш складним для дорослих членів родини є місія повідомлення інших членів родини про смерть. Найкраще буде, якщо це зробить хтось із рідних або родичів. Якщо через брак родичів цього зробити не можливо, то просять про допомогу когось із знайомих. Якщо таку інформацію необхідно надати дитині, то в такі моменти дуже важливим є торкатися дитини: обійняти за плечі, взяти за руки і т.ін.. У дитини може виникнути почуття провини через смерть близької їй людини, тому вона має відчувати що її, як і раніше люблять і дорожать нею. Якщо ж дитина демонструє агресивну реакцію по відношенню до дорослого, який приніс погані новини, то не треба говорити дитині, що вона тепер має замінити в сім'ї померлого дорослого, та бути відповідальною, сильною. Дитина має пережити горе вчасно, бо інакше воно може повернутися через місяці або роки.

Підлітки такі складні моменти їхнього життя бажають побути на самоті, що є їх природною поведінкою та навіть може бути свого роду психотерапією. Тому не треба намагатися нав'язати їм свою присутність та увагу.

Дитину не треба оточувати фізичною турботою: не готувати їй їжу,

стелити ліжко тощо. Не слід, також, зваливати на неї обов'язки дорослих і говорити, що він став дорослим, тому не траба засмучувати маму сльозами. Стимування сліз неприродне для малюка і навіть небезпечно. У період горя не можна ізолювати дитину від сімейних турбот. Рішення мають ухвалюватися спільно усією сім'єю.

Бажано, щоб дитина говорила про свої страхи, але не завжди легко її до цього спонукати. Потреби дитини можуть бути непомітними для дорослих, тому важливо визнавати її емоційний біль та страхи. Зокрема, наприклад, групові зустрічі підлітків, які втратили близьку людину, можуть допомагати їм висловлювати свої почуття. Після похорону сімейне життя може здаватися нормальним, але саме тоді втрата стає особливо гострою. Дітям важливо відчувати підтримку родини, дозволивши їм виражати будь-які почуття.

Досвід багатьох дослідників говорить про те, що через деякий час у дітей та підлітків можуть виникнути такі розлади як заїкуватість, сонливість або навпаки безсоння, гризіння нігтів, енурез або дизурія, що стане самостійною іще однією проблемою для неї [5,6,9].

У ситуаціях, якщо, наприклад, дитина не хоче йти гуляти з дітьми, то можна запропонувати їй приєднатися до сімейного походу до лісу чи в гори. Якщо дитина відмовляється від їжі, можна запропонувати їй допомагати приготувати обід для всієї родини. Щодо агресивної поведінки, можна дати дітям можливість виражати емоції через фізичну активність, таку як спорт, чи зайняття активною фізичною роботою.

Зусилля, витрачені на тривалу прогулянку чи велосипедну поїздку, можуть допомогти виражати гнів, але важливо уникати надмірного змагання в багатодітній сім'ї. Дитині слід дозволити виражати почуття, але не допускати надто далекого його виявлення. Поступово родина навчиться керувати емоціями після втрати. Щодо спеціальної допомоги дітям, важливо враховувати тривалу некеровану поведінку, чутливість до розлуки, анорексію та інші тривожні симптоми, що вимагають уваги. Коли член сім'ї тяжко хворіє, важливо враховувати вік дітей, пояснюючи їм ситуацію і дозволяючи взяти участь у турботі про хворого.

Біль від втрати може залишитися таким самим, але, якщо дитина має можливість попроситися, це може запобігти додатковим травмам від виключення з сімейних турбот. Звістка про тяжкий діагноз часто викликає шок, заперечення та почуття безпорадності. Діти можуть відчувати ревності й образу відносно інших, а також почуття провини. Важливо забезпечити, щоб у дітей не було відчуття провини за стан хворого члена родини. Відвідування хворих родичів у лікарні може бути налякливим для дітей, і їм слід надавати можливість виражати свої

почуття і визначати, як часто вони хочуть бути присутніми. Підлітки можуть виявляти інтерес до медичної сфери, але важливо поважати їхні границі і дозволяти їм зберігати свою приватність.

Щоб допомогти осиротілій дитині, важливо спрямовувати підтримку перш за все на її овдовілого батька. У разі втрати матері, інші жінки можуть швидше прийняти роль доглядальниці, але коли втрачається батько, цей процес часто займає більше часу. Дітям потрібна фізична близькість та емоційна підтримка, а також впевненість, що світ не остаточно обрушився. Важливо розуміти, що дитина може виявити неспокійну поведінку, наприклад, приносити речі померлого батька в ліжко чи виражати свої емоції. Сприйняття змін у поведінці овдовілого батька може бути важливим, оскільки вони можуть впливати на емоційний стан дитини. Необхідно пам'ятати, що зміни у поведінці часто є тимчасовими та визначаються способом, яким батько переживає горе.

Якщо ви хочете підтримати осиротілу дитину, важливо спрямовувати вашу допомогу на овдовілого батька. Часто діти можуть відчувати почуття провини у зв'язку зі смертю батька, особливо якщо вони мають які-небудь непорозуміння чи конфлікти. Важливо, щоб батько міг відверто говорити про своїх покійних родичів і створювати позитивне сприйняття їх пам'яті, щоб це не сталося міфом, але реальною частиною життя. У разі розлучення батьків, ситуація може бути складнішою, і діти можуть винуватити одного з батьків у смерті іншого. Важливо створювати відкриту обстановку для висловлення почуттів та страхів і допомагати дітям розуміти та виражати свої емоції. Також важливо розуміти, що діти можуть відчувати страх втрати батьківської любові, коли вони вступають до нового шлюбу. Реакція дітей може бути різною, і важливо підтримувати їх і дозволяти висловлювати свої власні почуття та переживання щодо втрати батьків, це може стати важливим фактором у покращенні емоційного стану дитини. Діти, які втратили обох батьків, можуть відчувати подвійні почуття і сприймати це як порожнечу у своєму житті. Нерідко горе для них стає відчутнішим з роками. Важливо, щоб батько, з яким дитина живе, створював позитивне сприйняття пам'яті про покійного батька та допомагав у висловленні почуттів і розумінні їхніх емоцій. Деякі діти можуть розвивати фантазії про незнайомого батька, а це може викликати певні труднощі. Важливо сприяти відвертій розмові та допомагати дитині відчувати себе підтриманою. Особливу увагу слід приділити ситуаціям, коли діти живуть з овдовілими батьками, які можуть демонструвати зовнішню самоконтрольність, але водночас їхня поведінка нагадує «автоматичну». Важливо виводити батьків із цього автоматичного режиму, сприяти тіснішому контакту з дітьми та висловлювати взаємну любов і

підтримку. Відносно ситуацій, коли діти можуть винуватити батька чи матір у смерті іншого, важливо створювати обстановку для висловлення їхніх почуттів і допомагати їм розуміти та виражати свої емоції. У випадку смерті обох батьків, коли діти опиняються у дитячому будинку чи прийомній родині, важливо враховувати складність цієї ситуації та допомагати дітям впоратися з горем та адаптуватися до нового оточення.

Горе, що переживає дитина після втрати брата чи сестри, може супроводжуватися почуттям ревності, жалості, гніву і відчуттям власної смертності. Підтримка батьків у цей трудний час важлива, а спільний час та відкриті розмови можуть допомогти розуміти та подолати ці емоції.

Можна спробувати підтримати дитину у розвитку власної особистості та інтересів. Зокрема, наприклад, можна вести розмову з дитиною про її унікальність, підтримувати в будь-яких прагненнях. Зважати на її почуття та надавати можливість висловити свої емоції. У разі потреби консультації фахівця можуть бути корисними як для дорослих так і дітей.

Також можна створити відкрите та підтримуюче оточення в школі, де діти можуть відчувати зв'язок та знати, що їхні емоції важливі. Також важливим буде залучення батьків для забезпечення ресурсів в процесі спілкування зі своєю дитиною про втрату. Зрозуміння і підтримка на різних рівнях може допомогти дітям та їх сім'ям подолати важкий період горя.

Вчителям важливо створювати відкрите середовище для дітей, де вони можуть вільно висловлювати свої думки, включаючи і теми, що часто вважаються складними, наприклад, смерть. Показуючи, що такі розмови природні, вчителі можуть допомагати дітям розуміти і впоратися зі складними ситуаціями, такими як втрата близької людини. У разі необхідності, вони можуть впроваджувати тему смерті в різні аспекти навчального процесу, надаючи дітям можливість висловити свої емоції і поділитися досвідом. Це може бути прикладом, аби показати класу про життєву потребу живої пам'яті про померлих.

Вчителі можуть ефективно допомагати дітям переживати складні періоди, зокрема втрату близької людини, роблячи тему смерті доступною та обговорюваною. Це може включати в себе спільні розмови, де вчителі слухають та підтримують дітей, дозволяючи їм висловлювати емоції та думки.

Отже, важливо визнавати, що довготривала депресія у дитини може потребувати спеціалізованої індивідуальної та сімейної терапії. Вчителі можуть допомагати рекомендувати такі види підтримки та сприяти співпраці з батьками для забезпечення повноцінної допомоги дитині. На рівні середньої школи, вчителі можуть включати тему смерті до різних аспектів навчального процесу, враховуючи різні причини смерті,



релігійні та культурні відмінності у похоронних ритуалах, а також підтримувати обговорення цих тем. Також, вчителі можуть стимулювати обговорення з дітьми на тему власних переживань та відношення до смерті. Питання, пов'язані з власними почуттями та спогадами, можуть зробити обговорення більш особистим та сприяти взаєморозумінню. Учителям слід враховувати важливість готовності відповідати на питання дітей, бути відкритими та чесними у відповідях. Показавши, що плакати не соромно та розмовляти про почуття, як про природні реакції людини, вони можуть підтримати дітей у їхньому процесі жалоби. Важливо акцентувати увагу на тому, що пам'ять про померлого може жити в серцях та розмовах. Підтримуючи та навчаючи дітей, вчителі можуть сприяти створенню відкритого та звільненого від табу середовища для обговорення смерті та втрати.

Ефективним буде залучення найкращих друзів дитини, пояснюючи їм, що розмови про померлу людину допоможуть зберегти її пам'ять. Вони також мають бути готовими до питань і відповідати чесно, враховуючи культурний рівень сім'ї та релігійні настанови. Вчителі та вихователі повинні говорити дітям, що плакати не соромно, і намагатися розмовляти про почуття та спогади. Забороняти питання або міняти тему не рекомендується, а замість цього слід вислуховувати дітей і підтримувати їх.

Важливо не судити дітей за їхні почуття, а намагатися зрозуміти їхню позицію, щоб вони відчували, що їх слухають і розуміють, це сприятиме розвитку відчуття безпеки. Найкраще, коли вчителі будуть контактувати з батьками, спілкуватися про зміни у поведінці дитини, її звичках та емоціях. Усе це допомагатиме забезпечити дитину психологічною підтримкою з боку школи та сім'ї. Бажано, аби вчителі були готовими до різних ситуацій, таких як святкування днів народження без батька чи матері. Необхідно проявляти чутливість і допомагати дітям знаходити адекватні способи вираження своїх почуттів.

Батьки також мають бути уважними до дитини, якщо вмирає хтось із його однокласників чи друзів. Вона буде страждати так само, якби це були його брат або сестра. Глибоко переживаючи те, що трапилось, підліток іноді «впадає в дитинство» і починає звертатися за допомогою жестів, а не слів. Окрім обговорень, вчитель має порекомендувати підліткам відповідну літературу. Підліток може настільки поринути у власні роздуми і переживання, що втрачає будь-який зв'язок із зовнішнім світом. Якщо вчителі та вихователі помічають, що дитина не пам'ятає про що її запитали, необхідно виявити терпіння, спокійно повторити своє запитання або сказати, про те, що забувати – це є

природнім явищем для дитини і всі колись стикались із цим явищем.

Говорити дитині, про те, щоб вона намагалася не впасти в сумні роздуми, абсолютно марно, оскільки розумово вона абсолютно дезорганізована. Корисно буде запропонувати підлітку працювати на уроці так, ніби він зараз займався своєю улюбленою справою, наприклад, видом спорту або мистецтва. Цей прийом не полегшує горя, але допомагає дитині змусити себе працювати, не відстаючи від класу. Причина порушення працездатності завжди очевидна. Іноді на дівчинку вдома намагаються покласти обов'язки померлої матері, і вона при цьому дуже втомлюється і не висипається, що прямо відбивається на її навчанні та психоемоційному стані. Бувають випадки, коли дитина використовує своє горе як виправдання поганого навчання – тоді необхідно приділяти їй більше уваги та допомоги в засвоєнні матеріалу.

За два останні роки, кількість звернень батьків до шкільних психологів чи психологів дитячих садків, через стійку тривожність та постійні страхи у дітей через воєнні події, значно збільшилася. Наукові дослідження свідчать про значне зростання тривожності серед дітей. Наприклад, кількість дітей із стійкою тривожністю порівняно з дев'яностими роками збільшилася вп'ятеро. Виявлено, що і якість тривожності у дітей значно змінилася, проявляючись більш глибокими та важкими характерними показниками.

Шкільна тривожність також зросла, і тепер вона має такі виражені форми, які важко дуже швидко подолати. Змінилося і ставлення учнів молодших класів до школи, водночас «домашні неприємності», зокрема переживання батьків, стали важливішим фактором тривоги серед учнів, порівняно зі шкільними санкціями.

Так, за методикою Е. Амен, тривога дитини оцінюється за обличчям, яке вона вибрала для зображення однолітка, та за інтерпретацією дитиною ситуації на картинці. Порівняно з 90-тими роками збільшилося кількість відповідей, де тривога дитини поєднувалася з різким неприйняттям школи та вчителя. Дитиною вибирався образ сумного обличчя, а відповіді містили агресивні висловлювання, такі як погрози підпалювання школи чи розрив зошита. Ці відповіді свідчать про загострення ставлення дітей до школи, де вони висловлюють невдоволення та виявляють агресію відносно шкільних ситуацій та вчителів.

За останні роки значення школи змінилося: не лише страх перед санкціями та вчителем, а й учні сприймають педагога як загрозливу постать, а вимоги школи викликають у дітей різку відсіч. Це підтверджується зростанням неблагополуччя у спілкуванні з однолітками та почуттям власної неповноцінності. Сучасні молодші

школярі, здається, мають більше проблем у цьому відношенні, порівняно зі своїми однолітками з 80-х років. Зміни відбулися і в змісті їх висловлювань, з акценту на потребу в спілкуванні та розвитку мислення. Страх фізичного насильства серйозно зросла, і діти висловлюють обурення насильством зі сторони однокласників та інших осіб. Дитячий страх є реальним, навіть у благополучних школах, що підкреслює потребу в захисті та безпеці в навчальних установах.

Відповіді дітей переконливо свідчать, що джерела шкільних страхів зазнали значних змін порівняно з попереднім періодом. Ситуації стали не просто більш загрозливими, але й грубшими, жорсткими та пов'язаними з «темними» сторонами життя взагалі. Головна проблема полягає в тому, що діти сьогодні відчувають себе незахищеними як у психологічному, так і фізичному сенсі. Це підтверджується зростанням висловлювань про страх перед реакцією батьків, які можуть бути «дуже засмучені» чи «засмутяться». Зміни у спілкуванні з однолітками та власне почуття неповноцінності є частиною цієї тенденції. Раніше характеристики, що викликали тривогу, більше стосувалися підліткового віку і пов'язувалися з потребою у спілкуванні та свідомому розвитку. Виникає враження, що сучасні школярі відчувають себе старшими, але вираження їхньої неспроможності і перейшло в майбутнє. Також, наприклад, діти можуть піклуватись про те, що в майбутньому вони не зможуть матеріально забезпечити сім'ю, тощо.

Страх викликати переживання батьків може бути позитивним, про що свідчить розвиток співчуття та відповідальності, але може також призвести до тривожності та фантастичних страхів. Зокрема, у сучасному шкільному середовищі все частіше зустрічається фізичне насильство (булінг) серед молодших школярів, що призводить до небажання дітей відвідувати школу та страхом перед цим явищем. Діти бояться нападів від своїх однолітків, знущань і вимагань. Навіть у благополучних школах діти відчувають себе незахищеними, що свідчить про реальний страх, що виникає в шкільному середовищі. Щодо «безоб'єктних» форм тривоги, що не пов'язані із конкретними об'єктами, вони можуть вказувати на глибокі внутрішні конфлікти та особистісні труднощі, що можуть призвести до невротичних станів. Для молодших школярів це може бути важко розпізнати через недостатність словарного запасу.

Такі зміни в шкільному середовищі вимагають уваги та заходів зі збереження психічного здоров'я дітей і створення безпечного, підтримуючого оточення у навчальних закладах.

Зокрема, під час опитування, відповіді дітей та їх батьків переконливо свідчать, що безпосередні джерела шкільних страхів зазнали суттєвих змін порівняно з попереднім періодом. Нова ситуація

стала не лише більш загрозливою, але й грубою, жорсткою, пов'язаною із «темними» сторонами життя загалом. Діти сьогодні почуваються незахищеними як у психологічному, так і фізичному сенсі, що виражається у висловах про боювання за батьківське розчарування. Розвиток у дітей співчуття та відповідальності за свої вчинки здавалося б позитивним, але важкість полягає в тому, що вони можуть відчувати постійну внутрішню напругу, що призводить до тривожності та фантастичних страхів. Зміна ролей дітей і батьків, відчуття підвищеної відповідальності за емоційний стан батьків, може призводити до напруженості та тривожності.

За даними соціологічних досліджень, частими стали «безоб'єктні» форми тривоги, що є ще більш небезпечними для психічного здоров'я дітей, та свідчачи про глибинні внутрішні конфлікти і особистісні труднощі. У молодших школярів може виникнути небезпека прийняти легші форми тривоги як особливо важкі, що поєднується з недостатнім рівнем мовного вираження.

Розвиток, коли у дитини відсутні мовні засоби для висловлення своїх думок, особливо важливий для розуміння її тривожності. Зміни у формах відповідей, які вказують на тривожність, свідчать про глибші емоційні стани. Перевірка цього можлива, використовуючи альтернативні ситуації без емоційного навантаження. Дослідження свідчить про збільшення тривожних дітей і зміну форм їхньої тривожності. Суспільна ситуація в країні може впливати на розвиток особистості дитини. Психологам важливо розуміти цей механізм для ефективної психологічної допомоги та профілактики. Недостатній мовний розвиток виявляється у 40-45% випадків і може впливати на безоб'єктну тривожність. Гіпердіагностика таких форм тривожності важлива для вибору ефективних методів допомоги. Результати також показали, що більше 2/3 батьків відчують інтенсивні страхи та тривоги, що впливають на дітей. Низький рівень мовного розвитку може бути причиною тривожності у молодших школярів. Співпраця шкільного психолога з педагогом або логопедом ефективно допомагає подолати тривожність і сприяє загальному розвитку.

Глибинна, безоб'єктна тривожність часто вимагає спеціалізованої психологічної консультації, а у важких випадках – консультації психоневролога. Недостатньо лише методики визначення тривожності, особливо якщо дитина виявляє недостатність мовних засобів для вираження своїх емоцій. Проведення перевірки цього припущення важливо, оскільки відповіді типу «дуже дивно, і соромно, що страшно» можуть свідчити про складні внутрішні стани. У таких випадках рекомендується звертатися до спеціалізованих фахівців. Дослідження

показує, що форми тривожності у дітей змінюються, і тривожність стає більш глибинною та особистісною. Зв'язок цього явища зі смутками у країні очевидний, але конкретні механізми впливу макросоціальних факторів на розвиток дитини вимагають додаткового аналізу. Недостатність мовної комунікації виявляється у 40-45% випадків і може впливати на виявлення безоб'єктної тривожності. Гіпердіагностика таких форм тривожності важлива для вибору ефективних методів допомоги. Результати аналізу емоційного самопочуття батьків свідчать про розповсюдженість станів роздратованості та побоювань серед них, що може впливати на дітей. Загальні тенденції вказують на потребу у збалансованому підході до роботи із тривожністю у школярів.

Можна застосовувати самооціночні показники тривожності, оскільки саме самооцінка проявляється у спілкуванні дорослого з дітьми, у скаргах, претензіях, вимогах до них. Загалом можна сказати, що навіть з усіма поправками на суб'єктивність самооцінних показників результату рівня тривожності свідчить про те, що багато дітей живуть в атмосфері емоційного неблагополуччя, емоційної напруженості або, досить часто опиняються в подібній атмосфері. Якщо у таких випадках врахувати, що, як показують багато досліджень, проведених у нас в країні і за кордоном, відносини в сім'ї є основним джерелом тривожності у дошкільнят і молодших школярів, а одним з найбільш поширених страхів дітей є страх засмутити батьків (Б. І. Кочубей, Є. В. Новікова, 1988), то стає зрозумілим, що саме подібна атмосфера є значущим фактором у виникненні тривожності у молодших школярів. Справа не в тому, що діти просто «заражаються» тривожністю дорослих (хоча це теж нерідко відбувається), подібна атмосфера перешкоджає переживанню почуття захищеності, надійності сімейного оточення, що необхідно для нормального емоційного самопочуття, та й загалом нормального розвитку дитини. Такий висновок підтверджується при порівнянні змісту страхів та побоювань у дітей та їх батьків. Розглянемо це питання докладніше. Зміст страхів, що найчастіше зустрічаються серед батьків, проявляється в наступному: страх, що з дитиною щось трапиться (хвороба, травма, насильство, нещастя, щось невизначене, але обов'язково погане) – 94%; страх смерті дитини – 76%; страх хвороб, смертей, нещасть інших близьких людей – родичів, друзів – 72%; страх своєї неспроможності як матері чи батька, що не зможуть дати дитині, те що хотілося б дати, підготувати до суворого буденного життя – 68%; страх майбутнього, невпевненість у завтрашньому дні.

Відповіді дітей переконливо свідчать, що джерела шкільних страхів зазнали значних змін порівняно з попереднім періодом. Ситуації стали не просто більш загрозливими, але й грубшими, жорсткими та

пов'язаними з «темними» сторонами життя взагалі. Головна проблема полягає в тому, що діти сьогодні відчують себе незахищеними як у психологічному, так і фізичному сенсі. Це підтверджується зростанням висловлювань про страх перед реакцією батьків, які можуть бути «дуже засмучені» чи «засмутяться». Зміни у спілкуванні з однолітками та власне почуття неповноцінності є частиною цього тенденції. Раніше характеристики, що викликали тривогу, більше стосувалися підліткового віку і пов'язувалися з потребою у спілкуванні та свідомому розвитку. Виникає враження, що сучасні школярі відчують себе старшими, але вираження їхньої неспроможності і перейшло в майбутнє: «Не зможу годувати сім'ю» та інші. Побоювання викликати переживання батьків може бути позитивним, свідчаючи про розвиток співчуття та відповідальності, але може також призвести до тривожності та фантастичних страхів. Зростання фізичного насильства серед молодших школярів та страху відзначається, а діти боються нападів, знущань і вимагань. Навіть у благополучних школах діти відчують себе незахищеними, що свідчить про реальний страх, що виникає в шкільному середовищі. Щодо «безоб'єктних» форм тривоги, які не пов'язані із конкретними об'єктами, вони можуть вказувати на глибокі внутрішні конфлікти та особистісні труднощі, що можуть призвести до невротичних станів. Для молодших школярів це може бути важко розпізнати через недостатність мовного вираження. Такі зміни в шкільному середовищі вимагають уваги та заходів зі збереження психічного здоров'я дітей та створення безпечного, підтримуючого оточення у навчальних закладах.

Дитину треба оточувати фізичною турботою, не готувати їй їжу, стелити ліжко тощо. Не слід зваливати на неї обов'язки дорослих та говорити про те, що вона вже доросла і не має права плакати. Стимування сліз неприродне для дитини і навіть небезпечно. У період горя не потрібно ізолювати дитину від сімейних турбот. Рішення мають ухвалюватися спільною сім'єю. Бажано, щоб дитина говорила про свої страхи, але не завжди легко її до цього спонукати. Потреби дитини можуть бути непомітними для дорослих, тому важливо визнавати її емоційний біль та страхи. Наприклад, групові зустрічі підлітків, які втратили близьку людину, можуть допомагати їм висловлювати свої почуття. Після похорону сімейне життя може здаватися нормальним, але саме тоді втрата стає особливо гострою. Дітям важливо відчувати підтримку родини, дозволивши їм виражати будь-які почуття. Якщо дитина відмовляється від їжі, можна запропонувати їй допомагати приготувати обід для всієї родини. Щодо агресивної поведінки, можна дати дітям можливість виражати емоції через фізичну активність, таку

як розтращення коробок чи зайняття фізичною роботою, що буде мати сенс для них.

### Список використаних літературних джерел

1. Герман Дж. Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства – від знущань у сім'ї до політичного терору / переклад з англ. О. Лизак, О. Наконечна, О. Шлапак. Львів : Вид-во Старого Лева, 2015. 416 с.

2. Маруненко І. М. Психофізіологія: навч.-метод. посіб. з питань проведення практичних робіт для студ. небіол. спец. вищ. навч. закл. / І.М.Маруненко, Є.О. Неведомська, Г.І. Волковська. Київ : Київський ун-т імені Бориса Грінченка, 2015. 52 с.

3. Гоцуляк Н.Є. Психологічна травма: аналіз та шляхи її подолання. *Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія: Педагогічні та психологічні науки.* 2015. № 1(74). С. 378–390.

4. Дзюба, Т. М. Психотравмуюча ситуація в життєдіяльності людини: зміст, особливості, наслідки. *Актуальні проблеми психології: зб. наук. праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України.* Київ : Видавництво «Фенікс», 2012. Т. XII. Психологія творчості. Вип. 15. Част. II. С. 113-120.

5. Колесніченко О.С. Засади бойової психічної травматизації військовослужбовців, монографія. Харків : ФОП Бровін О.В., 2018. 488 с. 2. Левін П. Зцілення від травми. Вид-во Р. Бурлаки, 2022. С. 11.

6. Папуча М. В. Проблеми психології переживання : монографія. Ніжин : Видавництво НДУ імені Миколи Гоголя, 2019. 191 с.

7. 4. Паливода Л.І. Проблема визначення понять «психічна травма», «психологічна травма» і «травма втрати» у психологічних проєкціях. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія.* Т. 32(71). №6. 2021. С. 68-72.

8. Семенова Ю.С. Психотравма (психологічна травма): дискусійні питання медицини та психології. *Український науково-медичний молодіжний журнал.* 2011. С. 50-54.

9. Туриніна О.Л. Психологія травмуючих ситуацій : навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів. Київ : ДП «Вид. дім Персонал», 2017. 160 с.

10. Штепа О. С. Ресурсна насиченість особистості. Проблеми сучасної психології: зб. наук. праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / за наук. ред. С. Д. Максименка, Л. А. Онуфрієвої. Кам'янець-Подільський : ТОВ «Друкарня «Рута», 2020. Вип. 47. С. 231–252. URL : doi.org/10.32626/2227- 6246.2020-47.231-252.

11. May, R. (1969). *Love and Will.* New York : W. W. Norton & Co. 352 p. URL : <http://goodreads.com>.

## Розділ 2

### ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ЧЛЕНАМ СІМ'Ї В РАЗІ ПЕРЕБУВАННЯ КОГОСЬ ІЗ РОДИНИ В ПОЛОНІ, ЧЕРЕЗ СМЕРТЕЛЬНЕ ПОРАНЕННЯ ЧИ «ЗНИКНЕННЯ»

#### **2.1. Особливості надання психологічної підтримки членам сім'ї тим, чий близькі вважаються «зниклими» або зазнали смертельного поранення**

У ситуації, коли факт смерті і втрата близької людини має реальне підтвердження, то у людства вже є досвід виходу із такої ситуації із найменшими психологічними втратами через існування значної кількості теорій горя та горювання та технік, які допомагають його прожити. Коли про місце знаходження, умови проживання та факт існування людини зникає інформація, то виникає ситуація її «зникнення», що психологічно є дуже складною для членів родини. Близькі не знають, чи увірвався зв'язок назавжди, чи це тільки тимчасова розлука.

Така ситуація невизначеності долі рідної людини дуже погіршує психічний стан членів сім'ї, вони забороняють собі страждати, плакати, горювати, бо ще існує надія на побачення зі «зниклим» членом родини. І навіть коли після тривалого часу, довгі пошуки та очікування «зниклого» не дають позитивних результатів, члени родини не втрачають надії, забороняють собі горювати та намагаються зберегти звичний спосіб життя, бо очікують на повернення. Такий стан небажання помічати та приймати втрату у тих, чий рідні «зникли», він є досить глибоким та має довший період дії, ніж у звичному для більшості людей процесі горювання.

Бувають випадки, коли знову з'являється «звістка» про «зниклого» і тоді процес пошуку та надії на зустріч знову відновлюється з новою силою. Психологічна драма полягає в тому, що особа, у якої хтось із рідних пропав безвісти, знаходиться в тривожному або депресивному стані з відчуттям втрати або безвиходу. В такому стресовому стані людина буде доти, доки не з'явиться звістка про достовірну інформацію про члена родини, на якого очікують. Подальший психологічний стан людини буде залежати від наповненості та змісту самої інформації: позитивної чи негативної.

Відомо, що протягом усього життя у кожної людини бувають втрати,



але емоційні реакції на них будуть залежати від їхньої ваги та значущості. Ситуація ж невизначеності, має такий інтенсивний емоційний супровід, який можна порівняти лише з втратою найціннішого в житті людини – це втрата самого життя, а процес втрачання при цьому має невизначений термін. В такому важкому стані людина знаходиться якийсь час, а потім до нього приєднується психогенний розлад, що є ще однією проблемою, яка потребує вирішення. Єдине, на що сподівається людина, яка очікує, так це надія на повернення того, кого віднесли до пропавших безвісти.

Коли ситуація неконтрольована і ніхто не може на неї вплинути, варто налаштувати людину на позитивне мислення, що вона послала до зниклого безвісти думки, наповнені надією та любов'ю і при цьому продовжувала жити своїм життям.

Поширеною є думка, що родичі повинні зберігати зовнішній спокій та контролювати емоції для підтримки пораненого. Але воно хибне, так як сам хворий розуміє неприродність такого стану речей та втрачає довіру до близьких йому людей. Підтримка рідних має бути ненав'язливою, спокійною, та ґрунтуватися на вірі у його повне одужання. Безцінним буде переключення уваги хворого та його близьких з хвороби на щоденні сімейні турботи та справи. Чим більше буде залучений смертельно хворий в життя родини, в його звичайне життя, тим спокійніше та ефективніше буде проходити його лікування. Важливим та корисним буде скерування уваги хворого та дотримання режиму сну, дотримання рекомендованої лікарем дієти, виконання рекомендацій медичного персоналу, близьких людей завжди важливо бути чесними, відверто говорити з пацієнтом про його болі, переживання, бути поруч, допомагаючи крок за кроком перемогти хворобу разом.

Барбара Прайтлер, 2015, у своїх рекомендаціях говорить про те, що якою складною не була би ситуація, тим, хто переживає зникнення близьких корисним буде: знайти сенс у житті; обговорити різні сценарії майбутнього, внести необхідні зміни; застосувати ритуали вшанування поминання «зниклої» людини добрим словом, щоб та отримала гідне місце в індивідуальних спогадах.

Отже, для того аби людина знову увійшла у звичний ритм життя, їй потрібен час для переживання горя, а психолог має володіти витримкою, щоб бути поряд, вислухати та надати психологічну допомогу.

## **2.2. Специфічні зміни особистості , яку було визволено з полону та яка пережила тортури і насилля**

За невеликим виключенням, майже всі особи, які були в полоні, пережили ті чи інші форми/види тортур.

Психологічні наслідки тортур розвиваються в контексті особистого сприйняття ситуації, рівня розвитку особистості, а також соціальних, політичних і культурних факторів. Не всі форми тортур мають однакові наслідки. Наприклад, психологічні наслідки симуляції смертної кари відрізняються від наслідків сексуального насильства; не можна стверджувати, що наслідки позбавлення волі впливають на дорослу людину так само, як і на дитину.

Однак певні групи симптомів і регулярні прояви психологічних реакцій регулярно виявляються та документуються у осіб, які зазнали тортур.

Визначено, що значна кількість людей, які пережили тортури, характеризуються страхом і недовірою до авторитетів, особливо лікарів і психологів. Цей факт необхідно враховувати тим, хто займається організацією допомоги та реабілітації постраждалих. Окрім згаданих симптомів, постраждалі також страждають від проблем на роботі, у сім'ї та стосунках.

Психотерапевти неодноразово намагалися визначити та ідентифікувати певний розлад, викликаний тортурами, так званий «синдром тортур», спираючись на особистий досвід, але це не було емпірично підтверджено. У сучасній науковій літературі про тортури та їх психологічні наслідки існують різні, часом суперечливі, концепції щодо ролі інтенсивності чи специфіки стресових факторів у розвитку ПТСР [7,11].

На сьогодні не доведено, що певні розлади, спричинені тортурами, відрізняються від розладів, спричинених іншими психотравмуючими подіями, однак катування відрізняється від інших форм травматичних наслідків, оскільки це екстремальний прояв як фізичного та психічного насильства, яке у більшості випадків має специфічний соціальний та політичний контекст та частково політичну мету.

Хоча посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є найпоширенішим наслідком катувань, багато дослідників сходяться на думці, що перелік симптомів ПТСР недостатній для опису наслідків катувань [1,10,16].

Більшість авторів, які працюють з жертвами тортур, сходяться на думці, що ПТСР не охоплює і всіх симптомів стану жертви. Щоб

охопити всі симптоми жертв екстремальних травм, таких як катування, др. Дж. Лансен ввів діагностичну категорію «комплексний синдром ПТСР».

Комплексний ПТСР-синдром включає наявність хронічної симптоматики, стійкої депресії, важкого регресу, ангедонії та алекситимії, а також схильність до повторної травматизації на фоні втрати ідентичності та глибоких соціальних порушень у жертви [7,10].

На підставі доступної емпірично підтвердженої документації про зв'язок між стресом і дисоціативними розладами можна стверджувати, що найбільш радикальні форми травматичного досвіду, включаючи досвід тортур, призводять до більш інтенсивної дисоціативної симптоматики, ніж інші форми травматичного досвіду.

Неймовірно жорстокі, принизливі форми фізичних та психологічних тортур (у контексті абсолютної незахищеності, відчуття повної безпорадності та відсутності контролю над тим, що відбувається) заважають вчасно опрацювати досвід та свідомо інтегрувати його в історію життя. Зазвичай такі переживання важко інтегрувати в пам'ять та особистість жертви, що призводить до змін і фрагментації у сприйнятті травматичних подій. Переживання призводить до дисоціативних розладів, а також феноменів глибокої дезінтеграції, таких як деперсоналізація та навіть формування різних его-станів, що містять окремі когнітивні, афективні та поведінкові структури [10, 16].

Можливі наслідки тортур впливають не лише на особистість потерпілого, а й на його родину та суспільство загалом. На особистому рівні тортури є надзвичайно травматичною подією та можуть викликати негайні реакції, такі як паніка, надмірний страх смерті та відчуття втрати фізичної та психологічної цілісності [13, 15]. Пережите катування також впливає на когнітивну, емоційну та поведінкову сфери – людина тривалий час переживає ситуацію, в якій звичайні стратегії поведінки, прийняті в суспільстві, можуть призвести до додаткової агресії з боку кривдника, тому для того, щоб вижити, треба розвинути інші стратегії поведінки.

Після звільнення жертви з полону стратегії виживання, набуті в неволі, можуть зберігатися тривалий час, що часто призводить до додаткових ускладнень при поверненні до життя в суспільстві.

Досить поширеним наслідком тортур є втрата ідентичності та приналежності до різних груп. Такий психологічний симптом виникає внаслідок тривалої загрози, коли особистість може стати тригером для агресії правопорушника та додатковим засобом маніпуляції. Людина відмовляється належати до тієї чи іншої групи, щоб мати якомога менше ризиків і причин для вразливості [2, 8].

Важливо відзначити певні відмінності між посттравматичним стресовим розладом і розладами, пов'язаними з тортурами. Важливо пам'ятати, що катування включають унікальний міжособистісний компонент із специфічними стосунками та ролями.

Катування – це акт, який навмисно допускає одна особа проти іншої, коли кат завжди має необмежену владу та контроль над жертвою, а жертва безпорадна і не має можливості захиститися.

Тортури є найжахливішою формою зла, яка запускає механізми руйнування базової довіри жертви до світу [10,16]. Під час катувань заручник часто стикається з «дилемою вибору», коли особа може бути покарана за будь-яку вчинену або невчинену дію чи заяву. Тому ув'язнений намагається обмежити свої дії, що допомагає йому вижити в неволі, але ускладнює соціалізацію після звільнення.

Комплекс провини та сорому надзвичайно сильний у людей, які пережили полон. Оскільки під час ув'язнення заручники можуть зазнавати принижень і жорстоких дій, то жертви схильні ідентифікувати себе з принизливими вчинками, вчиненими щодо них та думати про те, що вони заслужили покарання через свою недосконалість.

Жертви часто відчують провину за власні дії та реакції (повівся негідно, зрадив родину, Батьківщину, виконав принизливу вимогу тощо) та почуття провини за те, що вижили. Водночас інтенсивність почуття сорому та провини набагато більш виражена серед військовослужбовців, ніж серед цивільних заручників.

Комплекс провини посилюється, оскільки для деяких жертв почуття провини є єдиним способом уникнути визнання ситуації своєї абсолютної вразливості. Наприклад: «Якщо я винен, значить я зробив щось не так і потрапив у цю ситуацію». Це означає, що я якимось вплинув на її створення. Несвідомо жертва хоча б намагається відігратися помилкове відчуття контролю над власним життям. Окрім того, у людей, які пережили полон, формується так званий парадокс контролю. Під час абстиненції у людини розвиваються нові стратегії виживання: контроль над власними почуттями, діями та емоціями. Після звільнення з полону вищезазначені механізми продовжують функціонувати.

Наприклад, жертва намагається стримати власний гнів – але в неволі це не допомагає йому вижити, а лише погіршує його стан. Працюючи з такими випадками, важливо допомогти клієнту поступово відновити справді конструктивне відчуття контролю над власним життям.

Загальною стратегією боротьби з наслідками тортур є уникнення близького спілкування та ізоляція від суспільства. У жертви виникає ілюзія, що таким чином вона може вилікуватися від травм і уникнути повторної травми. Але це дуже важливо для потерпілого.

Поясніть, що травми, що він отримав, були спричинені людьми, і зцілення можливе лише через контакт з іншими людьми. Не слід нехтувати болем і переживаннями людини, яка пережила полон. Будь-який контакт має бути екологічним і дозованим, з урахуванням потреб та особливостей психологічного стану потерпілого.

Факт примусового затримання може мати глибокий вплив на сім'ю жертви, а також на близькі стосунки між подружжям, батьками та дітьми. Інші члени сім'ї також травмовані і не завжди можуть підтримати потерпілого, тому що, по-перше, вони самі потребують підтримки, а по-друге, близькі люди зазвичай занадто залучені в травматичну ситуацію і не завжди можуть допомогти іншим.

У сім'ї жертви можуть змінюватися ролі і стосунки: втрачається довіра один до одного і до світу в цілому, що призводить до прагнення до надмірного контролю і опіки, іноді з боку обох членів подружжя. Жертви часто стають надзвичайно чутливими і нетерпимими до будь-яких проявів контролю, але хочуть контролювати своїх близьких, тримати ситуацію під контролем, що може призвести до подальших непорозумінь. Причину такої поведінки слід пояснити рідним, це допоможе знизити рівень тривоги та напруги.

Робота з подружжям, особливо на ранніх стадіях, сильно відрізняється від традиційної сімейної терапії. Дружина (чоловік) особи, яку катують, повинна бути включена в терапію як помічник і ресурс. Однак це не завжди можливо, оскільки партнери жертв часто самі покладаються на психологічну допомогу.

Важливо, щоб члени сім'ї:

- усвідомлювали психологічні особливості ситуації;
- навчилися розповідати про власний досвід;
- ідентифікували тригери та ситуації, що викликають додаткову травматизацію.

Родичі часто відчувають втрату: адже вони чекали коханого, переживали за нього і думали, що звільнення з полону означатиме кінець усім проблемам, але насправді все виявляється інакше. Коли хтось перебуває в полоні, члени сім'ї відчувають фізичну відсутність, але психологічну присутність близької людини. Вони його чекають, от і все відбувається в сім'ї, пов'язана з ним, навіть важливі сімейні події можна відкласти до часу його повернення. Але коли людина повертається з полону, перед рідними постають нові випробування. Родичі часто говорять про фізичну присутність звільненого з полону, а про психологічну відсутність. Дружини загиблих часто говорять про те, що вони чекали на повернення своїх чоловіків, але їх стан був далеко не таким, якого вони очікували. Їх мовчазність та замкненість викликає у

жінок відчуття «втрати» колишнього чоловіка, бо він став після полону зовсім іншим, у своїх думках та спогадах.

У такій ситуації важлива психологічна освіта для нормалізації та легалізації почуттів.

Досвід надзвичайного насильства, жорстокості, несправедливості та приниження викликає у жертв сильні агресивні та мстиві імпульси.

Ці імпульси вступають у протиріччя з системою моральних цінностей індивіда – відбувається зміщення, розкол або зовнішня проекція. Працюючи з клієнтами, які пережили тортури, ми можемо зіткнутися з цим явищем. Ця можливість зростає, коли болісний досвід тортур накладається на досвід дитини травми, переслідування та несправедливості, що також може викликати потребу помститися. Така динаміка може призвести до замкнутого кола, яке заважає жертві зцілитися [10,11,16].

Експерти говорять про модифікацію класичних психотерапевтичних відносин між терапевтом і клієнтом, який зазнав тортур. У таких відносинах складно встановити класичний нейтралітет, психотерапевт повинен надати жертві правовий захист і підтримку.

Байдужість психотерапевта до клієнта, який пережив катування, є ознакою синдрому професійного вигорання, а нейтральність психотерапевта – свідченням захисту від страху, безпорадності чи безсилля. Нейтральне ставлення до клієнта, який зазнав тортур, може бути шкідливим: психотерапевт, який не є достатньо емпатійним, може бути сприйнятий клієнтом як новий катівник.

Під час терапії жертви часто демонструють потребу у відкритій підтримці та співчутті з боку терапевта. Завжди, особливо на початку терапії, жертви потребують психологічної освіти, щоб пояснити суть проблеми, характеристики та мету терапії. Вже під час перших бесід із жертвою катувань необхідно визначити час сесій і сказати, наскільки важлива кожна сесія [1,3,6].

Початковий етап терапії полягає у встановленні базової безпеки та поступовому відновленні базової довіри. Обробка травматичного досвіду може бути несприятливою на цій фазі. Існує ризик, що терапія буде закінчена передчасно, тому що контакт із джерелом болю та нестерпний страх ускладнені для постраждалої людини через недостатньо безпечний простір та відносини з терапевтом. Для терапевта важливо враховувати ступінь травматичного досвіду, який виявиться під час однієї сесії.

Курс терапії для жертв катувань є складним, а результати часто досить обмеженими, особливо через те, що «базова довіра» жертви зруйнована, і їй важко почуватися у безпеці в контакті з терапевтом.

Жертви тортур пригнічують свій травматичний досвід, що значно порушує терапевтичний контакт.

Багато проблем пов'язані зі схильністю клієнтів відчувати провину. Жертви тортур можуть ідентифікувати себе зі злочинцями, щоб зберегти свою знищену особистість. Така «залежність від ненависті» може призвести до нового почуття провини, що ще більше відчужує жертву від інших людей. Терапевт повинен усвідомлювати можливість такої емоційної прихильності та вміти захистити себе від неї. Цього можна досягти, якщо терапевт залишається сильним і точним, вміє встановлювати межі і тактовно відкидає спроби клієнта ідеалізувати терапевта.

Наступна фаза – поступове відтворення та переробка травматичного досвіду. Зазвичай цей етап є найтривалішим і часто найскладнішим. Терапевт повинен проявити чуйність і емпатію та стати стабілізуючим фактором і гарантом безпеки. Таким чином розкриваються травматичні переживання та створюється простір для відновлення внутрішнього відчуття безперервності та цілісності.

Остання фаза присвячена реконструкції, реінтеграції та відокремленню від терапевта, інтеграції жертви в соціальне життя та плануванню нового життя [там же].

### **2.3. Психологічна допомога членам сім'ї в разі перебування або визволення з полону рідних та близьких**

Насамперед рідні військовослужбовців мають усвідомити, що у воєнний час зникнення на кілька днів для військових – буденна річ.

Адже в зонах бойових дій часто немає електрики та мобільного зв'язку. Тому військові, які виконують завдання в гарячих точках, іноді просто не мають можливості вчасно зарядити телефон і надіслати звістку додому.

Водночас варто мати номер мобільного телефону й інших військових, з якими несе службу родич. У випадку зникнення зв'язку можна зателефонувати їм. Родичам військових, а особливо тих, які беруть участь у бойових діях, рекомендують чітко знати номер частини та батальйону, де служить боєць. Бажано знати, в якому саме населеному пункті він несе службу, і мати контакти військової частини, де базується його відділення.

У липні 2022 року Головне управління розвідки Міноборони оприлюднило алгоритм дій для визнання особи зниклою безвісти.

Окремо зазначимо, що у разі відсутності інформації про місцеперебування військовослужбовця, родичі мають звертатися до

центру комплектування та соціальної допомоги та військової частини, а також телефонувати на гарячу лінію Міноборони за номером 0 800 500 442.

У такому випадку також можна звернутися за такою адресою:

- Національне інформаційне управління за коротким кодом 1648, міський номер (044) 287-81-65 або заповніть відповідну форму запити на сайті;

- найближче відділення поліції, надішліть запит поштою, зателефонуйте на «102» або зверніться на гарячу лінію за телефоном 0894 200 18 67;

- апарат Уповноваженого з питань зниклих безвісти в особливих випадках: 0 800 339 247;

- Спільний центр розшуку та звільнення полонених при СБУ: +38 067 650 83 32 або +38 098 087 36 01.

- Міжнародний Комітет Червоного Хреста: 0 800 300 155.

- Міжнародний Комітет Червоного Хреста: 0 800 300 155.

Отриману заяву реєструють у журналі єдиного обліку та вносять відомості до Єдиного реєстру досудових розслідувань для внесення органами міліції факт зникнення з приміткою «зниклий безвісти» відповідно до статті 115 Кримінального кодексу. Уповноваженого з питань насильницьких зникнень за особливих обставин необхідно повідомити про це протягом трьох днів.

Тут також родичі людей, з якими втрачено зв'язок, можуть звернутися за порадою до юриста та психолога. Зв'язатися з координаційним центром можна за телефоном 093 322 58 81 або написавши повідомлення на [nev.vit11@gmail.com](mailto:nev.vit11@gmail.com).

Служба безпеки України запустила онлайн-сервіс із розшуку зниклих безвісти та військовополонених в умовах воєнного часу. Повідомити про зникнення можна за допомогою онлайн-форми.

SGE запевняє, що дані, передані через форму, є конфіденційними та не будуть передані третім особам. Також застерігає від шахрайських схем, коли невідомі телефонують і пропонують «допомогу» у нібито визволенні з полону родичів.

Достатня кількість американських дослідників (Дж. Браун, К. Роу, П. Хентелефф) говорять про те, що існує кореляція між суїцидальними думками та рівнем депресії внаслідок переживання втрати.

Після багатьох років роботи з людьми, які жили в умовах постійного стресу, Моулі Лахад виявив, що лише 20% з них мали симптоми посттравматичного стресового розладу, а решта якимось чином подолали психологічну травму. На основі цих досліджень вчений створив модель «зустрічі людини зі світом» – BASIC Ph. Загалом, ця



модель складалася з ефективних стратегій пошуку внутрішньої стабільності, що допомогли не лише пережити кризу, але й водночас одному стати більш зрілими людьми.

Основна ідея моделі BASIC Ph полягає в тому, що у кожного з нас є власні інструменти для боротьби зі стресом, які можна розділити на шість категорій:

Віра в Бога чи в себе, життєві цінності, переконання, традиції, філософія, приналежність до суспільства.

Необхідно висловлювати свої емоції та почуття, а не тримати їх в собі. Перш ніж вчитися, необхідно пізнати свої емоції, для цього можна просити допомоги у психолога, займатися самовихованням, саморефлексією.

Підтримка рідних, коханих, друзів, колег, психологів і суспільства в цілому, що стимулює уяву та розвиває незвичне мислення – все це допоможе справитися з емоціями, пов'язаними з негативними спогадами. При отриманні тепла людина одужує. Це також можуть бути дружні розмови, заняття творчістю, хороші книжки, комп'ютерні ігри, улюблені кінофільми та прослуховування класичної музики. Тут потрібно розуміти, що для кожного з вас буде підтримкою – простий лайк, розмова, обійми чи щось інше.

Розум, знання, навчання, рефлексія, раціоналізація у хорошому сенсі. Ці стратегії подолання ґрунтуються на бажанні вирішити проблему, зрозуміти причини та наслідки і розробити більш ефективну відповідь у майбутньому. Головне спиратися на перевірені факти, а не на припущення.

Різноманітні фізичні навантаження та фізичні вправи також можуть бути корисними для відновлення психічного благополуччя. Це може бути спорт, піші прогулянки, йога, дихальна гімнастика, масаж тощо. До цієї категорії також входить догляд за тілом: повноцінний сон, правильне харчування, хороше фізичне самопочуття, регулярний відпочинок тощо.

У кожного з нас є свої «улюблені» копінги. Хтось шукає рішення, хтось пірнає у світ відео ігор, а хтось збирається в похід медитувати на вершині гори.

Копінги бувають конструктивними та деструктивними.

- конструктивні – дозволяють людям адаптуватися до стресової ситуації поточної ситуації та подібних ситуацій у майбутньому;
- деструктивні – цк коли людина не розуміє межі адекватності у його застосуванні, не має міри.

До деструктивних можна віднести вживання алкоголю та психоактивних речовин, проблеми з «харчуванням», надмірну агресивну поведінку по відношенню до оточуючих, фанатизм, втечу від реальності

у вигаданий світ тощо. Тобто це може бути копія з будь-якої категорії.

Так, звичка вживати спиртне, формується у військових ще в зоні бойових дій. У військових просто не витримує психіка, коли наші позиції поливають вогнем, а хлопці не можуть дати «ответку» і змушені пасивно спостерігати за тим, що відбувається навколо. Тому, зняти напругу в такій ситуації, постійний стресовий стан, невикористану сексуальну енергію можна зняти алкоголем.

Конструктивне подолання завжди пов'язане з більш-менш усвідомленими діями. Це можуть бути поведінкові чи когнітивні стратегії або конкретні техніки для зменшення емоційного стресу.

Досить ефективним психопрофілактичним засобом є психологічне консультування, що є значно економічнішим порівняно з іншими видами психологічної допомоги, які потребують значних витрат часу, певної підготовки, обладнання тощо. Для військовослужбовців, які звертаються відразу після травматичного досвіду, психологічне консультування часто приймає форму консультування у кризовій ситуації.

Під час консультування військовослужбовців, ветеранів та їхніх сімей цивільні психологи можуть зіткнутися з низкою проблем, багато з яких подібні до тих, з якими стикаються цивільні. Проте всі ці проблеми виникають у зв'язку з вимогами, що висуваються до радника в межах військової культури.

Це означає, що вони розуміють військову роль, мову, походження, готові сприймати армійський сленг, терпіти військові жарти чи навпаки – військово-травматичні історії – надавати необхідну допомогу у порушеннях, характерних лише для військових, тощо. [6, 16].

Паула Доменічі, психолог і директор програм підготовки цивільних осіб у Центрі психології розвитку, зазначає, що очікування військових від психолога можуть відрізнятися від очікувань цивільних. За надання психологічної допомоги психологи повинні чітко визначити межі свого особистого статусу та конфіденційності та обговорити можливу стигматизацію та проблеми у стосунках «психолог-клієнт» [1, 2, 4, 9].

У США ця проблема вирішується наявністю спеціалістів при Міністерстві оборони чи Міністерстві у справах ветеранів. Рекомендується спочатку зв'язатися з ними. Управління у справах ветеранів також проводить спеціальні навчальні модулі з військової культури.

Цивільні психологи можуть зіткнутися з низкою інших проблем у консультативній роботі, серед яких: відсутність у військовій свідомості культури спілкування з психологами; переважання психіатричної моделі при роботі з психологічними (і навіть психологічними) проблемами особистості, що призводить не лише до стигматизації клієнта, а й до

залежності від наркологічного лікування; неузгодженість діяльності психологів, які вже мають великий досвід реальної роботи в умовах бойових дій, відсутність актуальних, чітко визначених протоколів психологічної допомоги та реабілітації, психологічної реінтеграції, соціальної адаптації тощо.

У сучасних умовах виникає нагальна необхідність об'єднання зусиль психологів правоохоронних органів і цивільних психологів для уніфікації психологічних заходів і наближення допомоги до споживачів – військовослужбовців,

Ветерани та члени їх сімей, які з цією метою використовують інфраструктуру цивільних психологічних установ або місць постійної дислокації військових частин за погодженням з командирами частин і залучають для консультативної діяльності кваліфікованих цивільних психологів, рекомендованих професійними асоціаціями психологів.

Психологічне консультування є ефективною та економічно вигідною формою психологічної підтримки військовослужбовців після перебування в екстремальних оперативно-бойових умовах. Психолог може звернутися за такою допомогою навіть у несприятливих умовах, коли не вистачає певного обладнання та зручностей (що взагалі є важливим фактором у роботі психолога) [3,4].

### Список використаних літературних джерел

1. Дьоміна О. О. Суїцидальна поведінка при гострій реакції на стрес у осіб молодого віку: (Особливості формування, методи корекції та профілактики): Автореф. дис. ... канд.мед.наук. – Харків, 2004. – 20с.
2. Галич М.Ю. Особливості впливу умов професійної діяльності поліцейських на емоційну сферу особистості. *Юридична психологія*, 2021. № 2(29). С. 44–52.
3. Крамар Ю. А. Суїцидальна поведінка та самоушкодження: організаційні заходи. *НейроNews*. 2019. №1(102). С. 39 – 41.
4. Пилягіна Г.Я. Проблема саморуйнуючої поведінки серед населення України // *Новости медицины и фармации*. – 2007. – №215. – С. 10-11
5. Про профілактику суїцидальної поведінки серед дітей та підлітків. Лист МНО України №1/9-241 від 27.06.2001 [Текст] / В.М. Прийменко. – К: КМПУ ім. Д. Грініченка, 2005. – 43 с.
6. Психологія суїциду: Навчальний посібник / За ред. В.П. Москальця. – Київ – Івано-Франківськ: Плай, 2002. – 249 с.
7. Roy A. – Suicide in doctors // *Psychiatric Clin. North Amer.* – 1985. – Vol.40. – P. 971-974.
8. Чухраєва Г.В. Стреси та дистреси в психологічній діяльності працівників поліції. *Вісник Харківського національного університету*, 2016. Вип. 59. С. 94–97.

### Розділ 3

## ТЕХНІКИ НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ЧЛЕНАМ РОДИНИ ПРАЦІВНИКІВ МВС

Порядок надання психологічної допомоги постраждалим від воєнних дій базується на такому порядку надання психологічної допомоги:

- надання психологічної допомоги в безпечному місці;
- виведення потерпілого з місця пригоди та ізолювання його від надмірної уваги оточуючих;
- заспокоєння потерпілого, надання допомоги, що б<sup>а</sup> тому не треба залишати аду (швидку) медичну допомогу;
- підтримувати постійний контакт з потерпілим;
- спокійно спілкуватися з потерпілим і адекватно оцінювати його бажання та дії; Уникайте слів, що можуть викликати у вас почуття провини.
- Відвернути його від негативних думок і намірів;
- Готуючи пошту, новий Eytenuiger завжди повинен бути експертом;
- По можливості укрийте потерпілого ковдрою.
- Забезпечення постійного спостереження за потерпілим до прибуття бригади швидкої медичної допомоги (див. Невідкладна допомога);

Перед наданням психологічної допомоги:

- Переконайтеся, що на місці аварії немає небезпеки ні для вас, ні для потерпілого. Візьміть або транспортуйте потерпілого в безпечне місце. Якщо це неможливо, викликати рятувальників;
- Оглянути потерпілого і за необхідності надати першу допомогу;
- Викличте на місце пригоди лікарів швидкої допомоги, поліцію та службу порятунку. Зателефонуйте хоча б в одну зі служб, а інші служби вже автоматично сповіщаються про надзвичайну ситуацію.

Зосередьтеся і не втрачайте самовладання! Якщо ви не впевнені у власних силах, зателефонуйте тим, хто може допомогти та надати моральну підтримку потерпілому самостійно. Не робіть жодних дій, що можуть призвести до зворотного ефекту [ 2,5,7].

Психологічна допомога особливо необхідна, коли людина ізолювана внаслідок обстрілу та руйнування будівлі чи автомобіля. У такій ситуації дуже важливо поговорити з жертвою, щоб вона відчула зв'язок із зовнішнім світом. Говоріть із ним голосно, повільно та чітко. Надати рекомендації щодо поведінки.

## **Техніки**

### **Таємний стук**

Коли ми відчуваємо виклик і загрозу, нервова система реагує викидом гормонів, які готують організм до екстрених дій. Організм людини відчуває стрес. Якщо ви відчуваєте, що більше не можете впоратися з цим, ви можете використовувати вправи для контролю рівня стресу.

### **Метелик**

Це вправи, у яких задіяні останні фаланги правої та лівої руки. Натискаючи великим пальцем на фаланги пальців, ми стимулюємо нервові закінчення. Ці імпульси пригнічують діяльність мигдалеподібного тіла, головного центру, що відповідає за тривогу. Натискайте подушечками кожного пальця, поки не відчуєте спокій.

### **Дихання, що допоможе впоратись із тривогою**

Ця методика відноситься до групи дихальних вправ. Для її виконання вам знадобиться будь-який квадратний або прямокутний предмет, який ви бачите перед собою: двері, стіна, будинок і т.д. Повторюйте по колу, стежачи за поглядом: від першого кута до другого – поки не порахуєте. «один»; із другого на третій – на рахунок «два»; з третього по четвертий – на рахунок «три»; від четвертого до першого – на рахунок «чотири». На «один» починайте вдихати через ніс. Продовжуйте вдихати, поки не порахуєте до чотирьох. Потім знову почніть видихати на «один» і порахуйте до «чотирьох». Завдяки штучному уповільненню дихання мозок визнає, що ви в безпеці, і тепер можна розслабитися.

### **Безпечне місце**

Це образна вправа, що дозволяє вам відволіктися від того, що відбувається, і уявити, що ви перебуваєте в безпечному місці, де вам комфортно та розслаблено. Закрийте очі і уявіть це місце у всіх подробицях, спробуйте почути звуки, що доносяться звідти, запахи і т. Потрібно закрити очі і максимально відволіктися від усього, що відбувається навколо. Переконайтеся, що у вас є хтось, кому можна довіряти.

### **Сканування тіла**

Методика, спрямована на розвиток стійкої і гнучкої уваги. Мета освоєння уважності полягає в тому, щоб ви навчилися зосереджувати свою увагу на тому, що відбувається у вашому тілі, ваших відчуттях і

ваших думках в цей момент. Зосередьтеся на кожній клітинці свого тіла, від маківки до п'ят. Закрийте очі, перш ніж хвилюватися про власну безпеку. Спробуйте відчувати лоб, очі, ніс, губи, підборіддя і шию. Відчуйте свої плечі і сильні руки, спостерігайте, як дихають ваші легені самостійно, як піднімається і опускається грудна клітка. Продовжуйте так до кінця.

### **Прогресивна м'язова релаксація**

Важко розслабитися, коли м'язи буквально напружені. Це заважає вам вільно дихати і мати свіжий розум. Техніку краще виконувати наодинці в тихому місці або перед сном. Напружте всі м'язи і затримайтеся в цьому положенні як можна довше. Потім сильно розслабте все тіло. Інерція змушує м'язи ще більше розслаблятися. Ці вправи допомагають впоратися зі стресом тут і зараз.

Досить ефективним психопрофілактичним засобом є психологічне консультування, яке є значно економічнішим порівняно з іншими видами психологічної допомоги, які потребують значних витрат часу, певної підготовки, обладнання тощо. Для військовослужбовців, які звертаються відразу після травматичного досвіду, психологічне консультування часто приймає форму консультування у кризовій ситуації.

Під час консультування військовослужбовців, ветеранів та їхніх сімей цивільні психологи можуть зіткнутися з низкою проблем, багато з яких подібні до тих, з якими стикаються цивільні [ 2,5,6].

### **Список використаних літературних джерел**

1. Навроцька В. Окремі аспекти діяльності патрульної поліції у період воєнного стану. Молодий вчений. 2022. № 6. С. 121–136.

2. Казначеев Д.Г., Лопаєва О.М. Особливості формування психологічної стійкості і готовності працівників поліції у процесі навчання з вогневої підготовки. Науковий вісник Дніпропетровського державного університету внутрішніх справ. 2018. № 4 (97). С. 82–85.

3. Бойченко А. В. Психологічні особливості становлення автономності особистості в умовах війни. Науковий журнал «Гуманітарні студії: історія та педагогіка». 2021. №1 (01). С.125-128. URL: [http://nauksgf.wunu.edu.ua/index.php/npsgf/issue/view/3](http://naukskf.wunu.edu.ua/index.php/npsgf/issue/view/3) (дата звернення: 18.08.2022).

4. Боровинська І. Є. Соціально-психологічні стратегії життєвої успішності внутрішньо переміщених осіб: дис... д-ра філософії: 053 (05). Інститут соціальної та політичної психології НАПН України. Київ, 2022.301с.

5. Волков Д. С., Абатурова О. А. Особливості просоціальної поведінки в умовах воєнного стану. Science of XXI century: development, main theories and

achievements. 2022. С. 12-15.

6. Громова Г. М. Толерантність до невизначеності та ставлення до часу як медіатори посттравматичного відновлення особистості. Виміри особистісних трансформацій: матеріали IV Всеукраїнського науково-практичного семінару (м. Ніжин, 6 жовтня 2021 року); Т. М. Титаренко (голов. ред.) та ін. Київ: ІСПП НАПН України, 2021. С. 30-34.

7. Дворник М. С. Дистанційні модулі підтримання психологічного благополуччя особистості в період очікування миру. Виміри особистісних трансформацій: матеріали IV Всеукраїнського науково-практичного семінару (м. Ніжин, 6 жовтня 2021 року); Т. М. Титаренко (голов. ред.) та ін. Київ: ІСПП НАПН України, 2021. С. 11-15.

8. Дуб В. Соціокультурні характеристики ціннісних орієнтацій вимушених переселенців. Проблеми гуманітарних наук. Психологія, 2021. Вип. 49. С. 61–71.

9. Коллі-Шамне А., Старцева В. Google-форма як інструмент дослідження соціально-психологічних проблем українців – вимушених мігрантів у перші місяці війни 2022 року. Трансформаційні процеси в умовах війни та післявоєнного періоду. Збірник матеріалів Всеукраїнської міждисциплінарної науково-практичної конференції (м. Чернігів, 10 червня 2022 року). Чернігів: ГО «Науково-освітній інноваційний центр суспільних трансформацій», 2022. С.234-237.

10. Лефтеров В.А. Психологічні особливості екстремальної міграції в Україні. Координати розвитку психології здоров'я: реалії та перспективи: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю (м. Вінниця, 23-23 листопада 2018 р.); за заг. ред. проф. О.В. Бацилевої. Вінниця: ТОВ «ТВОРИ», 2018. С. 106-110.

11. Нестеренко М. О. Роль особистісних ресурсів у адаптації вимушених переселенців до нових умов життя. Науковий журнал «Гуманітарні студії: історія та педагогіка». 2021. № 1(01). С.200-202. URL: <http://naukskf.wunu.edu.ua/index.php/npsgf/issue/view/3> (дата звернення: 18.08.2022).

12. Слюсаревський М. М. Соціально-психологічний стан українського суспільства в умовах повномасштабного російського вторгнення: нагальні виклики і відповіді. Вісник НАПН України. 2022. №4(1). С. 1-11.

13. Степаненко Л. В. Особливості взаємозв'язку адаптивних властивостей та механізмів психологічного захисту у переселенців. Психолого-педагогічні координати розвитку особистості: зб. наук. матеріалів II Міжнар. наук.-практ. конф., 3-4 червня 2021 р. Полтава: Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка», 2021. С.206-210.

14. Субашкевич І. Р., Шпагіна А. Д. Дослідження соціально-психологічних настроїв українців у період війни. Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія. 2022. Том 33 (72). № 2. С. 116-122.

15. Сушик І., Карпінчук Л. Міграція: проблеми адаптації і світової

безпеки. Together united: науковці проти війни: збірник тез доповідей I Міжнародної благодійної науково-практичної конференції (Луцьк, 20 травня 2022 р.). Луцьк : Вежа-Друк, 2022. С. 274-278.

16. Трибрат Т. А., Шуть С. В, Сакевич В. Д. Біженці, мігранти та переміщені особи під час війни: виклики для систем охорони здоров'я та громадського здоров'я. Організаційні та нормативно-правові аспекти діяльності системи громадського здоров'я в Україні в мирний час та під час війни: колективна монографія; за заг. ред. проф. Ждана В. М. та проф. Голованової І. А. Полтава: ТОВ «Фірма «Техсервіс», 2022. С. 23-31.

17. Трубавіна І. Спектр проблем біженців в Україні в війні 2022 року: акценти і спостереження. Збірник тез II Міжнародної наукової конференції «Воєнні конфлікти та техногенні катастрофи: історичні та психологічні наслідки», 21-22 квітня. Т.: ФОП Паляниц В.А, 2022 С.29-31. URL: <http://elartu.tntu.edu.ua/handle/lib/37866> (дата звернення: 18.08.2022).

18. Устенко Р. Л., Каценко А. Л., Саричев Я. В. Вплив військових дій на психологію студентів. Організаційні та нормативно-правові аспекти діяльності системи громадського здоров'я в Україні в мирний час та під час війни: колективна монографія; за заг. ред. проф. Ждана В. М. та проф. Голованової І. А. Полтава: ТОВ «Фірма «Техсервіс», 2022. С. 31-36.

19. Чиханцова О. А. Психологія становлення життєстійкості особистості: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра психолог. наук: 19.00.01. Київ, 2021. 41с.

20. Юрків Я. І., Луканов Д. В. Труднощі соціально-психологічної адаптації вразливих верств внутрішньо переміщених осіб до нових умов життя. Науковий вісник Ужгородського університету. Серія: «Педагогіка. Соціальна робота». 2021. Вип. 1 (48). С. 469-472.



**Опитувальник нервово-психічної напруги (Немчін Т.А.)**

ІНСТРУКЦІЯ. Уважно читайте твердження і поруч з ними позначайте знаком «+», якщо ви згодні, і знаком «-», якщо не згодні.

*1. Наявність фізичного дискомфорту:*

- А) повна відсутність яких-небудь неприємних фізичних відчуттів;
- Б) мають місце незначні неприємні відчуття, що не заважають роботі;
- В) наявність великої кількості неприємних фізичних відчуттів, що серйозно заважають роботі.

*2. Наявність болісних відчуттів:*

- А) повна відсутність яких-небудь болів;
- Б) болісні відчуття періодично з'являються, але швидко зникають і не заважають роботі;
- В) мають місце постійні болісні відчуття, що істотно заважають роботі.

*3. Температурні відчуття:*

- А) відсутність яких-небудь змін у відчутті температури тіла;
- Б) відчуття тепла, підвищення температури тіла;
- В) відчуття похолодання тіла, кінцівок, почуття ознобу.

*4. Стан м'язового тону:*

- А) звичайний м'язовий тонус;
- Б) помірне підвищення м'язового тону, почуття певної м'язової напруги;
- В) значна м'язова напруга, посмикування окремих м'язів обличчя, шії, рук (тики, тремор)

*5. Координація рухів:*

- А) звичайна координація рухів;
- Б) підвищення точності, легкості, координованості рухів під час писання, іншої роботи;
- В) зниження точності рухів, порушення координації, погіршення почерку, утруднення при виконанні дрібних рухів, що вимагають високої точності.

*6. Стан рухової активності загалом:*

- А) звичайна рухова активність;
- Б) підвищення рухової активності, збільшення швидкості й енергійності

рухів;

В) різке посилення рухової активності, неможливість усидіти на одному місці, метушливість, прагнення ходити, змінювати положення тіла.

*7. Відчуття збоку серцево-судинної системи:*

А) відсутність яких-небудь неприємних відчуттів з боку серця;

Б) відчуття посилення серцевої діяльності, що не заважає роботі;

В) наявність неприємних відчуттів з боку серця - частішання серцебиття, почуття тиску в ділянці серця, поколювання, болі в серці.

*8. Прояви збоку шлунково-кишкового тракту:*

А) відсутність яких-небудь неприємних відчуттів у животі;

Б) одиничні, швидко минуці і такі, що не заважають роботі, відчуття в животі. Почуття легкого голоду, періодичне «гурчання»;

В) виражені неприємні відчуття в животі – біль, зниження апетиту, нудота, відчуття спраги.

*9. Прояви з боку органів дихання:*

А) відсутність яких-небудь відчуттів;

Б) збільшення глибини і частішання дихання, що не заважає роботі;

В) значна зміна дихання – задишка, почуття недостатності вдиху, «комки у горлі».

*10. Прояви з боку видільної системи:*

А) відсутність яких-небудь змін;

Б) помірна активізація видільної функції – більш часте бажання скористатися туалетом при повному збереженні здатності утриматися (терпіти);

В) різке частішання бажання скористатися туалетом, чи труднощі, навіть неможливість терпіти.

*11. Стан потовиділення:*

А) звичайне потовиділення без яких-небудь змін; Б) помірне посилення потовиділення; В) поява рясного «холодного» поту.

*12. Стан слизової оболонки порожнини рота:*

А) звичайний стан без яких-небудь змін;

Б) помірне збільшення слиновиділення; В) відчуття сухості в роті.

*13. Колір шкірних покривів:*

А) звичайний колір шкіри обличчя, шиї, рук; Б) почервоніння шкіри обличчя, шиї, рук;

В) блідний колір шкіри обличчя, шиї, поява на шкірі кистей рук «мармурового» (плямистого) відтінку.

*14. Сприйнятливість, чутливість до зовнішніх подразників:*

- А) відсутність яких-небудь змін, звичайна чутливість;
- Б) помірне підвищення сприйнятливості до зовнішніх подразників, що не заважає роботі;
- В) різке загострення чутливості, відволікаємість, фіксація на сторонніх подразниках.

*15. Почуття впевненості в собі, у власних силах:*

- А) звичайне почуття впевненості у власних силах, здібностях;
- Б) підвищене почуття впевненості в собі, віра в успіх;
- В) почуття непевності в собі, очікування невдачі, провалу.

*16. Настрій:*

- А) звичайний настрій;
- Б) піднесений, підвищений настрій, відчуття підйому, приємного задоволення роботою чи іншою діяльністю;
- В) зниження настрою, пригніченість.

*17. Особливості сну:*

- А) нормальний, звичайний сон;
- Б) гарний, міцний, освіжаючий сон напередодні;
- В) неспокійний, з частими пробудженнями і сновидіннями сон упродовж кількох попередніх ночей, зокрема, напередодні.

*18. Особливості емоційного стану загалом:*

- А) відсутність яких-небудь змін у сфері емоцій і почуттів;
- Б) почуття заклопотаності, відповідальності за роботу, що виконується, «азарт», активне бажання діяти;
- В) почуття страху, паніки, розпачу.

*19. Перешкодостійкість:*

- А) звичайний стан, без яких-небудь змін;
- Б) підвищення перешкодостійкості в роботі, здатність працювати в умовах шуму й інших перешкод;
- В) значне зниження перешкодостійкості, нездатність працювати при відволікаючих подразниках.

*20. Особливості мови:*

- А) звичайна мова;
- Б) підвищення мовної активності, збільшення гучності голосу, прискорення мови без погіршення її якості (логічності, грамотності тощо);
- В) порушення мови – поява тривалих пауз, запинок, збільшення кількості особистих слів, заїкуватість, занадто тихий голос.

*21. Загальна оцінка психічного стану:*

- А) звичайний стан;
- Б) стан зібраності, підвищена готовність до роботи, мобілізованість, високий психічний тонус;
- В) почуття втоми, незібраності, неувважності, апатії, зниження психічного тонусу.

*22. Особливості пам'яті:*

- А) звичайна пам'ять;
- Б) поліпшення пам'яті – легко пригадується те, що потрібно;
- В) погіршення пам'яті.

*23. Особливості уваги:*

- А) звичайна увага без яких-небудь змін;
- Б) поліпшення здатності до зосередження, відволікання від сторонніх справ;
- В) погіршення уваги, нездатність зосередитися на справі, відволікаємість.

*24. Кмітливість:*

- А) звичайна кмітливість;
- Б) підвищення кмітливості, гарна спритність;
- В) зниження кмітливості, розгубленість.

*25. Розумова працездатність:*

- А) звичайна розумова працездатність;
- Б) підвищення розумової працездатності;
- В) значне зниження розумової працездатності, швидка розумова стомлюваність.

*26. Явище психічного дискомфорту:*

- А) відсутність яких-небудь неприємних відчуттів і переживань з боку психіки загалом;
- Б) почуття психічного комфорту, підйому психічної діяльності або

одиночні, слабо виражені, які швидко минають і не заважають роботі, явища;

В) різко виражені, різноманітні і численні, які серйозно заважають роботі порушення з боку психіки.

*27. Ступінь поширеності (генералізованості) ознак напруги:*

А) одиночні, слабо виражені ознаки, на які не звертається увага;

Б) чітко виражені ознаки напруги, не лише такі, що не заважають діяльності, але, навпроти, що сприяють її продуктивності;

В) невелика кількість різноманітних неприємних ознак напруги, що заважають роботі різних органів і систем організму.

*28. Частота виникнення стану напруги:*

А) відчуття напруги не розвивається практично ніколи;

Б) деякі ознаки напруги розвиваються лише за наявності реально важких ситуацій;

В) ознаки напруги розвиваються дуже часто і нерідко без достатніх на те причин.

*29. Тривалість стану напруги:*

А) дуже короткочасний, не більше кількох хвилин, швидко зникає ще до того, як минула складна ситуація;

Б) продовжується практично впродовж усього часу перебування в умовах складної ситуації і виконання необхідної роботи, припиняється невдовзі після її закінчення

В) дуже велика тривалість стану напруги. Напруга не припиняється впродовж тривалого часу після складної ситуації.

*30. Загальний ступінь виразності напруги:*

А) повна відсутність чи дуже слабкий ступінь виразності;

Б) помірковано виражені, виразні ознаки напруги;

В) різко виражена, надмірна напруга.

**ОБРОБКА ТА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ.** За оцінку «+», поставлену напроти пункту «А» нараховується 1 бал, напроти пункту «Б» – 2 бали, навпроти «В» – 3 бали. Міп – 30 балів Мах – 90 балів

30-50 балів – слабка чи детензивна нервово-психічна напруга;

51-70 балів – помірна чи інтенсивна нервово-психічна напруга;

71-90 балів – надмірна чи екстенсивна нервово-психічна напруга.

## ДОДАТОК В

### Тест САН (Самопочуття. Активність. Настрій)

Ця методика призначена для самоконтролю і самооцінки самопочуття, активності і настрою. Шкала САН складається з індексів (3 2 1 0 1 2 3) і розташована між тридцятьма парами слів протилежного значення, що відображують рухливість, швидкість і темп протікання функцій (активність), силу, здоров'я, стомлення (самопочуття), а також характеристики емоційного стану (настрій). Перевагами тесту є його стислість і можливість кількаразового використання впродовж певного часу.

ІНСТРУКЦІЯ. Слід співвіднести свій стан з ознаками за багатоступінчастою шкапою. Ви маєте вибрати і позначити цифру, що найбільш точно відбиває ваш стан на даний момент.

Самопочуття добре	3210123	Самопочуття погане
Почуваюся сильним	3210123	Почуваюся слабким
Пасивний	3210123	Активний
Малорухливий	32 10123	Рухливий
Веселий	3210123	Сумний
Добрий настрій	3210123	Поганий настрій
Працездатний	3210123	Розбитий
Сповнений сил	3210123	Знесилений
Повільний	3210123	Швидкий
Бездіяльний	3210123	Діяльний
Щасливий	3210123	Нещасливий
Життєрадісний	3210123	Похмурий
Напружений	3210123	Розслаблений
Здоровий	3210123	Хворий
Байдужий	3210123	Захоплений
Спокійний 1	3210123	Схвильований
Захоплений	3210 123	Сумовитий
Радісний	3210 123	Печальний
Відпочивший	3210123	Стомлений
Свіжий	3210123	Виснажений
Сонливий	3210123	Збуджений
Бажання відпочити	3210123	Бажання працювати
Спокійний	3210123	Стурбований
Оптимістичний	3210123	Песимістичний
Витривалий	3210123	Втомлений

Бадьорий	3210123 Млявий
Думати важко	3210123 Думати легко
Розсіяний	3210123 Уважний
Сповнений сподівань	3210123 Розчарований
Задоволений	3210123 Незадоволений

ОБРОБКА ТА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ. При обробці ці цифри перекоднуються в такий спосіб. Негативні стани за шкалою САН приймаються за 1 бал, наступний за ним за 2 бали і так далі. Слід ураховувати те, що полюси шкали постійно змінюються. Позитивні стани завжди одержують високі бали, а негативні низькі. За цими балами розраховується середнє арифметичне як загалом, так і окремо за активністю, самопочуттям і настроєм. Зразок перекодування наведений у таблиці.

Перекодування	Повний надій	7654321	Розчарований
Текст САН	Повний надій	3210123	Розчарований

При оцінці функціонального стану важливі значення окремих показників та їхнє співвідношення. Наприклад, у відпочилої людини оцінки активності, настрою і самопочуття приблизно однакові. У міру наростання втоми співвідношення між ними змінюється за рахунок відносного зниження самопочуття й активності в порівнянні з настроєм.

Ключ.

Питання на самопочуття – 1,2,7,8,13,14,19,20,25,26.

Питання на активність-3,4,9,10,15,16,21,22,27,28.

Питання на настрій-5, 6, 11, 12, 17, 18,23,24,29,30.

**Тест «Самооцінка психічних станів» (Г.Айзенк)**

Тест дозволяє оцінити деякі неадаптивні стани (тривога, фрустрація, агресія) і властивості особистості (тривожність, фрустрованість, агресивність, ригідність).

**ІНСТРУКЦІЯ.** Уважно прочитайте опис різних психічних станів. Якщо цей опис збігається з вашим станом і стан виникає часто, то необхідно оцінити його в 2 бали. Якщо цей стан виникає зрідка, то ставиться один бал. Якщо не збігається з вашим станом – 0 балів.

Опис станів.

I

Не почуваю впевненості в собі.

Часто через дрібниці червонію.

Мій сон неспокійний.

Легко впадаю в зневіру.

Турбуюся тільки про уявлювані неприємності.

Мене лякають труднощі.

Люблю копатися у своїх недоліках.

Мене легко переконати.

Я недовірливий.

10. Я важко перенешу час очікування.

II

Нерідко мені здаються безвихідними ситуації, з яких усе-таки можна знайти вихід.

Неприємності мене сильно розстроюють, я падаю духом.

Під час великих неприємностей я схильний без достатніх підстав звинувачувати себе.

Нещастя і невдачі нічому мене не вчать.

Я часто відмовляюся від боротьби, вважаючи її марною.

Я нерідко почуваюся беззахисним.

Іноді в мене буває стан розпачу.

Я почуваю розгубленість перед труднощами.

У важкі хвилини життя іноді поведжуся як дитина, хочу, щоб пожаліли.

Вважаю недоліки свого характеру непоправними.

III

Залишаю за собою останнє слово.

Нерідко в розмові перебиваю співрозмовника.

Мене легко розсердити.



Люблю робити зауваження іншим.  
Хочу бути авторитетом для інших.  
Не задовольняюся малим, хочу найбільшого.  
Коли розгніваюся, погано себе стримую.  
Волю краще керувати, ніж підкорятися.  
У мене різка, грубувата жестикуляція.  
Я мстивий.

IV

Мені важко змінювати звички.  
Нелегко переключати увагу.  
Дуже насторожено ставлюся до всього нового.  
Мене важко переконати.  
Нерідко в мене не виходить з голови думка, якої слід було б позбутися.  
Нелегко зближаюся з людьми.  
Мене розстроюють навіть незначні порушення плану.  
Нерідко я виявляю впертість.  
Неохоче йду на ризик.  
Різко переживаю відхилення від прийнятого мною режиму дня.

ОБРОБКА ТА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ. Підрахуйте суму балів за кожною групою запитань:

I. 3 1 по 10 запитання – шкала тривожності;

II. 3 11 по 20 запитання – шкала фрустрації;

III. 3 21 по 30 запитання – шкала агресивності;

IV. 3 31 по 40 запитання – шкала ригідності.

0-7 балів – низький рівень тривоги і тривожності;

8-14 балів – середній рівень тривоги і тривожності;

15-20 балів – високий рівень тривоги і тривожності.

Шкала фрустрації:

0-7 балів – низький рівень фрустрації і фрустрованості;

8-14 балів – середній рівень фрустрації і фрустрованості;

15-20 балів – високий рівень фрустрації і фрустрованості;

Шкала агресивності:

0-7 балів – низький рівень агресії й агресивності;

8-14 балів – середній рівень агресії й агресивності;

15-20 балів – високий рівень агресії й агресивності;

Шкала ригідності:

0-7 балів – низький рівень ригідності;

8-14 балів – середній рівень ригідності;

15-20 балів – високий рівень ригідності;

## ТЕРМІНОЛОГІЧНИЙ СЛОВНИК

### А

**Абілітація.** Медичні, соціальні та психологічні заходи, спрямовані на адаптацію людей з інвалідністю, починаючи з дитинства.

**Абсанс** (фр. absence – відсутність). Короткочасне (від 2 до 20 секунд) порушення або втрата свідомості з подальшою амнезією. Часто супроводжується генералізованими епілептичними нападами. А. може бути різновидом епілептичної аури або еквівалентом нападу.

**Абстиненція.** Синдром психічних і фізичних порушень, що виникає внаслідок раптової відміни алкоголю, наркотиків або токсичних речовин, до яких пацієнт має залежність.

**Зловживання.** Надмірне вживання алкоголю або наркотиків, що призводить до інтоксикації.

**Абулія** (а + грец. bule – воля). Ослаблення волі, часткова або повна відсутність бажань і мотивів діяльності. Абулія може бути вродженою (при низьких ступенях олігофренії) або набутою, як результат ослаблення волі при психічних захворюваннях (депресії, ступорозні стани, органічні ураження головного мозку, особливо опукло-лобної локалізації, шизофренія, деякі форми наркоманії). Поєднання абулії та апатії називають апатико-абулічним синдромом та абуліко-кінетичним синдромом з нерухомістю.

**Агнозія** (а + грец. gnosis – знання). Порушення процесу сприйняття предметів і явищ у стані ясної свідомості та за умови збереження функцій самих органів сприйняття. Іноді зберігається правильне сприйняття окремих елементів об'єкта сприйняття. А. може бути повною і частковою. Спостерігається при органічних ураженнях головного мозку, які зачіпають ділянки кори відповідних аналізаторів і їх розташування в мозку.

**Агорафобія** (грец. agora – ринок, phobos – страх). Різновид нав'язливого страху, який полягає в уникненні відкритих місць і площ і призводить до того, що пацієнт не може самостійно ходити по безлюдній вулиці або площі.

**Аггравация** (лат. aggravare – посилювати, обтяжувати). Перебільшення пацієнтом симптомів наявної хвороби.

**Адаптаційний синдром.** Неспецифічна захисна реакція, викликана впливом різних зовнішніх подразників (стресорів). Стрес – це стан організму, який визначається цими неспецифічними змінами і розглядається як спроба відновити гомеостатичну рівновагу. Розрізняють

три фази загального стресу: 1) тривога («тривога», мобілізація); 2) опір (фаза резистентності); 3) виснаження (коли здатність організму до адаптації вичерпується).

**Адаптація** (лат. adaptatio). Пристосування живого організму до динамічних умов зовнішнього та внутрішнього середовища. Спрямована на підтримання та збереження гомеостазу. У біології – пристосування структури і функцій організму до умов існування в навколишньому середовищі, тобто до мінливих функціональних умов. У тварин адаптивність обмежується внутрішніми можливостями регуляції функцій організму. У людини адаптивність значно посилюється продуктами її діяльності. Наразі актуальним є вивчення адаптаційних реакцій організму в екстремальних умовах, пов'язаних зі значними фізичними та емоційними перевантаженнями людей різних професій (водолазів, льотчиків, космонавтів тощо) або тих, хто працює в умовах дефіциту часу. Психологія інтенсивно займається адаптацією людини як особистості до соціального середовища з урахуванням вимог суспільства, власних потреб, інтересів і здібностей. Процес активного пристосування індивіда до соціального середовища називають соціальною адаптацією. Практичне значення має аналіз труднощів соціальної адаптації людей з певними фізичними вадами та психічними розладами з метою надання їм необхідної підтримки. А. є важливим етапом у процесі реабілітації психічно хворих людей, який слідує за етапом відновлювальної терапії і передуює реабілітації в буквальному сенсі. У психіатрії розрізняють психологічну адаптацію – пристосування психічної діяльності людини до умов навколишнього середовища – і трудову (професійну) адаптацію – пристосування людини до певних форм трудової діяльності (виду праці та умов виробництва), що сприяє підвищенню її працездатності. А. є одним з основних критеріїв розмежування норми і патології в психічній діяльності людини.

**Адаптивність.** Пристосованість людини. У психіатрії А. багато в чому визначається індивідуальними особливостями людини і правильністю проведення адаптаційних і реабілітаційних заходів.

**Адинамія** (грец. adinamia – непритомність). Зниження активності пацієнта, м'язова слабкість, небажання займатися будь-якою діяльністю.

**Активність.** Загальна характеристика живих істот, їхня власна динаміка як джерело перетворення або підтримання життєво важливих зв'язків з навколишнім світом. Від А. живих істот залежить передбачення ймовірного розвитку подій у навколишньому середовищі і положення організму в ньому. У психології А. співвідноситься з діяльністю і виявляється як динамічна умова її формування, що відбувається і

змінюється як властивість власного руху. Розрізняють такі види А.: суперінтуїтивна (здатність підніматися над рівнем вимог ситуації, ставити вищі цілі, ніж початкові завдання); загальна (одна зі сфер темпераменту); відчужена (певна нейтралізація А. людини коли на людину діють зовнішні або внутрішні чинники, що призводить до відокремлення суб'єкта від результатів його діяльності); пошукова (поведінка людини спрямована на зміну ситуації або ставлення до неї, постійне врахування ступеня ефективності поведінки, але за відсутності певного передбачення її результатів).

**Активність.** Властивість нервової системи, що визначається співвідношенням між основними нервовими процесами (збудженням і гальмуванням) і ступенем активації неспецифічних структур мозку.

**Акцентуація** (лат. *accentus*). Посилення, загострення певних психічних особливостей. К. Леонгард розробив концепцію акцентуованих особистостей. Існують певні (акцентуовані) риси особистості, які самі по собі не є патологічними, але за певних умов можуть розвиватися в позитивному або негативному напрямку, причому особливої вираженості вони досягають у психопатів і невротиків. Ці риси є, так би мовити, посиленням якихось унікальних індивідуальних особливостей, притаманних кожній людині. А. особистості є проміжним явищем між нормою і психопатією.

**Алкоголізм** (араб. *al kohol* – порошок сурми). Систематичне зловживання алкогольними напоями в дозах, що викликають сп'яніння, хронічне сп'яніння. Розрізняють три види А.: 1) гостра алкогольна інтоксикація, 2) хронічний А.; 3) алкогольний психоз. Перший тип характеризується епізодичними станами простого алкогольного сп'яніння різного ступеня тяжкості. Другий тип характеризується тривалим вживанням алкоголю. А. пов'язаний з психологічною і фізичною алкогольною залежністю, зміною толерантності до алкоголю, виникненням і розвитком алкогольної деградації особистості та соматичних розладів.

**Амбівалентність** (лат. *ambi* – навколо, з обох боків, *valens* – сильний). Термін, введений для опису однієї з істотних характеристик шизофренії – схильності до подвійної, протилежної, антагоністичної реакції.

**Амбленойя** – патологічна складність у прийнятті рішень.

**Амнезія** (а + лат. *mens* – розум, мислення, розум). Синдром порушення свідомості, стан гострої розгубленості. Основні симптоми – повна дезорієнтація в навколишньому середовищі, в часі, у власній особистості, незв'язність мислення, підвищена відволікаємість,

наявність аморфних, нестійких ілюзій і галюцинацій, фрагментарне маячення, розгубленість, сором'язливість, неадекватна емоційність. Іноді – тривале рухове збудження (зазвичай у ліжку). Амнезія – основний симптом після одужання. Зазвичай вона розвивається в результаті важких і тривалих виснажливих соматичних захворювань.

**Амнезія** (а + грец. *mnesis* – пам'ять). Провал у пам'яті, втрата здатності зберігати та відтворювати раніше набуті знання.

**Амнезія атероградна** (лат. *anterius* – перед, перед, *gradior* – йти, ходити). Це форма амнезії, яка виникає відразу після порушення свідомості або хворобливого психічного стану.

**Амнезія кататимная** (грец. *katathymo* – втрачати мужність, сумувати). Форма амнезії, яка трапляється лише з певними людьми та особистісно значущими подіями.

**Амнезія конградієнтна** (лат. *con* – разом, *gradior* – йти). Різновид амнезії, яка поширюється на період порушеної свідомості або хворобливого психічного стану.

Прогресуюча амнезія. Різновид амнезії, яка поширюється від більш пізніх знань до більш ранніх відповідно до закону Рібо.

Ретроградна амнезія (лат. *retro* – назад, *gradior* – йти). Форма амнезії, яка поширюється на період, що передував розладу свідомості або психотичному стану.

Фіксована амнезія. Різновид амнезії, що характеризується нездатністю згадати те, що сталося. Наприклад, пацієнту називають ім'я та по батькові співрозмовника, ставлять будь-яке відволікаюче питання і тут же перепитують про попередню інформацію. Як правило, пацієнт стверджує, що цього імені йому не називали.

**Амок** – запаморочення свідомості (епілептичного або психогенного походження), що супроводжується руховим збудженням, біганиною та агресивністю.

**Амфітимія** (грец. *amphi* – навколо, з обох боків, *thymos* – настрій, душа). Термін для позначення змішаних афектів при циркулярному психозі, одночасної наявності протилежних афективних станів, які зберігаються протягом певного періоду часу і в деяких випадках визначають всю клінічну картину.

**Анальгезія**. Повна втрата чутливості до болю. А. виникає при пошкодженні шляхів передачі больових відчуттів від рецепторного апарату до кори головного мозку в результаті дії різних анальгетиків, анестетиків і т.д.

**Аналізатор**. Нервовий апарат, що виконує функцію аналізу та синтезу подразників із внутрішнього та зовнішнього середовища

організму людини і тварин. Складається з трьох частин: 1) периферичної рецепторної частини; 2) провідних шляхів з аферентними та еферентними провідниками; 3) трьох кіркових зон. Залежно від типу відчуття розрізняють такі аналізатори: зоровий, слуховий, нюховий, больовий, вібраційний тощо. Кора головного мозку аналізує і синтезує вхідні подразники, які потім надходять до свідомості. Аналізатор бере участь у підготовці реакції організму на подразники.

**Анамнез** (грец. *anamnesis* – пам'ять). Сукупність відомостей про пацієнта, розвиток хвороби та оточення пацієнта. А. отримують шляхом розпитування хворого (суб'єктивний А.) та його оточення (об'єктивний А.).

**Ананказія** (англ. *Anankasia*). Термін для позначення типу людини, схильної до нав'язливих думок і дій, анайкдизмальної поведінки. Одна з форм обсесивно-компульсивної поведінки.

**Ангедонія** (ан(а) + грец. *hedone* – радість, задоволення, насолода). Втрата відчуття радості, задоволення. Важливий симптом деперсоналізації. Найчастіше спостерігається при депресії, особливо ендогенній, іноді також при важких неврозах і шизофренії.

**Анестезія** (ан(а) + грец. *aisthesis* – відчуття). Відсутність відчуттів – теплових, тактильних, больових тощо. Спостерігається при ураженні нервів, шляхів і сенсорних зон головного мозку. При істерії має функціональний характер – ділянки А. на шкірі не відповідають ділянкам іннервації (А. за типом «рукавичок», «шкарпеток»).

**Анорексія** (ан(а) + грец. *orexis* – бажання їсти, апетит). Втрата апетиту при наявності фізіологічної потреби. А. невротична викликається нервово-психічним стресом і характеризується патологічною харчовою поведінкою. А. психіатрична найчастіше спостерігається в період статевого дозрівання і прихована від оточуючих. Іноді вона відображає дисморфобічні (дисморфоманічні) переживання. Найчастіше спостерігається при шизофренії в підлітковому і молодому віці та при ендореактивному психозі в пубертатному періоді.

**Апатія** (грец. *apatheia* – відсутність почуттів). Розлад емоційно-вольової сфери, що характеризується млявістю, бездіяльністю, відсутністю бажань та емоційних проявів, байдужістю до себе, близьких і того, що відбувається навколо. У разі поєднання А. з абулією він називається апатико-абулічним синдромом. Він належить до групи основних симптомів шизофренії (емоційна тупість). Спостерігається при органічних ураженнях головного мозку, зокрема лобової частки. Може бути транзиторною при психогенних станах.

**Апраксія.** Порушення цілеспрямованих рухів і дій, яке не є наслідком розладів пірамідної, координаційної та інших систем, а пов'язане з порушеннями вищого рівня організації рухової активності організму і залежить від ураження тієї чи іншої ділянки головного мозку. Розрізняють такі види

- 1) Апраксія – поєднання зорових, просторових і рухових розладів;
- 2) ідеаторна А. характеризується втратою плану або наміру складних дій, порушенням послідовності окремих рухів, нездатністю виконувати мовні завдання, символічні жести тощо; виникає при ураженні супраментальної звивини тім'яної частки домінантної півкулі;
- 3) конструктивна А. характеризується втратою здатності до побудови цілого з частин. – Втрачена здатність конструювати ціле з частин (наприклад, скласти з сірників задану фігуру – ромб, квадрат тощо); виникає при ураженні кутової звивини тім'яної частки домінантної півкулі;
- 4) моторна (динамічна, кінетична) а. характеризується труднощами у виконанні послідовних рухових дій, не лише спонтанних, але й наслідувальних; виникає внаслідок ураження мозолистого тіла (частіше однобічного);
- 5) оральна а. характеризується порушенням кінестетичної основи мовленнєвого апарату і часто поєднується з аферентно-моторною афазією;
- 6) регуляторна а. характеризується порушеннями підпорядкування рухів певній програмі, а також мовленнєвої та довільної регуляції рухів; виникає внаслідок ураження лобової звивини.

**Асиметрія мозку функціональна.** Характеристика розподілу психічних і нейрофізіологічних функцій між правою і лівою півкулями. Ліва (домінантна) півкуля обробляє вербальну і символічну інформацію в її експресивній формі, читання та арифметику; права (субдомінантна) півкуля обробляє образи, просторову орієнтацію, диференціацію музичних тонів, мелодій та інших невербальних звуків, розпізнавання складних об'єктів і генерування сновидінь. Експерименти на розщепленому мозку показали, що обидві півкулі здатні сприймати і обробляти слова і зображення, але ці процеси відбуваються по-різному. Права і ліва півкулі працюють у тісному зв'язку одна з одною, і кожна з них має свої особливості в роботі мозку в цілому, які проявляються в мисленні і поведінці людини.

**Астенія** (грец. *astheneia* – неpritомність, слабкість). Психопатологічний стан, що характеризується слабкістю, підвищеною втомлюваністю, емоційною нестабільністю, гіперестезією та порушеннями сну. А. гіперстенічний (грец. *hyper* – понад, понад, *sthenos* – сила) виникає внаслідок порушення активного гальмування; клініка

характеризується нестриманістю, дратівливістю і недостатнім самоконтролем. А. гіпостенічний характеризується тим, що у зв'язку з ослабленням збудження на перший план виступають явища стомлюваності і дратівливої слабкості.

**Астереогнозія.** Розлад стереоперцепції при повному збереженні загальних видів чутливості, що призводить до нездатності впізнавати знайомі предмети на дотик при закритих очах.

**Атаксія.** Порушення координації рухів. Спостерігається переважно при органічних ураженнях центральної нервової системи різної локалізації (лобової ділянки, мозочка, вестибулярного аналізатора тощо). Він також відрізняється за етіологією, наприклад, у алкоголіків або при істеричних (психогенних) захворюваннях.

**Атеросклероз судин головного мозку** (грец. atherosclerosis – слиз, sklerosis – затвердіння, ущільнення). Захворювання викликається атеросклеротичними змінами стінок судин головного мозку – ліпоїдною інфільтрацією внутрішньої оболонки артерій з подальшим розвитком сполучної тканини в їх стінках. Унаслідок цих змін церебральні артерії втрачають еластичність і поступово погіршується кровопостачання тканин мозку. Перебіг хвороби поступовий, прогресуючий і з ремісіями. Початкова стадія характеризується астеною, яка ускладнюється додатковими симптомами (астено-депресивний, астено-фобічний, астено-іпохондричний синдроми) та погіршенням преморбідних рис особистості. Посилюються зміни пам'яті – від легких дисмнестичних до пара- та амнестичних змін. Можливе різке погіршення стану внаслідок гострих порушень мозкового кровообігу, формування вогнищ розм'якшення, що призводить до появи афатично-діагностично-практичних розладів. Перехід до стану деменції, маразму.

**Аутизм** (грец. autos – сам). «Відірваність» від реальності, фіксація на внутрішніх переживаннях, афективні комплекси при шизофренії. Аутизм – це зміна ставлення хворого до людей, відхід від зовнішнього світу і втрата емоційного контакту з оточуючими. Переважно спостерігається при шизофренії. А. Дитячий – синдром раннього дитячого аутизму.

**Аутоагресія** (авто + лат. aggressio – напад). Агресивна поведінка, спрямована проти самого себе. А. частіше спостерігається при параноїдній шизофренії, яка іноді проявляється у вигляді самоушкодження, на ранніх стадіях шизофренії та у випадках тяжкого недоумства.

у випадках важкої деменції. Демонстративне самоушкодження спостерігається при істеричній психопатії, особливо в стані алкогольного сп'яніння.



**Аутометаморфозія** (грец. autos – сам, meta – між, morphe – форма, orsis – зір). Спотворене сприйняття форми або розмірів власного тіла. Може бути постійним або тимчасовим, епізодичним (часто спостерігається під час засинання). Тотальна А. характеризується відчуттям зміни всього тіла, яке сприймається як збільшене (макросомія) або зменшене (мікросомія). Часткова А. характеризується сприйняттям зміни розмірів окремих частин тіла. Можливе поєднання сприйняття однієї частини або половини тіла як збільшеної, а іншої – як зменшеної. Виникає частіше, коли очі заплющені, і зникає, коли їх розплющують.

**Аутоорієнтування** (аутопсихічне.орієнтування) (ауто + латин. oriens – схід). Орієнтування у власній особистості. Пор.: *алопсихічне орієнтування*.

**Афазія**. Повна або часткова втрата здатності говорити або розуміти мову, що виникає при локальних ураженнях кори головного мозку лівої (домінантної) півкулі у правшів. Системний розлад різних видів мовленнєвої діяльності. Характеризується порушеннями фонематичної, морфологічної та синтаксичної будови мовлення, а також розуміння мовлення при збереженому мовленнєвому моторному апараті та елементарних формах слуху. Розрізняють сім форм афазії, кожна з яких пов'язана з порушенням одного з факторів, що лежать в основі мови, і виникає при ураженні певної ділянки кори головного мозку:

1) Слухо-мовленнєва афазія – порушення слухової та словесної пам'яті, що проявляється

а) труднощами розуміння складного мовлення (швидкого мовлення, синхронного мовлення тощо)

б) труднощами в усному мовленні та письмі під диктовку (пошук потрібних слів, словесні парафазії); ураження переважно локалізується у верхній скроневій звивині, біля тім'яної частки;

2) динамічна афазія характеризується порушенням послідовності мовленнєвих висловлювань та їх планування, зв'язного усного та писемного активного мовлення, труднощами в актуалізації слів, що позначають дію; виникає при локалізації ураження переважно в задніх відділах нижньої та частково середньої лобової частки;

3) моторна аферентна афазія – повна або часткова втрата здатності вимовляти слова, заїкання на окремих словах, заміна одних звуків іншими; цей вид афазії характеризується порушенням самостійного письма та письма під диктовку; виникає при локалізації ураження в задніх відділах нижньої лобової звивини;

4) моторно-еферентна афазія проявляється в порушенні кінестетичної організації мовленнєвих актів, труднощах переключення з

одного слова (складу) на інше через інертність мовленнєвих стереотипів; розвивається при локалізації ураження в задніх відділах нижньої лобової звивини;

1) зорово-мнестична афазія – характеризується порушенням зорової пам'яті та проявляється у труднощах при називанні предметів та їх зображень; ураження локалізується на стику скроневої, потиличної та тім'яної часток мозку;

2) семантична афазія – порушення розуміння певних логічних і граматичних висловлювань, наприклад, «брат батька», «батько брата», «кішку з'їла миша», «кішка з'їла мишу»; пов'язана з порушенням рахунку і просторового мислення; виникає при локалізації ураження в тім'яній частці;

3) сенсорна афазія – порушення фонематичного слуху – здатності розпізнавати фонетичний склад слів (труднощі розуміння усного мовлення та письма під диктовку); виникає при ураженні верхньої скроневої звивини.

**Афект.** Сильний і відносно короткочасний емоційний стан, який супроводжується значною зміною важливих життєвих обставин. Виявляється яскраво вираженими рухами і вегетативними зрушеннями в різних органах і системах організму, втратою волевого контролю і бурхливими проявами емоцій. Виникає як реакція на подію, що вже відбулася. В основі афекту лежить переживання людиною внутрішнього конфлікту. Такий конфлікт виникає через протиріччя між нахилами, прагненнями і бажаннями людини або через протиріччя між можливостями реалізації і вимогами, що пред'являються до людини (або пред'являються самою людиною). А. виникає переважно в несподіваних, критичних і небезпечних ситуаціях, коли людина не може знайти адекватного виходу з них. Вона має характеристики домінуючої емоції, через що гальмує не пов'язані з нею психологічні процеси і наказує стереотипний спосіб реагування на небезпечну ситуацію (завмирання, втеча або агресія), який виробився в процесі еволюції і тому реалізується лише за певних умов. Водночас А. відіграє важливу роль у створенні специфічних переживань (афективних слідів), які виявляються при зіткненні індивіда з певними обставинами, що призвели до розвитку афекту, і попереджають про можливість повторення небезпечної ситуації. А. супроводжується звуженням свідомості або її повною втратою і повною амнезією. Увага людини перебуває в полоні обставин, що викликали афект. Супроводжується вираженими вегетативними реакціями серцево-судинної, дихальної та інших систем і органів. Стійкість індивіда до потрапляння в стан афекту залежить від рівня його

моральної мотивації. Профілактика унеможливилює уникнення ситуацій, що провокують такий стан, а також підвищує рівень моральної мотивації та потреб особистості.

**Афективна лабільність.** Надмірна активність, схильність до легких бурхливих афективних проявів, часто тривалих і неадекватних причині, що їх викликала. Спостерігається при неврозах у психопатичних особистостей, при психопатичному варіанті органічного психосиндрому, при деяких астенічних станах, особливо гіперстенічних.

**Афект патологічний.** Афект, який виникає внаслідок впливу гострих психогенних факторів і має короткочасний характер. При цьому спостерігається звуження свідомості, переважно зосереджене на травмуючих переживаннях. Закінчується афективною розрядкою, при якій часто спостерігається агресивна та деструктивна поведінка. У стані афективної розрядки порушення свідомості є глибоким і супроводжується дезорієнтацією, незв'язною мовою та надмірною жестикуляцією. Відбувається перехід до стану байдужості, загального розслаблення, що змінюється глибоким сном. Після А.п. спостерігається конгруентна амнезія. Таким чином, А.п., який належить до виняткових станів, є гострим психозом і обов'язково супроводжується порушенням свідомості, що характеризується відстороненістю від реальності, спотвореним сприйняттям дійсності та обмеженням свідомості вузьким колом уявлень, безпосередньо пов'язаних з особистісно значущим подразником.

**Афект фізіологічний.** А., що протікає без грубого порушення свідомості, автоматизмів у рухово-вольовій сфері і не супроводжується амнезією.

*Фізіологічний афект на патологічній основі.* Перехідна форма між фізіологічним і патологічним афектом спостерігається у людей з нестійкою нервовою системою, у вразливих і нервових людей. Важливо аналізувати не лише клінічні прояви, а й патологічну основу А. (психопатію, хронічний алкоголізм). Під час а.ф.н.п.г. свідомість недостатньо ясна, але ступінь її порушення незначний. Характерною особливістю є невідповідність між інтенсивністю А. і його причиною. Нерідко А. може досягати значної інтенсивності або призводити до злочинної поведінки.

**Аферентація.** Постійний потік нервових імпульсів до центральної нервової системи від органів чуття, які сприймають інформацію в результаті внутрішніх і зовнішніх подразників. Він напряму залежить від сили подразника, активності чи пасивності людини.

**Аферентний синтез.** Синтез матеріалу, що зберігається в пам'яті,

мотивації, інформації про навколишнє середовище та пускового стимулу з метою прийняття рішення. Належить до теорії функціональних систем. У цій системі П. К. Анохін трактує пам'ять як низку взаємопов'язаних функціональних систем різного ієрархічного рівня, що склалися в процесі еволюції та на основі індивідуального життєвого досвіду, а мотивацію – як домінуючу потребу організму в даний момент. Наявність домінуючої потреби актуалізує всі системи, які коли-небудь сприяли її задоволенню. Остаточне рішення приймається тоді, коли подія (тригер) сприяє одній із систем, обраних під впливом мотивації та середовища.

**Афазія** (а + грец. *phrasis* – мовлення). Втрата мовлення психогенного походження.

## **Б**

**Біль.** Психічний стан, що виникає внаслідок сильних, руйнівних впливів на організм, які загрожують його існуванню чи цілісності, або впливу таких подразників на окремі аналізаторні системи. Такий психічний стан виник в процесі еволюції тваринного світу і має величезне значення для живого організму. Біль свідчить про порушення нормального перебігу фізіологічних процесів в організмі задовго до того, як хвороба проявиться зовні. Як емоційне переживання, біль зазвичай викликає негативні емоції, які в деяких випадках можуть переростати в страждання. Біль часто стає пусковим механізмом різних захисних реакцій, спрямованих на усунення причин його виникнення. Больові відчуття виникають у центральній нервовій системі, особливо в задній центральній звивині, кірковому центрі аналізатора больової та температурної чутливості. Біль – це сильна безумовна реакція, що характеризується значною інертністю. Больові відчуття певною мірою залежать від кори головного мозку та індивідуальних особливостей людини, таких як рішучість, переконання, ціннісні орієнтації тощо. Це можна побачити на багатьох прикладах мужності, коли людина не піддається болю і діє з високих моральних мотивів, і боягузтва, коли вона зосереджується на своїх больових відчуттях. Про залежність больових відчуттів від кори головного мозку свідчить факт зниження больових відчуттів і повна відсутність болю під час гіпнозу.

**Біоритм психічної діяльності людини.** Періодичне чергування станів напруження і розслаблення психічної діяльності людини. Розрізняють такі біоритми: 1) зовнішні, пов'язані з циклами сонячної активності (11,5 років), зміною пір року, добовими коливаннями тощо; 2) внутрішні, зумовлені чергуванням активності та розслаблення фізичної

та розумової діяльності.

**Біоритми мозку.** Фундаментальні або спонтанні коливання електричної активності мозку. Біоритм – це регулярна або ритмічна активність мозку, що характеризується довжиною хвилі та її повторенням з постійними або незначними коливаннями частоти. Залежно від стану організму (розумове навантаження, емоційний стрес, сон тощо), біоритми реєструються з певною частотою та амплітудою. Крім того, біоелектрична активність може проявлятися в нерегулярній, аритмічній активності мозку, що складається з хвиль різної довжини і амплітуди і пароксизмів хвильових груп і комплексів з сильними змінами амплітуди.

**Брадикінезія** (бради + грец. kinesis – рух). Загальне уповільнення рухів. Спостерігається при екстрапірамідній патології, епілепсії, субступорозних кататонічних станах, є демонстративною при істерії. Іноді спостерігається також у стані наркозу.

**Брадіалгія** (brady + грец. lalia – мова). Уповільнення темпу мовлення через утруднення артикуляції. Спостерігається при ураженнях білої кулі і чорної речовини головного мозку, а також при патології мозочка. **Брадіфазія** (brady + грец. phasis – мова). Загальна назва, що охоплює різні прояви сповільненого мовлення.

**Брадіфразеологія** (від грец. brady + грец. phasis – мова, манера говорити). Різновид брадіфазії, що виникає внаслідок сповільненого мислення. Спостерігається при депресії.

**Брадіфренія** (brady + грец. phren – дух, розум). Загальне уповільнення психічних процесів.

**Булімія** (грец. bus – бик, limos – голод). Патологічно підвищений, надмірний апетит, невгамовне відчуття голоду. Спостерігається при органічних ураженнях головного мозку з проміжною локалізацією в дієнцефальній ділянці, а також при тяжких формах деменції (прогресивний параліч, старече слабоумство, пресенільна атрофія), кататонічній шизофренії, депресивних станах (може бути симптомом латентної депресії).

## **В**

**Вагінізм** (лат. vagina – піхва). Підвищена чутливість слизової оболонки піхви до дотиків, схильність до рефлекторних спазмів м'язів піхви та тазового дна. Ускладнює статевий акт і гінекологічні огляди, а іноді унеможлиблює їх. Часто спостерігається під час істерії.

**Вегетативна дистонія.** Нейровегетативний синдром, який

проявляється у вигляді дисфункції внутрішніх органів – шлунка, стравоходу, серця тощо. – а також головного болю, коливань артеріального тиску, внутрішнього напруження, неспокою, дратівливості та підвищеної втомлюваності. Деякі дослідники розглядають ВСД як окремий невроз – вегетоневроз.

**Вербальна окрошка.** Крайній ступінь розладу мовлення при шизофренії. Мова хворого складається з окремих слів, що не пов'язані ні семантично, ні граматично. Її можна відрізнити від незв'язного мовлення в деяких формах сплутаності.

**Вибуховість.** Прояв нездатності утримувати афект. Виявляється переважно під час дисфорії і характеризується сильними емоційними, а іноді й руховими реакціями, неадекватними мотиву, що викликав афект. Може виникати на тлі афективної ригідності.

**Вігілантізм.** Розлад мислення, що характеризується розгорнутими міркуваннями, використанням метафор, порівнянь, літературних цитат, наукових термінів, формул тощо, які не є необхідними для підтвердження певної думки і ускладнюють її розуміння.

**Відчуження почуттів.** Прояв психічного автоматизму. У пацієнта виникає відчуття втрати контролю над своїми емоціями, які з'являються і зникають в результаті зовнішньої дії.

**В'язкість.** Патологічна інертність психічних процесів, їх сповільненість, неадекватне переключення. Може проявлятися в мисленні (в'язке мислення у хворих на епілепсію) і в афекті (ригідність афекту при епілепсії, після енцефаліту).

## Г

**Габітус** (лат. habitus – зовнішній вигляд). Сукупність зовнішніх ознак, що характеризують статуру та зовнішній вигляд людини: Статура, постава, вираз обличчя, колір шкіри тощо. Оцінка Г. є важливим критерієм при діагностиці захворювань, вказує на стан людини і допомагає зробити висновки про можливу схильність до того чи іншого захворювання. До можливих типів Г. належать: апоплексичний – короткі пікніки з багряно-червоним кольором шкіри (схильність до судинної патології, порушення мозкового кровообігу); астеничний – поєднання астеничної статури, фізичної слабкості, блідості шкіри (схильність до інфекційних захворювань і нервово-психічних розладів) та ін.

**Галюцинації** (лат. hallucinatio – марення). Розлади сприйняття, при яких психічні образи виникають без реальних об'єктів, що не виключає можливості мимовільного, опосередкованого відображення в мозку.

**Гіпнагогічні галюцинації** (грец. *hypnos* – сон, *agogos* – викликати). Зорові та слухові галюцинації, що виникають під час засинання на етапі переходу від неспанья до сну.

**Гіпнопомпичні галюцинації** (грец. *hypnos* – сон, *porpos* – супроводжуючий). Виникають як у стані неспанья, так і в проміжному стані між сном і неспанням.

Галюцинації бувають імперативними (лат. *imperatum* – наказую). Вербальні галюцинації у вигляді голосів, що командують діями, небезпечними для хворого або оточуючих, часто спостерігаються при суїцидальній або вбивчій поведінці.

Галюцинації є істинними. Перцептивні ілюзії, що характеризуються зовнішньою просторовою проекцією: галюцинаторні образи сприймаються пацієнтом як реальні, вони інтенсивно чуттєві; пацієнти переконані, що сприйняття галюцинаторних образів можливе і для інших.

*Кінематографічні галюцинації*. Візуальні, сценоподібні галюцинації, в яких хворобливі переживання нагадують сюжет рухомого фільму і характеризуються швидким розвитком подій, безліччю фігур і образів, що змінюються один за одним.

*Анотовані галюцинації*. Галюцинаторні образи, які мають характер коментарів до дій, скоєних людиною. «Голоси» можуть засуджувати і захищати хворого, тобто мають характер діалогу з антагоністом.

Галюцинації помилкові. Див. псевдогалюцинації.

Галюцинації функціональні. Галюцинації, що виникають при збудженні відповідного аналізатора (переважно слухового). При слуханні хворий чує мову своїх переслідувачів, їх погрози і т.д. в звуці води, що тече, або стукоті залізничних коліс.

**Гебоїд**. Людина з переважанням біологічних потягів.

**Геміпарез**. Неповний параліч половини тіла.

**Геміплегія**. Параліч (втрата здатності рухатися) однієї половини тіла.

**Гештальт**. Функціональна структура, яка організовує окремі явища в усьому їх різноманітті відповідно до притаманних їй законів. Термін г. виник при вивченні сенсорних процесів, коли виникла необхідність відокремити спосіб структурування явищ від їхніх окремих компонентів (відчуттів). Наприклад, мелодія, зіграна в різних тональностях, викликає різні відчуття, але залишається однією і тією ж мелодією. Були визнані такі закони гештальту: тяжіння частин до створення симетричного цілого, групування цих частин для досягнення якомога більшої простоти, близькості та рівноваги, а також гестація – тенденція кожного психічного

явища набувати більш визначеної та завершеної форми.

**Гіперестезія** (гіпер + грец. aisthesis – відчуття). Підвищена чутливість до подразників, які впливають на органи чуття.

**Гіпермнезія** (гіпер + грец. mnesis – пам'ять, спогад). Хворобливе посилення пам'яті, її загострення з надлишком образних спогадів, яскравих чуттєвих і конкретних уявлень. Найчастіше спостерігається при маніакальних і маніакально-депресивних станах, іноді також в активній фазі розвитку делірію (в таких випадках має вибіркового характер).

**Гіперсомнія**. Напади патологічної сонливості.

**Гіпертимія** (гіпер + грец. thymos – настрій, почуття). Піднесений, радісний настрій. У поєднанні з підвищеною руховою і психічною активністю спостерігається при маніакальних станах (маніакальна тріада). Характерний для гіпертимних психопатів і акцентуєваних осіб.

**Гіпноз**. Тимчасовий стан свідомості, подібний до сну, що характеризується помітним звуженням обсягу, фіксацією на змісті навіювання, зміною самосприйняття та функцій індивідуального контролю. Гіпноз – це результат спеціального впливу на людину шляхом концентрації її уваги з метою звуження її свідомості та підпорядкування її впливу і контролю з боку зовнішнього агента (гіпнотизера), навіювання якого має бути реалізоване. Інше значення цього терміну – техніка гіпнотичного впливу. Крім того, самогіпноз розглядається як цілеспрямоване самонавіювання.

**Гіпнотизація**. Викликання гіпнотичного стану людини під впливом гіпнотизера або шляхом самонавіювання за допомогою вербальних або невербальних дій.

**Гіпобулія** (гіпо + грец. bule – воля). Зниження вольової активності, бажань і мотивації до дії.

**Гіпокамп** (звивина, «кістка морського коника»). Структура нервової системи, розташована глибоко в скроневій частці мозку: Входить до складу лімбіко-ретикулярного комплексу і відіграє важливу роль у процесах запам'ятовування та відтворення інформації.

**Гіпоманія** (hupo + грец. mania – божевілля, пристрасть, бажання). Легкий маніакальний стан, що характеризується незначним підвищенням настрою, помірним прискоренням асоціативних процесів і потягом до діяльності. Хворі мають підвищену активність, часто з неадекватним контролем над своїми потягами. Г. може бути проявом циклотимічної фази або стадією розвитку манії.

**Гіпомнезія** (hupo + грец. mnesis – пам'ять). Прогресуюче ослаблення пам'яті. При органічних процесах, що розвиваються поступово, характеризується відомою послідовністю: Ослаблення довільного



відтворення, потім утримання в пам'яті і, нарешті, запам'ятовування. У разі гострого впливу пошкоджуючого фактора (наприклад, після черепно-мозкової травми) ця послідовність не є обов'язковою.

**Гіпоталамус** – структура нервової системи, яка лежить під таламусом і є частиною діенцефалону. Це підкірковий вегетативний центр, тісно пов'язаний з гіпофізом. Гіпоталамус складається з 12 пар вегетативних ядер, більшість з яких виконують функцію нейрокранії.

**Гіпотимія** (hypo + грец. thymos – настрій, почуття). Зниження настрою, пов'язане зі зниженням психічної і не завжди рухової активності. Одна з ознак депресивного синдрому (депресивної тріади).

**Гомеостаз** – змінна рівновага в будь-якій системі, яка підтримується шляхом протидії внутрішнім і зовнішнім факторам, що її порушують, і збереження стабільності різних фізіологічних параметрів організму. У фізіології під г. розуміють сталість внутрішнього середовища і стабільність найважливіших фізіологічних процесів. У кібернетиці та інших науках, включаючи психологію і психофізіологію, Г. означає принцип системного підходу і саморегуляції на основі зворотного зв'язку.

**Госпіталізм.** У психіатрії – погіршення психічного стану внаслідок тривалої госпіталізації (соціальна дезадаптація, втрата працездатності та інтересу до роботи, втрата синхронності, погіршення контакту з оточуючими, схильність до хронізації захворювання та посилення характерних проявів).

**Графоманія.** Патологічний потяг до письма.

## Д

**Дауна синдром.** Захворювання, що характеризується такими ознаками: затримкою психічного та фізичного розвитку, соматичними змінами та специфічною зовнішністю (мікробрахіцефалія, вузькі та розкосі очні щілини, широкий та запалий ніс, напіввідкритий рот та вуха неправильної форми). Розумова відсталість різного ступеня – від легкої розумової відсталості до ідіотії. Свідчення вродженої трисомії 21-ї хромосоми.

**Дебільність** (лат. debilis – слабкий, нездатний). Легкий ступінь олігофренії, що характеризується примітивністю, конкретністю мислення, низьким рівнем абстракції та узагальнення, недостатньою диференціацією, примітивними емоціями, труднощами в навчанні та соціальній адаптації.

**Деградація, або виродження особистості.** Втрата людиною

притаманних їй якостей зі збідненням розумових, моральних та інших якостей.

**Дезадаптація** (дез- + новолат. *adaptatio* – пристосування).  
Порушення пристосування організмів до умов існування.

**Дезорієнтація** (дез + лат. *origens* – схід). Порушення орієнтації на місцевості, в часі (алопсихічні), у власній особистості (аутопсихічні).

**Декомпенсація** (de + лат. *compensare* – вирівнювати, компенсувати).  
Неадекватність механізмів відновлення функціональних порушень і структурних дефектів організму, гомеостазу.

**Делірій** (лат. *delirium* – божевілля, безумство). Синдром сплутаності свідомості, що характеризується вираженими зоровими істинними галюцинаціями, ілюзіями і парейдоліями, що супроводжуються маренням фантазії і психомоторним збудженням, порушеннями просторової і часової орієнтації. Галюцинації, як правило, сюжетні, яскраві, різноманітні і часто зоологічного характеру. Г. Муситація – спостерігається рухове збудження у вигляді простих, стереотипно повторюваних дій (знімання або струшування уявних предметів з одягу або ліжка, смикання за стелю і т.д.). Мова тиха, невиразна і часто складається з окремих, повторюваних звуків і складів. Реакція на зовнішні подразники відсутня. Є ознакою важкої психічної патології і при несприятливому перебігу хвороби може призвести до аментивних і коматозних станів. Професійний Д. характеризується мовчазною автоматизованою діяльністю, при якій відтворюються рухові дії, пов'язані з професією хворого.

**Деменція** (лат. *de* – припинення, відмова від чогось, *mens, mentis* – почуття, розум). Форма набутого недоумства. Стійке, майже незворотне зниження психічної, особливо інтелектуальної, діяльності.

**Деонтологія**. Наука про лікарський обов'язок. Сукупність етичних норм і принципів, що регулюють поведінку медичних працівників при виконанні ними своїх професійних обов'язків. До фундаментальних етичних принципів медицини належать конфіденційність, компетентність, повага до прав, честі та гідності пацієнта, справедливість і ненавмисне заподіяння шкоди.

**Деперсоналізація** (de + лат. *persona* – особа, особистість).  
Порушення самосвідомості людини, що супроводжується відчуженням її психічних характеристик.

**Депресивна віталізація**: відчуття ослаблення або зникнення волі до життя, інстинкту самозбереження, соматосенсорних потягів (сон, апетит, лібідо).

**Депресія**. Синдром, що характеризується пригніченим настроєм

(гіпотимією), пригніченням інтелектуальної та рухової активності, зниженням життєвих імпульсів, песимістичною оцінкою себе і свого місця в навколишньому середовищі, соматоневрологічними розладами. Існує дев'ять основних клінічних варіантів депресії, які поділяються на три групи

- 1) соматогенна депресія (органічна та симптоматична);
- 2) ендогенна депресія (шизофренічна, циркулярна, періодична, інволюційна)
- 3) психогенні депресії (невротичні, виснаження, реактивні).

*Адинамічна депресія.* Депресія, при якій переважають сонливість і апатія, байдужість (ослаблення мотивів).

*Ажитована депресія.* Депресія, що супроводжується стійким вербальним і руховим збудженням аж до несамовитості. Депресія ускладнюється тривогою.

*Реактивна депресія.* Депресія психогенного походження, депресивний синдром з ефектом туги і генералізованою психомоторною загальмованістю тривоги.

*Соматогенна депресія.* Депресія, яка виникає через захворювання внутрішніх органів.

**Депривація сенсорна.** Тривале позбавлення сенсорних стимулів з метою проведення експерименту. Для цього досліджуваного занурюють у воду в спеціальній вушній камері або боксі. Відсутність аферентів сприяє активізації уяви і має певний вплив на образну пам'ять. Зі збільшенням тривалості перебування в депривації виникає емоційна нестабільність з пригніченим настроєм: Млявість, пригніченість, апатія, яка потім переходить в ейфорію і дратівливість. Порушується пам'ять і режим сну, з'являються гіпнагогічні ідеї тощо. Чим важчі умови депривації, тим більше порушуються розумові процеси, що проявляється в неможливості сконцентруватися на чомусь, послідовно обмірковувати проблеми тощо. Поступово розвивається процес астенізації нервової системи.

**Недосипання.** Тривале позбавлення сну. Під час експерименту досліджуваного позбавляють різних фаз сну.

**Дереалізація** (від лат. *realis* – матеріальний). Психопатологічний стан, що характеризується болісним переживанням втрати зв'язку із зовнішнім світом.

**Детектор брехні (поліграф).** Комплекс пристроїв для об'єктивного дослідження різних фізіологічних показників, що характеризують афективний стан людини. Найчастіше поліграф реєструє такі показники: гальванічну реакцію шкіри (зміни електричного опору шкіри),

електроенцефалограму, плетизмограму (судинну реакцію організму), електрокардіограму, тремор (м'язове тремтіння) тощо. Проведення поліграфних досліджень не гарантує, що поліграф зафіксує реакції людини на передбачувану емоційну ситуацію. Відрізнити «справжні» емоції від викликаних апаратними методами практично неможливо, що часто призводить до помилок.

**Дефект** (лат. defectus – марнотратство, зменшення, недолік). Довготривалий і незворотній розлад. У психіатрії під дефектом зазвичай розуміють незворотні психологічні зміни, особливо зміни особистості, внаслідок психотичного стану. Він виникає при шизофренії, органічних ураженнях мозку та низці психічних захворювань.

**Дефектологія.** Наука, що вивчає відхилення від нормального психічного розвитку людини, які зумовлені вродженими або набутими дефектами формування та функціонування нервової системи. Дефектологія складається з наступних підгалузей: Тифлопсихологія – психологія сліпих; Сурдопсихологія – психологія глухих; Олігофренопсихологія – психологія розумово відсталих дітей з тимчасовою затримкою психічного розвитку, з різними порушеннями мовлення; Патопсихологія – психологія розпаду психічної діяльності та хворобливих особливостей людини тощо.

**Дефіцитарний** тип формування особистості. Тип патологічного формування особистості у дітей з різними фізичними вадами (вадами зору, слуху, серця тощо). Основними чинниками психогенезу є реакція особистості на усвідомлення дефекту і явища соціальної депривації, тобто ізоляції від суспільства (в тому числі однолітків) на тлі патологічно зміненого фону – резидуально-органічної патології головного мозку, порушень фізичного і статевого дозрівання, сенсорних дефектів.

**Дизартрія** (грец. dys – префікс, що означає відокремлення, розрив, заперечення, arthroo – вимовляти чітко). Розлад мовлення та артикуляції, що проявляється у труднощах вимови, особливо приголосних, брадифазії та незв'язному мовленні.

**Дизонтогенез.** Порушення психічного розвитку дітей. У дитячій патопсихології широко використовується класифікація типів дизонтогенезу В.В. Лебединського. Вона включає такі типи: 1) недорозвинення; 2) затримка психічного розвитку; 3) спотворений психічний розвиток; 4) недостатній психічний розвиток; 5) дисгармонійний психічний розвиток; 6) пошкоджений психічний розвиток.

**Динамічний стереотип.** Цілісна система умовно-рефлекторних реакцій, ідентичних сигнальним, послідовним і часовим

характеристикам конкретних подразників.

**Динаміка нервової системи.** Здатність нервової системи легко збуджуватися і гальмуватися під час вироблення умовних рефлексів. Характеризується врівноваженістю динаміки (співвідношенням між показниками збудження і гальмування). Динаміка нервової системи визначає швидкість і успішність адаптації людини до нових умов.

**Дипсоманія** (грец. dipsa – спрага, mania – пристрасть, божевілля). Періодично виникаючий стан постійного сп'яніння.

**Дисморфоманія** (грец. dis + грец. morph, mania – пристрасть, божевілля, безумство). Нав'язливе бажання виправити уявний фізичний дефект.

**Дисморфопсія** (dis + грец. morphē – форма, opsis – зір). Обман зору (розлад зорового сприйняття), при якому спотворюються форма, розміри або окремі деталі предметів. Спостерігається при патології зору (аномалії рефракції ока) або ЦНС.

**Дисморфофобія** (від грец. dis + грец. morphē – форма, phobos – страх). Уявлення про уявну зовнішню потворність, страх фізичних змін.

**Дисоціативні розлади (конверсія).** Невротичний розлад, що характеризується частковою або повною втратою нормальної інтеграції між пам'яттю про минуле, усвідомленням ідентичності, з одного боку, і контролем тілесних рухів, з іншого. До таких розладів належать

- Дисоціативна амнезія – проявляється у втраті пам'яті про нещодавні значущі події, які викликали шокоподібну афективну реакцію. Пацієнти зазвичай забувають нещасні випадки і трагедії, а погіршення пам'яті є частковим і вибіркоvim;

- Дисоціативний ступор – тимчасовий стан нерухомості (заціпеніння), що виникає внаслідок гострої психологічної травми; як правило, спостерігається відсутність рухів або помітне зниження їх активності;

- Дисоціативна fuga – поєднання ознак дисоціативної амнезії з начебто цілеспрямованими діями, під час яких пацієнт зберігає впорядковану поведінку. Тривалість цього розладу коливається від кількох днів до тижня;

- Стани трансу та одержимості – характеризуються тимчасовою втратою особистої ідентичності та сприйняття навколишнього середовища. Пацієнти часто вважають, що ними керує інша людина, дух, божество або сила. Вони не в змозі постійно контролювати свої дії. Може спостерігатися так званий розлад множинної особистості, при якому людина вважає, що в ній живуть дві або більше особи, кожна з яких має повний контроль і характеризується власними уподобаннями, спогадами

та поведінкою. Зазвичай одна особа є домінуючою, а інша – підпорядкованою;

- Дисоціативні рухові розлади – проявляються у вигляді розладів рухів і відчуттів та втрати сенсорного сприйняття. Спостерігаються ознаки наркозу, втрата чутливості, оніміння, анестезія, звуження полів зору.

**Дистимія** (dis + грец. thymos – настрій, почуття). Короткочасні розлади настрою, які тривають кілька годин, іноді днів, і характеризуються гнівом, невдоволенням і сумом. Спостерігається при епілепсії та органічних захворюваннях головного мозку.

**Дисфорія** (грец. dysphoria – роздратування, розлад). Це розлад настрою. Переважає похмурий, злий і дратівливий настрій. Емоційний стан пацієнта часто характеризується невпевненістю в собі. Постійні афективні спалахи, легка

Агресія виникає легко. Д. спостерігається при багатьох психічних захворюваннях, функціональних і органічних, і особливо характерна для епілепсії, при якій може передувати, доповнювати або бути еквівалентом нападу.

**Діагностика психологічна (психодіагностика).** Основна мета і результат роботи психолога – опис і з'ясування характеру індивідуально-психологічних особливостей людини, оцінка їх стану і прогнозу подальшого розвитку, а також вироблення рекомендацій, що впливають із завдання обстеження.

1) Постановка психологічного діагнозу – це опис стану об'єктів (людини, групи або організації). Для цього використовуються спеціальні методики. П.Д. може бути частиною експерименту або використовуватися як самостійний метод дослідження. Психодіагностичне дослідження складається з наступних етапів: Збір даних, обробка та інтерпретація даних, постановка діагнозу та психологічний прогноз. Основними методами, що використовуються, є тести та інтерв'ю. 2. галузь психології, що розробляє методи і методики виявлення та вимірювання індивідуально-психологічних особливостей людини.

**Діяльність вищої нервової системи:** тип. Сукупність особливостей нервової системи, що лежать в основі своєрідності діяльності людини і поведінки тварин. Термін ввів І. П. Павлов. Він вважав, що тип нервової системи залежить від певного поєднання таких властивостей нервової системи, як сила, рухливість і врівноваженість. Відповідно, Павлов виділив чотири основні типи вищої нервової діяльності: 1) сильний, неврівноважений або «непокірний» (холерик); 2) сильний,

врівноважений, млявий або повільний (флегматик); 3) сильний, врівноважений, рухливий або «живий» (сангвінік); 4) слабкий (меланхолік). Він вважав, що ці типи однакові у людей і тварин. Водночас Павлов запропонував суто людські типи вищої нервової діяльності, які залежать від співвідношення першої та другої сигнальних систем: художній з переважанням першої сигнальної системи, розумовий з переважанням другої сигнальної системи та середній з рівновагою обох систем. Подальші дослідження показали, що класифікація Павлова є дуже спрощеною. До основних характеристик нервової системи додалися динаміка і нестабільність. Нові експериментальні дані показали фундаментальну роль підкіркових структур в активації поведінки, регуляції емоцій та у визначенні динамічних характеристик поведінки. Специфічна діяльність вищої нервової системи людини також залежить від психофізіологічних особливостей функціональної асиметрії мозку. Запропоновані І. П. Павловим типи діяльності вищої нервової системи, типи активності вищої нервової системи не задовольняють ні фізіологів, ні психологів. У зв'язку з цим вони продовжують пошук органічних корелятивів індивідуальних поведінкових особливостей людини і тварин.

**Домінанта** – тимчасова рефлекторна система, яка визначає роботу нервових центрів у певний момент часу і таким чином надає поведінці певного напрямку. Оскільки домінанта є центром домінуючого збудження, вона узагальнює і збирає імпульси, які надходять до центральної нервової системи. При цьому активність інших центрів пригнічується. Це підтверджується системним характером і цілеспрямованістю поведінки організму, яка є рефлекторною і активною, а не реактивною. Ухтомський вважав, що домінанта – це утворення функціональної системи, а не морфологічно незмінне утворення. Він надавав вирішального значення «історії системи», оскільки ритм її функціонування відтворює ритм зовнішніх подразників, що призводить до накопичення ресурсів нервової тканини, а не до їх виснаження. Домінанта відображає об'єкти навколишнього середовища в їх просторово-часовій єдності.

**Дослідження психодіагностичне.** Дослідження, яке перевіряє гіпотези про взаємозв'язок між різними психофізіологічними та психологічними характеристиками і показниками.

**Дромоманія** (dromo + грец. mania – пристрасть, божевілля). Синонім: бродяжництво (лат. vagabundus – блукання, мандрі). Непереборний потяг до блукання, мандрівництва та постійної зміни місця перебування. Спостерігається переважно у психопатів і може мати невротичну природу (у випадку obsesивно-компульсивного розладу).

Нав'язливі думки. Різновид нав'язливих думок (обсесій). Виникають проти волі пацієнта, сприймаються як болючі та непотрібні і провокують опір.

## ***Е***

**Ейфорія** (ei + грец. *phero* – переносу, терплю). Піднесений, безтурботний настрій, гарний гумор у поєднанні з відсутністю критичного ставлення до власного стану; безтурботне блаженство. На відміну від маніакального і гіпоманіакального станів, ейфорія характеризується відсутністю інтелектуальної «жвавості» і потягу до активної діяльності і супроводжується уповільненням психічної активності (аж до персеверації) при деменції. Спостерігається при органічних психозах (хвороба Піка, прогресивний параліч тощо).

**Екзогенна.** Виникає внаслідок органічного ураження головного мозку: черепно-мозкові травми, судинні та інфекційні захворювання.

**Екмнезія** (грец. *ek* – зовні, за межами, *mnesis* – пам'ять). Це форма розладу пам'яті, порушення процесу усвідомлення часу, при якому зникає межа між минулим і теперішнім. Події минулого життя зміщуються в теперішнє або теперішні події зміщуються в минуле (зміщення ситуації в минуле при старечому недоумстві, хворобі Альцгеймера).

**Емоційна стабільність.** Інтегративна властивість особистості, що виявляється в готовності суб'єкта професійної діяльності та життя в цілому до збереження або відновлення рівноваги організму як «активної підсистеми» з середовищем, що постійно змінюється. Операціональною ознакою такої диспозиції можна вважати збереження психічного стану оптимального функціонування, особливостей перебігу психічних процесів, притаманних здоровій людині, особливостей реалізації вищих психічних функцій, психічного благополуччя та емоційного інтелекту при ускладненні умов професійної діяльності або життя в цілому.

**Звуження емоційного резонансу.** Зниження діапазону емоційних реакцій, звуження їх спектру, що проявляється у зменшенні кількості об'єктів, ситуацій, потреб, видів діяльності, на які суб'єкт раніше реагував емоційно. Спостерігається при апатико-абулічному дефекті.

**Ендогенна.** Розвивається внаслідок внутрішніх, спадкових і конституційних факторів.

**Ендорфін.** Речовини, що виробляються мозком і мають знеболюючу та заспокійливу дію.

**Енкефаліни.** Природні пентапептиди, що виробляються мозком для



зняття болю.

**Енцефалопатія** (грец. enkerhalos – мозок, енцефало + грец. phathos – страждання, хвороба). Органічне ураження головного мозку, що характеризується дистрофічними змінами. Енцефалопатії диференціюють за етіопатогенетичними ознаками – аноксична енцефалопатія, артеріосклеротична енцефалопатія, посттравматична енцефалопатія, гіпертонічна енцефалопатія, гіпоглікемія тощо.

Термін «енцефалопатія» переважно використовується для позначення стійких і незворотних психічних розладів, спричинених органічним (екзогенно-органічним) захворюванням головного мозку. Тому він збігається з терміном хронічний органічний психосиндром.

Термін «енцефалопатія» найчастіше використовується для опису незворотних наслідків черепно-мозкової травми. На відміну від посттравматичного церебрального паралічу, посттравматична енцефалопатія разом з астеничними розладами характеризується вогнищевою неврологічною симптоматикою, змінами характеру (огрубінням емоцій, схильністю до надмірних афективних реакцій, збудливістю, конфліктністю, сварливістю, частими істеричними проявами) і більшим або меншим ступенем інтелектуального та психічного зниження. Різниця між посттравматичною енцефалопатією і посттравматичною деменцією відносна, умовна і визначається ступенем погіршення психіки.

**Епізод** (грец. epeisodion – випадок, подія). Форма психічного розладу. Характеризується гострим початком, який відбувається швидко і без будь-яких розпізнаваних ознак розладу. Закінчення епізоду також швидко і зазвичай супроводжується амнезією пережитого. Перебіг нетривалий. Епізодичні стани виникають без будь-яких зовнішніх причин. Типовим прикладом епілептичного нападу є епілептичне запаморочення та дисфорія.

**Епілепсія** (грец. epilepsy – напад, епілептичний припадок). Хронічне ендогенно-органічне захворювання, пов'язане з періодичними пароксизмальними розладами (судомними і не судомними) і розвитком деменції з характерними змінами особистості. При епілепсії спостерігаються гострі та стійкі психотичні стани.

Епілепсія зазвичай починається в дитячому або підлітковому віці. Існують вказівки на спадкову схильність до цього захворювання. В етіопатогенезі важливу роль відіграють органічні ураження головного мозку: внутрішньоутробне ураження плоду, наслідки черепно-мозкових травм, нейроінфекцій. Центральну роль у патогенезі відіграє наявність епілептогенних та епілептичних вогнищ.

**Етіологія.** Наука про причини та умови виникнення хвороби або патологічного процесу.

**Ехолалія** (ехо + грец. lalia – мова). Автоматичне, спонтанне і безглузде відтворення слів, звернених до хворого. Це дослівне повторення почутого.

**Ехопраксія.** Наслідувальне, автоматичне повторення рухів і дій інших людей.

### 3

**Закон Вебера-Фехнера.** Закон, який вказує на залежність сили відчуття від фізичної сили подразника: Якщо подразник зростає в геометричній прогресії, то відчуття зростає в арифметичній прогресії. Приклад: стимул складається з 10 свічок. Якщо збільшити кількість свічок в геометричній прогресії (10-100-1000 і т.д.), відчуття зростають в арифметичній прогресії, тобто якщо кількість свічок збільшується від 10 до 100, відчуття подвоюються, а від 100 до 1000 – потроюються. Закон Вебера-Фехнера стосується лише подразників середньої інтенсивності.

**Закон Рібо.** Закон регресії (повернення) пам'яті при прогресуючій амнезії. Спочатку послаблюється пам'ять на недавні події, потім погіршується відтворення старих образів пам'яті, і поступово амнезія зачіпає весь психічний резерв, а не лише відчуття і афекти.

**Залишковий.** Тобто такий, що залишився після психічного захворювання, психотичного епізоду, наприклад, астенія, галюцинації, марення.

**Зниження енергетичного потенціалу** (лат. reductio – зворотний рух, повернення). При шизофренії спостерігається синдром глибокої зміни особистості у вигляді зниження психічної активності та продуктивності, нездатності хворого активно використовувати наявний життєвий досвід. Основними симптомами є 1) стійке зниження активності та працездатності; 2) звуження кола інтересів; 3) блідість і ослаблення вираженості особистісних рис; 4) підвищена стомлюваність і дратівлива слабкість; 5) легкі дисмнестичні розлади. Може бути основним шизофренічним синдромом, органічним ядром резидуальної шизофренії, і є причиною незворотності початкових станів.

**Запаморочення свідомості.** Стан, що характеризується гострим початком і, в більшості випадків, гострим завершенням; після одужання спостерігається амнезія. Іноді, однак, після закінчення хвороби можуть залишатися острівці пам'яті, що сприяють формуванню резидуального делірію. Біла гарячка характеризується образним маренням,

галюцинаціями, насильницькими нападами страху і люті. Під час С.Р.С. часто спостерігається агресивна та деструктивна поведінка. Тривалість таких станів коливається від кількох хвилин до кількох днів.

**Затримка психічного розвитку.** Легка розумова відсталість – стан з різною етіологією, клінічними проявами і динамікою, що займає проміжне положення між інтелектуальною нормою і олігофренією. Легка розумова відсталість характеризується незрілістю особистості, незначними когнітивними порушеннями, здатністю до навчання і тенденцією до компенсації та зворотного розвитку. Етіологія р.р.д. відрізняється від причин олігофренії тим, що включає також позамозкові причини. Крім різних органічних уражень головного мозку, викликаних отруєннями, інфекціями і травмами, існують також соціальні фактори, пов'язані з несприятливим вихованням і сенсорною депривацією. В.В. Лебединський класифікував наступні типи РАС за походженням:

1) Конституційне походження. Характеризується переважно емоційно-вольовою незрілістю, особистісною незрілістю: Переважання ігрових мотивів, швидка втомлюваність від інтелектуальної діяльності, незрілість вольової регуляції, несамостійність, емоційна лабільність;

2) соматогенні Р.с.р. – спричинені хронічними або частими захворюваннями в ранньому дитинстві. Характеризуються астеничними станами, низьким рівнем працездатності, емоційно-вольовою незрілістю;

3) органічні розлади – спричинені залишковою церебральною органічною недостатністю у зв'язку з наслідками легких уражень головного мозку в ранньому дитинстві (мінімальна мозкова дисфункція). Характеризуються затримкою розвитку когнітивних процесів та особистості;

4) Психогенні розлади пов'язані з несприятливими умовами виховання. Близьким поняттям є педагогічна занедбаність, тобто недостатній розвиток знань, умінь і навичок у дитини з біологічно інтактним мозком через неадекватне виховання дитини батьками. Існують також інвалідності, пов'язані з дефіцитом сенсорних систем, такі як глухота, сліпота і сліпоглухонімота.

*Сплутаність свідомості.* Порушення процесу відображення навколишньої дійсності – реального світу, предметів, явищ, їх зв'язків. Виявляється в повній або частковій нездатності сприймати навколишнє, в ауто- і алопсихічній дезорієнтації, в порушенні часової орієнтації, в розладах мислення, амнезії після виходу зі стану непритомності (повної або часткової). Виділяють синдроми порушення свідомості (запаморочення, марення, онейрози) і втрати свідомості (кома, сопор, анестезія).

Синдроми потьмарення свідомості виникають при кіркових розладах

і визначаються як дезінтегративні; вони супроводжуються патологічною продукцією (маренням, галюцинаціями) і характерні для гострих психозів.

Втрата свідомості виникає внаслідок ураження стовбура мозку; це не дезінтеграція, а втрата свідомості різної глибини, яка протікає без психопатологічної продукції.

Це психічне захворювання. Здебільшого проявляється у психічних розладах. Розрізняють три види психічних захворювань: Психози різної етіології, включаючи шизофренію, маніакально-депресивні психози, афективні психози тощо; невротичні розлади та непсихотичні розлади – психопатії тощо; розумова відсталість, включаючи розумову відсталість тощо.

*Психічний захист.* Сукупність усвідомлених або неусвідомлених психічних процесів, які захищають психіку та особистість від небезпечних, негативних і деструктивних дій, внутрішніх і зовнішніх імпульсів.

*Психічне здоров'я.* Стан повного фізичного, душевного і соціального благополуччя, що характеризується відсутністю хворобливих психічних проявів і забезпечує регуляцію поведінки та діяльності людини відповідно до умов навколишнього середовища. Найважливішими показниками здоров'я є відповідність суб'єктивних уявлень відображуваним об'єктам дійсності; реакція на зовнішні подразники та життєві події; відповідний віку ступінь зрілості емоційної, вольової та пізнавальної сфер особистості; адаптованість у мікросоціумі; здатність до саморегуляції поведінки; розумне й адекватне формування життєвих цілей та організація поведінки для їх досягнення тощо.

**Затуманення свідомості** (лат. *obnubilatio* – вкривати хмарами, затуманювати). Легкий ступінь наркозу. Спостерігаються коливання вираженості затьмарення свідомості – легке затьмарення свідомості на певний час змінюється його проясненням, потім затьмарення настає знову.

**Збудник хвороби.** Причина, що викликає хворобу.

**Зворотний зв'язок.** Використання слів і звуків з навколишнього середовища на власній мові пацієнта. Розрізняють первинне (ехолалічне) відтворення, при якому почуті звуки і слова повторюються без змін, і вторинне (складне) відтворення, при якому слова і звуки не лише повторюються, але й пацієнт дає відповідь рідною мовою.

## I

**Ідеомоторний акт.** Перехід від уяви м'язового руху до його

реального виконання. Буває мимовільним, неусвідомленим, з недостатньо вираженими просторовими характеристиками.

**Ідіотія** (грец. idioteia – невігластво). Найважча форма розумової відсталості, олігофренії. Майже відсутнє мовлення та психічні реакції, не розвинені основні навички. Ідіотія сильно порушена. Характерні ознаки: Пацієнти не вимовляють окремі звуки, здатність ходити розвивається пізно, рухи незграбні і некоординовані. Часті рухові стереотипії. Пацієнти не здатні до самообслуговування і потребують нагляду.

**Ілюзії** (грец. illusio – помилка). Спотворене сприйняття реальних предметів і явищ. У здорових людей є фізіологічні та фізичні ілюзії, які патогенетично не пов'язані з розладами мислення або свідомості. Розрізняють перцептивні ілюзії, коли спостережуваний об'єкт сприймається спотворено і не впізнається, та апперцептивні ілюзії, коли об'єкт впізнається, але спотворено порівнюється з попереднім досвідом (явища «вже бачив», «вже чув», «вже пережив» або навпаки «ніколи не бачив», «ніколи не чув», «ніколи не пережив»).

**Ілюзія сприйняття.** Неадекватне відображення об'єкта та його властивостей. До першого класу ілюзій належать ілюзійні ефекти, що спостерігаються при зоровому сприйнятті двовимірних контурних зображень. Вони мають назву «оптико-геометричні ілюзії» і полягають в уявному спотворенні метричних співвідношень між фрагментами зображення. До другого класу ілюзій сприйняття належить явище контрасту яскравості (наприклад, сіра смуга на світлому фоні здається темнішою, ніж на темному). Існує багато ілюзій видимого руху: автокінетичний рух, стробоскопічний рух, індукований рух тощо.

**Імбецильність** (лат. imbecillus – слабкий, немічний). Ступінь олігофренії, що лежить між розумовою відсталістю та ідіотією. Характеризується недорозвиненням і порушенням мовлення, невеликим словниковим запасом, який часто обмежується назвами предметів навколишнього середовища і найпоширенішими словами. Пацієнти з помірною І. можуть складати лише прості картинки. База знань мізерна, формування абстрактних понять для недоумкуватих неможливе. Завдяки наполегливим тренуванням імбецили можуть набути елементарних навичок самообслуговування.

**Імпульсивність.** Хвороблива форма поведінки, при якій дії хворого, що супроводжуються непереборними потягами, є вимушеними, автоматизованими і не контролюються свідомістю.

**Інсульт** (лат. insulto – стрибати). Так званий «інсульт» – це гостре порушення мозкового кровообігу (також відоме як крововилив у мозок). Супроводжується головним болем, блювотою, порушенням свідомості,

паралічами тощо. Існують приклади підвищеної творчої активності після інсульту.

**Інтероцепція.** Здатність сприймати подразники від внутрішніх органів. За умови її нормального функціонування іноді спричиняє появу відчуттів.

**Інтерференція.** Порушення збереження запам'ятовуваного матеріалу через вплив (накладання) іншого матеріалу, що використовується людиною. Спостерігається при дослідженні пам'яті та навчанні. Залежно від порядку розташування матеріалу, що запам'ятовується, і матеріалу, що інтерферує, розрізняють ретроактивну і проактивну інтерференцію. Залежно від виду матеріалу, що заважає, розрізняють вербальну, моторно-акустичну, зорову та інші види інтерференції. Вплив порушеного матеріалу проявляється в погіршенні якості відтвореного матеріалу або в збільшенні часу, необхідного для виконання завдань (наприклад, у випадку селективної інтерференції). І. лежить в основі багатьох теорій забування, що існують у психології та психофізіології. І. пов'язане з процесами внутрішнього гальмування.

Інтерференція має проактивний характер. Явище мнемічної діяльності, яке полягає в погіршенні збереження заучуваного матеріалу під впливом попереднього (інтерферованого) матеріалу.

Інтерференція має ретроактивний характер. Явище погіршення запам'ятовування вивченого матеріалу внаслідок запам'ятовування або опрацювання наступного (інтерферованого) матеріалу.

Інтерференція є вибірковою. Явище мнемічної діяльності, що виявляється в затримці відповіді на запитання внаслідок мимовільного впливу значення слова.

**Інфантилізм** (лат. *infantilis*). Патологічний стан, що характеризується затримкою фізичного та/або психічного розвитку.

**Іпохондрична фіксація** (грец. *hypochondria* – підребер'я, в якому, за уявленнями древніх, локалізувалося джерело хворобливого стану). Надмірна зосередженість на власному здоров'ї, прагнення фіксувати навіть найменші, на думку пацієнта, відхилення від норми. Це часто є ознакою невротичних станів і розладів, у розвитку яких важливу роль можуть відігравати преморбідні особливості особистості (наприклад, наявність тривожних і довірливих рис характеру).

**Іпохондричний розвиток.** Патологічний розвиток особистості, що характеризується переважанням іпохондричного синдрому в клінічній картині, що призводить до соціальної дезадаптації пацієнта. Простежується динаміка від іпохондричних страхів до іпохондрично-параноїдного синдрому.

**Іпохондричні ідеї.** Домінуючі уявлення про (зазвичай сильно перебільшені) небезпеку і марність лікування соматичного захворювання, його несприятливий результат і/або соціальні наслідки; тривожні страхи (навіть фобії), не пов'язані з соматичним захворюванням або з уявною хворобою, що впливає на функціонування внутрішніх органів і організму в цілому.

**Іпохондрія.** Безпідставний страх перед уявною важкою або невиліковною хворобою. Розвиток іпохондричних симптомів часто тісно пов'язаний зі сенестопатіями. І. Психопатологічний синдром, що характеризується різноманітністю клінічних проявів і різною нозологічною приналежністю. Перебіг на невротичному рівні, а також на рівні гіпертривожних і маячних ідей.

**Іррадіація.** Здатність нервового процесу поширюватися з місця свого виникнення на інші нервові клітини та нервові структури. За І. П. Павловим, іррадіація є основою для узагальнення умовного рефлексу і залежить від інтенсивності подразника. Згідно з концепцією П. К. Анохіна, гальмування – це зовнішній вираз ступеня домінування біологічно негативної реакції та її гальмівного впливу на інші реакції.

**Істериформні розлади** (грец. *hystera* – матка, *formis* – подібний, схожий). Психологічні (моторні, сенсорні та вегетативні) розлади, схожі на істерію. Хоча зовні схожі на істерію, ці розлади викликані іншими етіологічними факторами і спостерігаються при неврозоподібних станах ендогенного та екзогенно-органічного генезу.

**Істерична дуга.** Поза, викликана нападом генералізованих тонічних спазмів. Тіло вигнуте дугою і спирається на потилицю та п'яти. У зв'язку з патоморфозом істерія сьогодні зустрічається вкрай рідко.

**Істерія.** Різновид невротичного розладу, що характеризується поліморфними розладами психіки, чутливості, рухів, координації та внутрішніх органів. Хворі на І. мають специфічні риси характеру (демонстративність, театральність, висока сугестивність, самонавіювання та ін.) Часто спостерігаються напади з порушенням свідомості. Клінічні прояви істерії дуже різноманітні і часто маскуються під інші захворювання. Симптоми оборотні, особливо при вирішенні конфліктної ситуації (див.: дисоціативні (конверсійні) розлади).

## К

**Кандинського-Клерамбоса синдром.** Синдром психічного автоматизму, що включає псевдогалюцинації, манію переслідування, психічні та фізичні маніпуляції та явища психічного автоматизму.

Характеризується вірою у відокремленість думок від дій. Спостерігаються явища «нав'язливого» мислення, які проявляються у скаргах пацієнтів на те, що їхні думки стають відомими іншим людям, які читають їх на відстані (симптом відкритості). Виникає примусовий наплив думок – менталізм. Спостерігається переважно при шизофренії, значно рідше при органічних психозах,

**Канцерофобія** (лат. cancer – рак, грец. phobos – страх). Нав'язливий страх, боязнь захворіти на рак. Різновид нозофобії. Спостерігається при неврозах нав'язливих станів, іпохондричних станах і психастенії.

**Кардіофобія** (грец. kardia – серце, phobos – страх). Нападopodobне відчуття страху перед діяльністю серця. Хворі бояться зупинки серця і смерті. Об'єктивне обстеження, включаючи ЕКГ, не виявляє ознак серцевої дисфункції.

**Каталепсія.** Сонний стан, що характеризується зниженою чутливістю до зовнішніх і внутрішніх подразників, «восковою гнучкістю», яка проявляється у спонтанному, без зусиль збереженні пози. Може виникати при гіпнотичному сні, істерії, шизофренії та інших захворюваннях.

**Кверуляція** (лат. querulus – той, хто постійно скаржиться). Непереборна сварливість, боротьба за свої права, які хворий вважає порушеними, і ущемлені інтереси шляхом нескінченних скарг в різні інстанції, судових позовів і оскарження рішень, прийнятих на підставі цих скарг. Це характерно для психопатичних особистостей з параноїдальним типом особистості. Спостерігається при параноїдному розвитку та параноїдному варіанті параноїдної шизофренії.

**Клайнфельтера синдром.** Диференційована форма розумової відсталості. Спадкове захворювання хромосомної природи (додаткова Х-хромосома). Вважає чоловіків (один на 700 новонароджених хлопчиків). Типовими симптомами є високий зріст, гіпогеніталізм, євнухоїдна статура, гінекомастія, азооспермія та безпліддя. На психічному рівні часто спостерігається розумова відсталість до ступеня дебільності, рідше – розумова недостатність, а також зміни характеру та апатія.

**Клаустрофобія** (claustro + грец. phobos – страх). Нав'язливий страх, боязнь замкненого простору.

**Клептоманія** (клепто + грец. mania – пристрасть, божевілля). Патологічний потяг до крадіжки з непереборною потребою задовольнити цей потяг. Характерні ознаки: несподівана поява потягу, надзвичайна афективна інтенсивність, відсутність ознак порушення свідомості, відсутність розумової відсталості. Клептоманічні імпульси виникають на тлі вираженої дисфорії; після здійснення бажаної дії пацієнт відчуває



почуття задоволення і полегшення.

**Клінічна картина внутрішня.** Поняття, що охоплює низку переживань, які виникають у пацієнта у зв'язку з хворобою; «усвідомлення хвороби». Суб'єктивний образ хвороби розглядається на двох рівнях: сенсорному (сукупність відчуттів, що виникають внаслідок хвороби) та інтелектуальному (думки пацієнта щодо хвороби, що відображають його реакцію на зміну стану).

**Кома** (грец. кома – глибокий сон). Стан глибокого порушення свідомості, що характеризується пригніченням функцій центральної нервової системи, порушенням регуляції життєво важливих центрів головного мозку, відсутністю реакцій на зовнішні подразники, рефлексів, чутливості та активних рухів.

**Дотримання регламенту.** Свідома співпраця між лікарем, психологом, пацієнтом і членами сім'ї. К. є терапевтичним інструментом, який забезпечує зацікавленість пацієнта в процесі лікування, сприяє точному виконанню лікарських рекомендацій і дозволяє об'єктивно оцінити ефективність терапії.

**Компульсії** (лат. compello – примушувати). Нав'язливе бажання, форма одержимості (нав'язливості). Характерні ознаки: непереборні потяги, які виникають всупереч розуму, волі та почуттям. Вони часто є неприйнятними для пацієнта і суперечать його морально-етичним цінностям. На відміну від імпульсивних потягів, к. не усвідомлюються. Ці потяги сприймаються і переживаються пацієнтом як неправильні, тим більше, що їх виникнення часто призводить до відчуття тривоги через їх незрозумілість.

**Конверсійні розлади.** Поєднання рухових (паралічі, парези, гіперкінези, астазія – абазія), сенсорних (гіпестезія, анестезія, гіперестезія) та вегетативних істеричних симптомів. У сучасній класифікації термін використовується як синонім ширшого поняття «дисоціативні розлади», яке, окрім перелічених проявів, включає також явища істерично-маревної свідомості (судомні напади, амнезію, фугу тощо).

**Конгруентність** (англ. congruence – відкритість, щирість). Одна з «необхідних і достатніх умов» ефективного психотерапевтичного контакту (разом з емпатією і безумовним позитивним прийняттям), яка була розроблена в рамках особистісно-орієнтованого підходу до психотерапії. Термін був введений в психологію К. Роджерсом для опису наступних феноменів: а) відповідність «ідеального Я», «Я», «досвіду» в житті людини; б) динамічний стан психотерапевта, в якому різні елементи його внутрішнього досвіду (емоції, почуття, установки,

відчуття і т.д.) адекватно, неспотворено і вільно переживаються, усвідомлюються і виражаються в процесі роботи з клієнтом. К. (і на відміну від емпатії) стосується випадків, коли людина переживає власні почуття і свою відкритість до себе та інших людей. К. – це процес безумовного прийняття власних реальних і актуальних почуттів, переживань і проблем, а також їх послідовного і точного вираження в мові та поведінці таким чином, щоб не травмувати інших людей. К. – це динамічний стан, у якому людина відчувається найбільш вільною та автентичною, не відчуваючи потреби використовувати механізми психічного захисту, наприклад, ховатися за маскою або грати роль «експерта». К. спостерігається у випадках, коли наші внутрішні почуття і переживання точно «віддзеркалюються» нашою свідомістю і виражаються в нашій поведінці, коли ми можемо бути сприйняті і побачені такими, якими ми є насправді. К. можна розглядати як особливість спілкування, а також як особливий спосіб ефективної роботи будь-якого посередника (психотерапевта, консультанта, вчителя, батька).

**Контамінація** (лат. *contaminatio* – змішування). Поєднання частин кількох слів в одне ціле. Спостерігається в нормі при семантичній і фонетичній близькості цих слів і в патології при шизофренічних неологізмах.

**Конфабуляція** (лат. *confabulatio* – розмова, промова). Різновид помилкової пам'яті, «галюцинації пам'яті». Пацієнти повідомляють про вигадані події, які не відбувалися в той час, про який йдеться.

**Копролалія** (сорго + грец. *lalia* – мова). Хворобливий, іноді непереборний, імпульсивний потяг до вимовлення цинічних, образливих слів без будь-якого мотиву. Особливо виражений при хворобі Жиля де ла Туретта, але може спостерігатися і при інших захворюваннях – шизофренії, прогресивному паралічі і, рідше, маніакальних станах.

**Корсакова синдром**. Симптомокомплекс, основною клінічною ознакою якого є порушення пам'яті (див. фіксована амнезія). Спостерігається при захворюваннях екзогенно-органічного походження.

**Криптомнезія** (крипто + грец. *mnesis* – пам'ять). Симптом розладу пам'яті, при якому ніби зникає межа між тим, що відбулося насправді (реальними подіями), і тим, що пацієнт чув від інших, читав або бачив уві сні. Можливі асоційовані спогади (речі, побачені уві сні, почуті від інших або прочитані, сприймаються як пережиті пацієнтом) або відокремлені спогади (події в реальності сприймаються як почуті, прочитані або побачені уві сні). К. часто є причиною плагіату.

**Критична здатність** (грец. *kritike* – мистецтво аналізувати, судити). Здатність діяти свідомо, ретельно аналізувати та коригувати власні дії

відповідно до умов некритичної реальності. 1. некритичне мислення в ситуації патопсихологічного експерименту характеризується втратою контролю над інтелектуальними процесами, нездатністю самостійно визнавати власні помилки і нездатністю їх виправляти.

## Л

**Лабільність.** Максимальна кількість імпульсів, яку нервова клітина або функціональна система може передати за одиницю часу без спотворення. У диференціальній психофізіології лабільність є однією з найважливіших властивостей нервової системи, оскільки характеризує швидкість виникнення і припинення нервових процесів.

*Емоційна лабільність.* Нестійкість настрою, схильність до перепадів настрою, часта зміна емоцій. Характерна для астенічних станів різного походження.

**Логоневроз** (лого + грец. neuron – нерв, -osis – суфікс патологічного стану, хвороби). Невротичне заїкання (може бути наслідком органічного ураження головного мозку).

**Локалізація вищих психічних функцій.** Закріплення вищих психічних функцій за певними структурами мозку.

**Локалізація активності водія ритму.** Вузкоспеціалізована частина мембрани, де знаходиться ендогенний пейсмейкер.

**Лунатизм, сомнамбулізм.**

## М

**Макропсія** (макро + грец. opsis – бачити). Розлад зору, при якому розміри навколишніх предметів здаються пропорційно збільшеними. Спостерігається при патології органу зору (спазм акомодациї, пошкодження жовтої плями), органічних ураженнях головного мозку та істерії.

**Маніакальна тріада** (грец. mania – пристрасть, божевілля, бажання). Ряд ознак, які належать до типового перебігу маніакального або гіпоманіакального синдрому: 1) підвищений радісний настрій з підвищеним драйвом; 2) прискорення психічних процесів (мислення і мовлення); 3) психомоторний неспокій.

**Маразм** (грец. marasmus – виснаження, згасання). Виснаження організму з поступовим згасанням усіх його функцій та атрофією органів і систем. Психічний маразм характеризується повним погіршенням розумових здібностей, втратою мови і здатності до самообслуговування.

Старече недоумство є наслідком процесу старіння організму. При деяких захворюваннях це розмежування умовне (стареча деменція, прогресуючий атеросклероз судин головного мозку).

**Марення.** Сукупність патологічних ідей, думок і висновків, які домінують у свідомості хворого; спотворений образ дійсності, що не піддається корекції ззовні; некоректне встановлення зв'язків і відносин між явищами, подіями та особами без реальної основи.

*Марення.* Ідеї, думки, які не відповідають дійсності, хибно обґрунтовані і повністю оволодівають свідомістю хворого, виникають на патологічній основі, не піддаються корекції шляхом переконання і роз'яснення і порушують адаптацію хворого до навколишнього середовища. Марення є формальною ознакою психозу. Маячення можна поділити на

- Маячення винахідництва – ідея про те, що пацієнт зробив геніальне відкриття;

- маячення реформ – патологічна ідея радикальних змін у політичному устрої суспільства, його економіці або певній науці з метою досягнення загального блага;

- Маячення любові – переконання в тому, що певна особа (особи) закохана в пацієнта;

- Мислення права – ідеї, які спонукають пацієнта до активної боротьби за нібито знехтувану справедливість, права та пільги тощо.

- Марення багатства – патологічна віра в існування уявного багатства, цінностей, які належать пацієнту.

М. класифікують за такими критеріями:

1. за стадією розвитку:

- (а) маячний настрій – маячна віра в зміну навколишнього середовища, в неминучість катастрофи, що насувається;

- б) маячне сприйняття – маячна інтерпретація значень тих чи інших явищ навколишньої дійсності у зв'язку з наростаючим страхом;

- в) Маячення – марення, що виникає або у формі відкриття нового сенсу, нового значення в пам'яті минулих життєвих подій, або у формі раптового осяяння, несподіваної думки;

- г) маревна свідомість – осягнення особливого сенсу подій у світі, які розкривають їх прихований, таємний зміст;

- д) кристалізація маячення – певна структура маячення, його завершеність і «логічна» послідовність;

- д) стадія згасання марення – характеризується появою критичного ставлення до себе;

- е) резидуальне маячення – низка маячних ідей, які зберігаються як моносимптоми ще деякий час після зникнення інших проявів хвороби.

## 2. після виникнення:

(а) Первинне марення – марення, викликане фактами і подіями зовнішнього світу або внутрішніми переживаннями. Вони виникають з реальних обставин, але інтерпретуються патологічно. Розвиток систематичного маячення, як правило, повільний і хронічний;

б) вторинне маячення – викликане галюцинаторними, афективними та іншими переживаннями. Для такого марення характерні образність і чуттєвість;

в) афективне марення – пов'язане з вираженою емоційною патологією (депресія, манія, тривога, страх, дисфорія, емоційний стрес) і поділяється на

- Голотематичний делірій виникає при полярних (маніакальному та депресивному) афективних синдромах, які зазвичай мають ендогенне походження;

- кататонічний делірій, який виникає при патологічній кататонічній реакції на певні життєві ситуації, що пов'язані з сильним емоційним стресом;

г) катаестетичний делірій – різновид сенсорного делірію, викликаний відчуттями, що виходять від внутрішніх органів;

д) індуковане марення – марення, що виникає у родичів та людей, які тривалий час мали безпосередній контакт з хворим;

д) сенсорне маячення – поєднується з масивними розладами чуттєвого сприйняття (сенестопатіями, психосенсорними розладами, галюцинаціями) і тісно пов'язане з ними;

е) конфабуляторне маячення пов'язане з конфабуляціями, які є його джерелом.

## 3. за змістом:

(а) маячення заниженої самооцінки:

- Іпохондричне маячення – патологічне переконання про невиліковну хворобу або хвороби, які принижують людську гідність або призводять до інвалідності, або про недиагностовану хворобу тощо;

- Маячення самозвинувачення – приписування собі уявних або перебільшених, незначних, негідних вчинків і дій, що мали місце в минулому;

- маячні ідеї самознищення – хворобливе твердження про виключно негативні обставини морального, інтелектуального, фізичного чи іншого змісту, про власну нікчемність;

- дисморфоманічне маячення – переконання в уявній потворності, що сприймається оточуючими, або в неприємному запаху, джерелом якого є тіло пацієнта (піт, кишкові гази тощо)

- нігілістичне маячення – переконання в наявності дуже важкої

хвороби, що супроводжується припиненням функції внутрішніх органів, зникненням або погіршенням стану внутрішніх органів і всього організму;

б) маячення з підвищеною самооцінкою:

- Альтруїстичне маячення – ідея високої політичної, релігійної, медичної або іншої місії, яка нібито покладена на хворого;

- Маячення високого походження – віра у випадкову або навмисну підміну батьків у дитинстві, ідея народження від осіб з високим соціальним статусом;

- *Манія величі* – перебільшення власних розумових, психологічних і фізичних якостей, соціального статусу і здібностей. Розрізняють три основні види манії величі: 1) маніакальне марення – хворий перебільшує свої реальні якості, зазвичай припускаючи можливі успіхи в майбутньому; 2) мегаломаніакальне марення – характеризується фантастичними, грандіозними, іноді казковими перебільшеннями подій, які, на думку хворого, вже відбулися; 3) паралізуюче марення – характеризується вираженою безглуздістю грандіозних тверджень і поєднується з глобальним слабоумством;

**Меланхолійне сп'яніння** (грец. melas – темний, чорний, chole – жовч, лат. raptus – захоплення, раптовий рух). Раптовий спалах афекту гострої болісної туги, відчаю з вираженою суїцидальною поведінкою. Хворий ридає, стогне, метається, не знаходить собі місця, наносить собі тілесні ушкодження, робить спроби самогубства. М.р. можна розцінювати як гострий спалах ажитованої депресії.

**Ментізм** (лат. mens – розум). Симптом напливу думок, спогадів та образів. Характеризується спонтанним виникненням і непідкоренням волі.

**Метаморфопсія** (грец. meta – після чогось, morphe – форма, вигляд, orpsis – зір). Порушення сприйняття форми і величини предметів. Характеризується викривленим зоровим сприйняттям різних об'єктів, їх форми, кольору, величини та просторового положення в стані спокою або в русі. Спостерігається при екзогенних органічних захворюваннях головного мозку, переважно травматичного та інфекційного походження, і входить до структури синдрому Піка.

**Мислення аутистичне** (грец. autos – сам). Патологічне мислення, що протікає за законами аутистичної логіки, коли думки переважно визначаються внутрішнім світом переживань, емоцій і установок хворого і недостатньо співвідносяться з реальністю, тобто є відірваними від дійсності.

**Мислення в'язке.** Тип мислення, що характеризується схильністю

до деталізації, нездатністю відокремити істотне від тривіального, ригідністю, нездатністю вийти з певного кола думок і зосередити увагу на чомусь іншому. М. в. характеризується ригідністю і недостатньою нестійкістю. Пов'язана з генералізованою прогресуючою олігофазією. Характерний для епілептичної деменції.

*Незв'язне мислення.* Тип мислення, що характеризується фрагментарністю і втратою здатності встановлювати зв'язки. Окремі образи, уявлення та поняття не пов'язані між собою. Неможливо сформулювати навіть найпростіші механічні асоціації, засновані на схожості та суміжності в часі та просторі. Різко порушується цілеспрямованість мислення. Втрачається розумова задача, свідомість не відображає навколишню дійсність. Висока виснаженість психічних процесів. Мова складається з хаотичного набору слів, уривків речень. П.м. спостерігається при гострих екзогенних психозах.

*Паралогічне мислення* (грец. paralogos – проти розуму, безрозсудний). М., помилкове у своїх засновках, доведеннях, іноді в причинно-наслідкових зв'язках. Характеризується «спотвореною логікою» при наявності хороших інтелектуальних і психічних даних. Спостерігається патологічна схильність до паралогізмів. Паралогізм – це помилкове, хибне міркування, логічна помилка у висновку, яка виникає ненавмисно і є наслідком порушення законів і правил логіки. Відповідно до закону розділення, цей вид помилки пояснюється ототожненням двох об'єктів думки, коли їхні характеристики частково збігаються. Спостерігається при шизофренії та параної.

*Прискорене мислення.* Характеризується порушенням динаміки розумових процесів, нестійкістю думок. Асоціації виникають швидко, думки поверхневі, розумові здібності зазвичай низькі. Характерні розлади дефіциту уваги, а при їх сильному вираженні спостерігається уривчасте мислення. Дуже сильне прискорення мислення називається вихровим маніакальним потьмаренням свідомості. Через прискорення асоціативних процесів об'єкт мислення втрачається. Спостерігається в маніакальній фазі біполярного афективного розладу, а також при маніакальних станах шизофренічного та екзогенно-органічного походження.

**Мислення є незв'язним.** Розлад мислення найбільш виражений при шизофренії. Він проявляється у хибному, парадоксальному поєднанні ідей. Окремі поняття нанизуються один на одного без будь-якого логічного зв'язку. Супроводжується незв'язною мовою – семантичною дисоціацією при відомому синтаксичному збереженні. При сильному ступені розчленованості страждає і граматична структура мови

(«словесний салат», «словесна окрошка»). Характерною ознакою монологу є мовна невичерпність без потреби в партнері по діалогу.

**Мислення символічне.** Мислення, що оперує складними символами образів і понять, які є особисто значущими для пацієнта, але часто незрозумілими для оточуючих. При цьому зв'язок між символом і явищем, яке він описує, втрачається і символ має самодостатній характер. Він характеризується своєю неповторною оригінальністю і відображає аутистичну позицію пацієнта. Для розуміння М. с., характерного для хворих на шизофренію, береться до уваги співіснування прямих і переносних значень понять у психічних процесах.

**Мислення сповільнене.** Мислення характеризується уповільненням розумових процесів, зменшенням кількості ідей та уявлень, низькою рухливістю. Виникає відчуття зацикленості на одній думці (моноідеїзм). Порушується спрямованість думок – хворому важко довести думку до кінця. М. с. часто поєднується з іншими проявами брадипсихізму, що проявляється в особливостях мовлення, рухової активності та афективних реакцій. Спостерігається при депресивних станах, але може виникати і незалежно від афективних гіпотимічних явищ при постенцефалічному паркінсонізмі (при ураженні підкіркових утворень лобних відділів і стовбура мозку) і при шизофренії, поєднуючись з мутизмом і емоційно-вольовими змінами і відсутністю мотивації.

**Мислення нестійке.** М., що характеризується вираженою нестійкістю уваги, нестійкістю установок і постійною зміною цілей психічних процесів. Спостерігається як при функціональній психічній патології (маніакальна фаза біполярного афективного розладу з психічними стрибками), так і при деяких органічних ураженнях мозку.

**Мислення сповільнене.** Порушення послідовності думок, що супроводжується уповільненням, яке має значну тривалість.

**Мікропія** (мікро + грец. *opsis* – бачу). Розлад зору, при якому об'єкти навколишнього середовища сприймаються як пропорційно менші, ніж вони є насправді. Спостерігається при паралічі акомодатції, ураженні сітківки в макулярній ділянці та екзогенних органічних захворюваннях головного мозку.

**Міфоманія** (грец. *mythos* – міф, вигадка, *mania* – пристрасть, божевілля). Патологічна брехливість, зумовлена психопатичними рисами особистості та міфоманічною конституцією. Останнє відповідає сучасним уявленням про істероїдну конституцію. У цьому випадку важливу роль відіграють істеричні механізми – бажання виділитися, зробити себе важливим.

**Мовлення незв'язне.** Патологічна незв'язність мовлення пов'язана



з втратою смислових і граматичних зв'язків між словами. Вона відображає незв'язність мислення. За наявності м.н. спостерігаються грубі порушення монологічного і діалогічного мовлення.

**Мовна розірваність.** Відображає незв'язне мислення. Мова пацієнта позбавлена сенсу, хоча при легкій дисоціації синтаксичні зв'язки між окремими елементами речень зберігаються, надаючи мові зовнішньої впорядкованості. Тому м.р. визначається як семантична дисоціація зі збереженням синтаксичних зв'язків. Однак за високого ступеня м.р. страждає як граматична структура мови, так і логічна. Незважаючи на відоме збереження синтаксичної структури мови, немає підстав вважати, що немає граматичних порушень; страждає фонетична сторона мови, з замінами звуків, неправильними наголосами, спотворенням інтонації і модуляції голосу. До М.р. також відноситься руйнування слів і поява неологізмів. М.р. може спостерігатися і в спонтанному мовленні за відсутності співрозмовника (ознака монологу). У писемному мовленні розпізнається раніше і легше, часто супроводжується порушеннями моторного компонента письма (витонченість почерку, стереотипне оздоблення літер завитками, написання літер без натиску з подвоєнням паралельних ліній та їх окремих фрагментів).

**Модальність.** Одна з найважливіших характеристик відчуттів, їх якісних особливостей: Колір, тон, тембр, запах тощо. Модальні характеристики відображають властивості дійсності у специфічно закодованій формі: довжина світлової хвилі представлена як колір, частота звукових хвиль – як звук тощо. Поняття модальності застосовується не лише до сенсорних вражень, а й до інших ментальних процесів, оскільки описує якісні характеристики когнітивних образів на кожному рівні складності.

**Мозок.** Центральний відділ нервової системи людини і тварин, головний орган психіки. У людини і хребетних тварин розрізняють головний і спинний мозок. Тканина головного мозку складається з сірої речовини (сукупність нервових клітин) і білої речовини (сукупність відростків нервових клітин).

**Мозок головний.** Частина центральної нервової системи, розташована в черепі, складається з двох півкуль головного мозку, моста, варолієвого моста, довгастого мозку і мозочка. Базальні ядра і підкіркова біла речовина складають більшу частину півкуль головного мозку. Півкулі головного мозку вкриті сірою речовиною – корою головного мозку. Між півкулями головного мозку існує функціональна асиметрія: Ліва півкуля обробляє вербальну і символічну інформацію, її вираження, здатність до читання і рахунку; права півкуля – образи, просторову

орієнтацію, розрізнення музичних тонів, мелодій і невербальних звуків, розпізнавання складних об'єктів, в тому числі людських облич, і сновидінь.

**Моторика.** Рухова активність суб'єкта.

**Мультиплікативність.** Розлад мислення, що характеризується одночасним застосуванням абсолютно різних критеріїв у процесі узагальнення. Втрачається основний напрямок мислення і поєднуються несумісні ідеї.

**Мутизм** (латин. *mutus* – німий). Розлад вольової сфери, що проявляється у відсутності відповідей на запитання і спонтанності мовлення при збереженні здатності говорити і розуміти звернене до хворого мовлення. М. спостерігається при кататонічній шизофренії, зумовленій негативізмом (залежно від форми негативізму говорять про активну і пасивну М.), при істеричних розладах (проявляється на тлі перебільшеної яскравості міміки, афективного бажання говорити, але неможливості це зробити, прагнення до письмового спілкування, театрального підкреслення психогенних моментів). За органічних уражень головного мозку, шизофренії, біполярному афективному розладі, акінетичному М. (грец. *a* – не, *kinesis* – рух) – синдром, основною ознакою якого є гальмування всіх рухових функцій, включаючи мовлення, жестикуляцію та міміку. Спонтанна мова і рухи відсутні, а команди виконуються в повільному темпі. При цьому спостерігається ясна свідомість, відсутня сонливість, пацієнти фіксують погляд на предметах, які їм показують. Тривалість становить від кількох днів до кількох місяців, після виписки можлива амнезія. При дитячих психічних розладах виділяють елективну М. (лат. *electivus* – виборчий) – невротичний симптом, що виникає в дитячому віці (частіше у віці до 3 років) або з настанням шкільного віку.

**Мюнхгаузена синдром.** Синдром, описаний англійським хірургом М. Ашером. Характеризується надмірно драматичними і неправдоподібними скаргами на уявні соматичні захворювання органів черевної порожнини, геморагії, непритомність, напади, паралічі, шкірні захворювання. Для м.с. характерними є внутрішня переконаність в істинності своїх вигадок, прагнення привернути до себе увагу, майже насильницький потяг до псевдології та фантазування, відсутність будь-якої користі для хворого демонстрованого ним захворювання. Нерідко при цьому спостерігається тенденція до самоушкоджень з метою інсценування хворобливого стану. Таким хворим часто проводять порожнинні операції. Відмічаються індивідуальні особливості хворих: прагнення подорожувати, схильність до вживання наркотичних засобів і

медикаментів, часте перебування в психіатричних лікарнях і в'язницях. На думку більшості дослідників, цей синдром характерний для істероїдних психопатів.

## ***H***

**Нав'язливі дії.** Прагнення виконувати певні дії або рухи, що важко визначити. Характеризуються різноманітними проявами (бажання часто мити руки, читати всі вивіски на вулиці, вимовляти лайливі слова). Обсесивно-компульсивні розлади часто пов'язані з нав'язливими думками і страхами (обсесивно-компульсивний синдром). У деяких випадках нав'язливі страхи лягають в основу своєрідного компульсивного ритуалу, метою якого є запобігання нещастю і знищення страху (компульсивний ритуал). Пацієнт розуміє марність ритуальних дій і використовує їх для полегшення хворобливого афекту, притаманного фобіям. Ритуали можуть бути відірвані від реального образу страхів і мати символічний характер. Є підстави розглядати їх як своєрідний психологічний захисний механізм.

**Нав'язливі потяги (компульсії).** Бажання виконувати непотрібні, іноді небезпечні дії, що супроводжуються внутрішнім дискомфортом. Як правило, імпульс не реалізується в рухових актах або діях.

**Нав'язливі стани.** Психопатологічне явище, що характеризується тим, що в голові пацієнта постійно виникають певні думки, що супроводжуються відчуттям нав'язливості. Obsесивно-компульсивний розлад характеризується тим, що нав'язливі ідеї виникають спонтанно, навіть всупереч волі пацієнта, в той час як він перебуває в ясній свідомості. Хоча нав'язливі ідеї є чужорідними для психіки пацієнта, він не може їх позбутися. Вони тісно пов'язані з емоційною сферою і супроводжуються депресивними переживаннями і тривогою. Вони не впливають на інтелектуальну діяльність в цілому, залишаються чужими мисленню і не призводять до зниження його рівня, хоча впливають на працездатність хворого і продуктивність розумової діяльності. Під час хвороби зберігається критичне ставлення до нав'язливих ідей. Obsесивно-компульсивні розлади умовно поділяють на нав'язливі в інтелектуально-афективній сфері (фобії) і в руховій сфері (компульсії), але найчастіше в структурі obsесивно-компульсивних розладів поєднуються кілька видів нав'язливостей. Переважно Н.с. спостерігаються при obsесивно-фобічному розладі та психастенії. Останній характеризується нав'язливими патологічними страхами. Зокрема, н.с. спостерігаються в межах неврозоподібних станів у випадку уповільненої шизофренії, ендогенних депресій, епілепсії, наслідків

черепно-мозкової травми, соматичних захворювань, переважно у разі іпохондрично-фобічних або нозофобічних синдромів.

**Нав'язливі страхи (фобії)** (грец. phobos – страх). Різновид нав'язливості, що проявляється у вигляді інтенсивних і непереборних страхів. У структурі obsesій домінує страх. Obsesії супроводжуються вираженими вегетативними симптомами (блідість обличчя, тремтіння тіла і кінцівок, пітливість, прискорене серцебиття). Джерелом Н.с. може бути будь-яке явище повсякденного життя, навіть те, про яке хворий знає лише за чутками. Найчастіше спостерігається при obsesивно-фобічних розладах і неврозоподібних станах, наприклад, при шизофренії. Виникнення маячних ідей та їх фіксація зумовлені невірою. Розрізняють елементарні НС, які обмежуються однією конкретною подією або явищем, і складні, наприклад, панфобія. Структура НС надзвичайно різноманітна. Виділяють 4 групи НС:

1) НС, пов'язані зі специфічними ситуаціями та спілкуванням (акрофобія, агорафобія, антропофобія та ін.)

2) несоціальні розлади, пов'язані з небезпекою навколишнього середовища (ейхмофобія, нозофобія, зоофобія);

3) некогнітивні розлади, пов'язані з порушенням роботи внутрішнього органу або системи (еритрофобія, дефекаційна фобія)

4) н.п. насильства над собою або іншими (суїцидофобія, гоміцидофобія).

*За змістом фобії поділяють на такі чотири категорії:*

1) нозофобії – нав'язливий страх захворювання з тяжкими наслідками. У клінічній практиці найчастіше зустрічаються такі види нозофобій:

- кардіофобія – страх хвороби серця;
- ангінофобія – страх нападів стенокардії;
- канцерофобія – страх утворення злоякісної пухлини;
- алієнофобія – страх збожеволіти;
- лісофобія – страх захворіти на сказ;
- мізофобія – страх забруднитися і, як наслідок, отримати інфекційне захворювання;

- гельмінтофобія – страх глистового захворювання;

- сифілофобія – страх захворіти на венеричну хворобу;

2) страх простору, а також процесів і явищ, які в ньому відбуваються.

Найбільш розповсюдженими фобіями в цій підгрупі є такі:

- агорафобія – страх відкритого простору;

- клаустрофобія – страх закритого простору;

- гіпсофобія – страх підйому та перебування на висоті;

- акрофобія – страх висоти, перебування на балконі, даху тощо, який супроводжується запамороченням;

- пірофобія – страх полум'я, загорання;

- базофобія – страх ходити;

3) соціофобії – страхи, джерелом яких є різні аспекти особистісних відносин.

До цієї підгрупи належать:

- лалофобія – страх виступати перед аудиторією;

- антропофобія – страх спілкування з людьми, особливо сторонніми;

- монофобія – страх залишитися наодинці;

- урофобія – страх позиву до сечовипускання в умовах, які перешкоджають його реалізації;

- автоматізофобія – страх стати джерелом неприємного запаху (із рота, калу, кишкових газів та ін.), що може обтяжити спілкування з іншими людьми;

- гамартофобія – страх зробити негідний вчинок;

- гаптофобія – страх дотику до інших людей;

- гарпаксофобія – страх бути пограбованим;

- геронтофобія – страх постаріти;

- некрофобія – страх трупів;

4) інші нав'язливі страхи. До цієї підгрупи належать:

- фобофобія – страх страху;

- паралінофобія – страх неможливості виконати ритуальну дію, нав'язливий ритуал;

- оксифобія – страх гострих предметів, які можуть бути використані для нанесення тілесних пошкоджень самому собі або оточуючим;

- атаксіофобія – страх порушення координації автоматизованих рухів, які супроводжуються свідомим контролем;

- зоофобія – страх тварин;

- айхмофобія – страх дотику до тіла загостреного предмета або пальця;

- арахнофобія – страх павуків;

- гематофобія – страх крові;

- тафофобія – страх бути похованим живцем.

**Нав'язливі уявлення.** Непереборні, яскраві образи, спогади, які займають пацієнта настільки, що сприймаються як реальні. Незважаючи на знання про хворобливе походження NDE, пацієнти часто повертаються до них. Переживання передсмертних станів характеризуються своєю стійкістю, що часто пов'язано з психотравмуючими факторами.

**Надцінні ідеї.** Переконавання та висновки, які тісно пов'язані з

характеристиками людини, що впливають з реальних життєвих обставин, є психологічно зрозумілими, але посіли у свідомості людини місце, яке не відповідає їхньому дійсному значенню. Умовно Н.і. поділяються на такі групи:

1. завищені уявлення, пов'язані з переоцінкою біологічних особливостей власної особистості:

– дисморфофобічні надцінні ідеї – переконання пацієнта в тому, що його косметичний або фізіологічний дефект настільки виражений, що створює відчуття потворності;

– іпохондричні надцінні ідеї характеризуються перебільшенням тяжкості соматичного захворювання;

– переоцінені ідеї сексуальної неповноцінності характеризуються вірою в серйозні медичні та соціальні наслідки незначних тимчасових або епізодичних сексуальних невдач;

– Завищені уявлення про самовдосконалення визначаються перебільшенням впливу загальновідомих і суперечливих поглядів на значення фізичних вправ і психологічних тренінгів для здоров'я, розвитку особистості, гармонійності, світогляду і ставлення до життя.

2. переоцінені ідеї, пов'язані з переоцінкою психологічних особливостей своєї особистості або творчих здібностей:

– Переоцінені винахідницькі ідеї характеризуються переоцінкою важливості зроблених пацієнтом винаходів, раціональних пропозицій тощо;

– Переоцінені реформаторські ідеї ґрунтуються на упередженому перегляді сучасних наукових, соціальних, економічних, культурних та інших концепцій і систем, що супроводжується патологічним переконанням у необхідності їх докорінної зміни;

– Віра в надприродну обдарованість характеризується переконанням пацієнта в тому, що він є винятково обдарованою людиною.

3. переконання переоцінки, які йдуть пліч-о-пліч з переоцінкою соціальних факторів:

– Переоцінюючі ідеї провини виражаються в переоцінці соціальної значущості реальних дій пацієнта;

– Еротично переоцінені ідеї виражаються в тому, що звичайні знаки уваги і флірт з боку осіб протилежної статі сприймаються пацієнтом як ознаки пристрасного кохання і викликають відповідні поведінкові реакції.

**Напруженість психічна.** Психічний стан, викликаний очікуванням несприятливого для людини розвитку подій. Цей процес супроводжується відчуттям загального занепокоєння, тривоги, іноді страху, але завжди вимагає готовності впоратися з ситуацією і діяти

певним чином. Виразність психічного напруження залежить від сили мотивації, важливості ситуації для людини, досвіду в подібних переживаннях і ригідності психічних функціональних структур, задіяних у діяльності. Залежно від типу впливу на працездатність розрізняють два види психологічного стресу: операційний та емоційний.

**Наркоманія** (наркотик + грец. mania – пристрасть, бажання, божевілля). Загальна назва захворювань, що характеризуються непереборним потягом до вживання наркотиків, при цьому доза постійно збільшується, що призводить до психологічної та фізичної залежності. Припинення вживання наркотиків призводить до абстинентного синдрому, що є об'єктивною ознакою Н. Перебіг більш катастрофічний, ніж при алкоголізмі. Явища особистісної деградації з'являються і прогресують набагато швидше, як і погіршення стану внутрішніх органів. Види наркоманії розрізняються залежно від основного наркотику, що вживається.

**Нарцисизм** (грец. narcissos – у давньогрецькій міфології юнак, який закохується у власне відображення у воді). Форма сексуального збочення, при якій людина розглядає власне тіло як об'єкт еротичного інтересу. Сексуальне задоволення отримується від споглядання власного оголеного тіла, особливо статевих органів, іноді супроводжується мастурбацією.

**Неврастенія.** Різновид невротичного розладу, що характеризується переважанням астенії. Виникає у зв'язку з тривалою психогенією або тривалим недосипанням, психічним або фізичним виснаженням, психотравматичним стресом, ситуаціями, що загрожують життю. Н. характеризується дратівливою слабкістю, підвищеною збудливістю і легкою стомлюваністю. Виникає швидко і супроводжується нестійкими емоційними реакціями, агрифією і часто гіпотимією.

**Неврозоподібні стани** (грец. neuron – нерв, -osis – суфікс хвороби). Психопатологічні стани, які за своїми клінічними проявами нагадують невротичні розлади, але симптоми яких зумовлені не психогенністю, а ендогенними або соматогенними чинниками. При цьому психогенна травма також може відігравати патогенетичну роль у розвитку НС, але не є найважливішим етіологічним фактором. Особливість НС полягає у відсутності невротичного конфлікту, що лежить в основі захворювання, і виявленні типових ознак основного захворювання, які часто маскуються неврозоподібною симптоматикою, наприклад, характерними для шизофренії змінами мислення та афективно-особистісної сфери, або симптомами органічної церебральної патології. Вони можуть спостерігатися при шизофренії, біполярному афективному розладі,

епілепсії, після черепно-мозкових травм, у постенцефалічних станах і при соматичних захворюваннях.

**Невротичні розлади** (грец. neuron – нерв, -osis – суфікс хвороби). Психогенні (зазвичай конфліктні) нервово-психічні розлади, розлади особистості, що виникають у результаті погіршення особливо важливих для людини відносин і проявляються специфічними клінічними феноменами без наявності психотичних явищ. Для НПР характерні оборотністю патологічних розладів, незалежно від їх тривалості; психогенним характером захворювання, що визначається наявністю зв'язку між клінічною картиною НПР, особливостями системи взаємин, притаманних особистості пацієнта, та патогенною конфліктною ситуацією; специфічністю клінічних проявів, яка полягає в переважанні емоційно-афективних та сомато-вегетативних розладів. Діагностичними критеріями є наступні: 1) Наявність психотравмуючої ситуації (психогенність визначається індивідуально).

**Негативізм** (лат. negativus – негативний). Негативне ставлення до зовнішніх чинників, відраза до зовнішніх вражень і опір зовнішнім подразникам.

**Нейробіологія.** Наука, що вивчає нервову систему, особливо мозок, на різних рівнях – від молекулярного до поведінкового.

**Нейролінгвістика.** Галузь науки, пов'язана з психологією, неврологією та лінгвістикою, що вивчає механізми мовної діяльності в мозку та зміни мовних процесів внаслідок локального пошкодження мозку.

**Нейромедіатори.** Спеціальні речовини, що вивільнюються з пресинаптичних терміналів. Існують десятки непептидних нейромедіаторів і сотні пептидних нейромедіаторів, які передають електричні сигнали від нейрона до нейрона.

**Нейрон.** Нервова клітина та її відростки (дендрити і аксон із синапсами), основна структурна одиниця нервової системи. Тіло нейрона складається з цитоплазми і ядра з одним або кількома ядрами. Цитоплазма нейрона містить хроматофільну речовину, нейрофібрили, ретикулум Гольджі, мітохондрії та інші органели. Основними функціями нейрона є сприйняття та обробка інформації і передача її іншим клітинам у вигляді електричних сигналів (нервових імпульсів). Крім того, нейрон бере участь у метаболізмі аксона і дендритів.

**Нейропатія** (грец. neuron – нерв, pathos – страждання, хвороба). Конституційна дитяча нервовість, що супроводжується такими симптомами: підвищена збудливість; легка стомлюваність; порушення сну, сноходіння і засинання; порушення апетиту, діяльності шлунково-



кишкового тракту; схильність до тиків; заїкання тощо. Наявність Н. свідчить про схильність до невротичних розладів і патологічного розвитку особистості. Основну роль у розвитку Н. відіграє внутрішньоутробна патологія плода (травми, інфекції, інтоксикації).

**Нейропсихологія.** Галузь науки, що лежить на стику психології, неврології, нейрохірургії та фізіології; досліджує механізми психічних функцій мозку на основі локальних ушкоджень мозку. Розрізняють такі напрямки нейропсихології: клінічна, реабілітаційна, експериментальна, психофізіологічна та дитяча нейропсихологія.

**Невротизм.** Стан, що характеризується емоційною нестабільністю, тривожністю, заниженою самооцінкою та різними вегетативними розладами. Невротизм не є неврозом і зустрічається у здорових людей. Його визначають за допомогою спеціальних опитувальників.

**Неологізм** (нео + грец. *logos* – мова, вчення). Новоутворене слово. Симптом мовленнєвої патології, характерний для шизофренії, що розглядається в контексті аутистичного мислення. Утворення нових слів має широкий діапазон – від окремих слів до створення нової мови.

**Непритомність.** Раптова короткочасна (часто 1-5 хвилин, іноді 30 хвилин і більше) глибока втрата свідомості. Супроводжується різкою блідістю, нерухомістю тіла, холодним потом, помітним ослабленням дихання і серцево-судинної діяльності. Є вираженням гострої гіпоксії головного мозку і падіння вегетативно-судинного тону. Безпосередньою причиною непритомності може бути тривога, сильний біль, тепловий удар або гіпервентиляція. Часто спостерігається при серцево-судинних патологіях. За умови наявності істерії має цілеспрямований характер, втрата свідомості неповна, сомато-вегетативні прояви менш виражені.

**Непсихотичний рівень реакції.** Симптоми і синдроми, що супроводжуються критикою і адекватною оцінкою дійсності, коли хворий не змішує власні хворобливі суб'єктивні відчуття і фантазії з об'єктивною реальністю, а його поведінка відповідає соціальним нормам.

**Нервовий процес: індукція.** Виникнення нервового процесу зі зворотним знаком: слідом за вже існуючим процесом – послідовна індукція; поза ним – симультанна індукція. Індукція називається позитивною, якщо первинним процесом є гальмування (що призводить до збудження), і негативною, якщо порядок зворотний.

**Нервовий процес: рівновага.** Властивість нервової системи, на яку впливає баланс між процесами гальмування і збудження.

**Нестриманість.** Симптом істеричних розладів, що проявляється у

відповідях, які не мають смислового зв'язку із запитаннями, хоча вони доступні розумінню хворого. При цьому відповідь пацієнта завжди знаходиться на смисловому рівні питання. Це є частиною структури синдрому Ганзера, псевдодеменції.

**Нетримання афекту.** Виражений ступінь афективної нестійкості, коли незначні обставини провокують бурхливі і непереборні афективні реакції (плач, гнів і т.д.). Особливо характерний для важких органічних патологій головного мозку (атеросклероз судин головного мозку, наслідки летаргічного енцефаліту та ін.) Іноді достатньо згадати щось важливе, щоб змусити хворого розплакатися. Менший ступінь вираженості Н.а. спостерігається при глибокій астенії, особливо після соматогенних психозів.

**Неуважність.** Синдром дефіциту уваги. Порушення здатності зосереджувати увагу на обраному об'єкті протягом тривалого часу, внаслідок чого порушується концентрація уваги, її стійкість і перерозподіл. Н. спостерігається при перевтомі та невротичних станах.

**Нозофобія** (нозо + грец. Phobos – страх). Нав'язливий страх, боязнь захворіти на яку-небудь хворобу (наприклад, канцерофобія, кардіофобія, сифілофобія та ін.).

## О

**Обсесія** (лат. obsessio – обкладання, облога, блокада). Див. *нав'язливі ідеї*.

**Обезболення.** Синдром порушеної свідомості, що характеризується помітним підвищенням порогу сприйняття всіх зовнішніх подразників і сповільненим утворенням асоціацій, що ускладнює їх перебіг. Сприйняття бідні, орієнтація в навколишньому середовищі неповна або відсутня. Брадипсихізм. Питання сприймаються з труднощами, відповіді неповні і неточні. Після виписки з лікарні – амнезія. В результаті несприятливого перебігу – перехід в стан сопопу і коми.

**Олігофазія** (оліго + грец. phasis – мова). Найважливіший і найхарактерніший симптом мовленнєвих розладів у епілептиків. Виявляється в труднощах під час називання предметів, що показують хворому. Гостра О. після нападу є амнестико-афатичним комплексом, тоді як перманентна або генералізована О. є прогресуючою. Вона виявляється в міжприступних станах і характеризується прогресуючим збідненням словникового запасу у процесі/протягом прогресування захворювання. Останнє залежить від тяжкості та типу епілептичної деменції і є специфічною особливістю епілепсії.

**Олігофренія** (від грец. otigos – малий, незначний, phren – розум). Група некласифікованих патологічних станів, що відрізняються за етіологією, патогенезом і клінікою, але об'єднані спільною ознакою – наявністю вродженої або набутої в ранньому дитинстві (до 3 років) загальної розумової відсталості, що супроводжується переважною недостатністю інтелектуальних здібностей. О. – це не хвороба, а дизонтогенія. Вона характеризується відсутністю прогресування, що в основному виражається в тому, що деменція олігофренів, як правило, не прогресує. Навпаки, в більшості випадків, за винятком найважчих форм, у період деменції можливий певний інтелектуальний розвиток. У цьому полягає принципова відмінність О. від деменції. Існує багато класифікацій хвороби Альцгеймера, в нашій країні прийнята класифікація Г.Є. Сухарєвої:

1) ендогенний (внаслідок пошкодження генеративних клітин батьків) – синдром Дауна, ферментативна, дизостотична, ксеродермічна форми, істинна мікроцефалія;

2) порушення внутрішньоутробного генезу (ембріо- та фетопатії) – порушення, спричинені інфекціями та інтоксикаціями під час вагітності, гормональні порушення, порушення, спричинені токсоплазмозом, гемолітичні хвороби новонароджених (Rh-конфлікти);

3) інвалідність, спричинена різними шкідливими факторами під час пологів та в ранньому дитинстві – родові травми, асфіксія, постнатальне та раннє дитяче ураження головного мозку, менінгіти, менінгоенцефаліти та енцефаліти. Психічне недорозвинення в період О. є тотальним, охоплюючи всю психіку в цілому. При цьому на перший план виступає відсутність вищих форм пізнавальної діяльності (абстрактного мислення), переважання конкретності мислення.

Залежно від ступеня розумової відсталості розрізняють три рівні дебільності: дебільність, імбецильність та ідіотія.

**Онейроїд** (грец. oneiros – сон, -eides – подібний, схожий). Синдром порушених станів свідомості, що характеризується калейдоскопічними переживаннями, в яких поєднуються реальне, ілюзорне і галюцинаторне. Типові ознаки О.: незвичайні, фантастичні події, що переживаються пацієнтом, зазвичай загрозливого, тривожного характеру. Іноді це образи грандіозних катастроф. Окремі сцени хворобливих переживань не пов'язані між собою, незавершені і викликають у хворого афективне напруження. Хворі переживають почуття жаху, очікування, відчаю, але в деяких випадках може спостерігатися й іронічне ставлення до таких переживань. Сам хворий залишається лише глядачем односторонніх переживань, не бере в них активної участі, як при делірії, а переживає

почуття беззахисної пасивності і одночасно своєї відповідальності за те, що відбувається. У деяких випадках під час О.

**Орієнтація має подвійний характер.** Характеризується одночасною наявністю правильних і неправильних ідей. Спостерігається в структурі деяких маячних синдромів (особливо парафренних) і при деяких формах розладів свідомості (делірій, онейрози).

**Осудність.** Здатність нести відповідальність за вчинені дії. Неосудність визначається висновком судово-психіатричної експертизи, яка використовує медичні та юридичні критерії для свого рішення. Юридичний критерій неосудності характеризує тяжкість (глибину) психічних розладів, що виключають осудність (неосудною є особа, яка не може усвідомлювати свої дії або керувати ними під час вчинення суспільно небезпечного діяння). Медичний критерій складається з узагальненого переліку психічних розладів, що виключають неосудність. До медичного критерію належать хронічні психічні захворювання, тимчасові розлади психічної діяльності, недоумство та інші хворобливі стани, які не є психічними захворюваннями в строгому розумінні, але характеризуються певними розладами психічної діяльності (психопатія, психічний інфантилізм, деякі випадки глухоти і німоти). При цьому діагноз хворобливого стану не є абсолютним фактором, оскільки враховується перебіг хвороби, наявність ремісій, її якість тощо. У деяких державах існує поняття обмеженої осудності, яке встановлюється у зв'язку з наявністю у постраждалих психічних розладів, що обмежують їх здатність керувати своїми діями та вчинками і усвідомлювати скоєне.

## П

**Паліативний.** Той, що послаблює прояви хвороби, але не усуває її причини.

**Паліалія.** Ехолалія, спочатку імітована, потім справжня. Вогнищева симптоматика залежить від локалізації процесу (лобова чи скронева частка). На початковій стадії спостерігається фізичний і психічний маразм, тотальна деменція. Патолого-анатомічна атрофія речовини головного мозку, особливо лобових часток, внутрішня гідроцефалія.

**Палімпсест алкогольний** (грец. palimpsestos – знову зішкрябаний). Симптом, що характеризується нездатністю хворого відтворити окремі деталі, епізоди, подробиці, пов'язані з періодом алкогольного сп'яніння. Виникнення П.а. є ознакою систематичного зловживання алкоголем, що передуює виникненню амнестичних форм алкогольного сп'яніння. П.

проявляється на початковій стадії алкоголізму, тоді як амнезія виникає на тлі вже наявного синдрому фізичної залежності.

**Панагнозія.** Повна втрата набутих знань і навичок.

**Панічний розлад.** Форма розладу адаптації, що характеризується періодичними нападами сильної тривоги та паніки. Причини нападів не обмежуються конкретною ситуацією або обставинами і можуть виникати несподівано навіть для самої людини.

**Парабулія** (грец. para – біля, близько, відхилення від чогось, bule – воля). Збочення вольової діяльності, що супроводжується відповідними ознаками – негативізмом, імпульсивністю, зарозумілістю тощо.

**Параліч** – відсутність активних рухів через м'язову слабкість.

**Парамнезія** (пара + грец. mnesis – пам'ять). Різновид розладу пам'яті, спотворення пам'яті. Розрізняють такі види П.: прості П., які включають конфабуляції, псевдоспогади, фантазми і спостерігаються у хворих на прогресивний параліч; асоційовані П., які пов'язані з маячними і галюцинаторними переживаннями і спостерігаються у хворих на шизофренію та в осіб, які перенесли алкогольний психоз; ідентифікуючі П., які включають подвійні відчуття (феномени «вже баченого», «вже пережитого»).

**Параноя** (para + грец. roia – сприймати, мислити, -eides – як). Психопатологічний синдром, що характеризується наявністю первинного або марення, що часто супроводжується слуховими галюцинаціями, псевдогалюцинаціями та психічними автоматизмами.

**Параноя.** Психічний розлад, що характеризується надмірною самовпевненістю, недовірою, надприродними віруваннями та маренням, особливо схильністю до інтерпретаційного марення.

**Парафазія** (пара + грец. phasis – мова). Спотворення окремих елементів мовлення – заміна слів в усному мовленні іншими, схожими за звучанням словами (вербальна парафазія) і пропуск, заміна або перестановка окремих звуків у словах (літеральна парафазія). Окремі епізодичні П. спостерігаються поза зоною афазії при дифузному органічному ураженні головного мозку, наприклад, при неінсультоподібному перебігу церебрального атеросклерозу. Найчастіше спостерігаються в контексті афазійних синдромів. При моторній афазії спостерігається порушення структури слова, при сенсорній афазії в більш легких, транскортикальних формах виникає вербальна П., а при значній тяжкості ураження – літеральна П. – заміна звуків при збереженні написання слова.

**Пароксизм.** Хворобливий процес, що виникає раптово і в деяких випадках набуває форми нападу. До пароксизмів також відносять гостру

форму переживання будь-якої емоції: гніву, відчаю, жаху тощо.

**Патогенез** (грец. pathos – хвороба, genesis – походження, розвиток).

1) Вивчення загальних принципів, закономірностей розвитку, перебігу і результату хвороби та її наслідків (вивчення патогенетичних механізмів, притаманних хворобі). 2) Механізм розвитку певної хвороби, хворобливого процесу, стану, пошук закономірностей цього процесу.

**Патопсихологія.** Розділ медичної психології, що аналізує закономірності розвитку хвороби.

**Переривання думок.** Розлад, що супроводжується чітким суб'єктивним переживанням раптового зникнення потрібної думки. Важко відрізнити переривання думок від спалахів думок. Спостерігається при депресивних та астенічних станах.

**Пресеніл.** Передстаречий. Який передує старості. Термін використовується для визначення низки психічних захворювань, характерних для людей похилого віку: п. депресія, п. психоз, п. деменція.

**Пресомноленція** (пре + лат. somnolentus – сонний). Синдром затьмарення свідомості, поєднання амнестичних порушень і наркозу. Вважається легкою формою органічного психосиндрому. Характеризується дезорієнтацією, труднощами розуміння та розладами пам'яті. Початок гострий. Спостерігається при наявності пухлин головного мозку.

**Принцип рефлекторної дуги.** В основі лежить принцип рефлекторного ланцюга: зовнішній подразник діє на рецептори, імпульс передається по провідниках до сенсорного центру, а звідти – до рухового центру, звідки по провідниках команди надходять до м'язів.

**Прогресування** (лат. progredior – йти вперед). Характерна риса психічних захворювань, що мають процесуальний характер, як ендогенних (шизофренія), так і низки органічних хвороб (епілепсія, старече слабоумство, хвороби Піка та Альцгеймера тощо). Перебіг П. може бути рівномірним і безперервним, але зустрічається і прогресуючий перебіг з перервами і ремісіями. Прикладом безперервного прогресивного перебігу є відповідна форма шизофренії – атрофічний психоз. Прогресивний перебіг також спостерігається при пароксизмальній, рекурентній шизофренії та церебральному атеросклерозі.

**Продромальний період.** Стадія захворювання, що передує основним клінічним проявам, наприклад, астенія на початку прогресивного паралічу.

**Профілактика** (грец. prophylaktikos – запобіжний). Комплекс заходів, спрямованих на попередження захворювання або його рецидиву.

Завдання: 1) Попередження впливу патогенних причин; 2) Попередження захворювання шляхом ранньої діагностики та лікування; 3) Лікування та заходи щодо запобігання рецидивам захворювання і переходу його в хронічні форми.

**Псевдогалюцинації** (від грец. pseudo – несправжній + лат. hallucinatio – омана). Розлади сприйняття, схожі на галюцинаторні спогади, але позбавлені «відчуття об'єктивності та реальності». Вони не ототожнюються з реальними образами і не проєктуються назовні. Сприйняття зберігають чуттєвий характер. Розрізняють такі види сприйняття: зорові, слухові, нюхові, рухові, кінестетичні, пропріоцептивні, лінгвістичні та моторні. Пацієнти «чують» голоси в голові, сприймають звучання думок, бачать «внутрішнім оком», говорять про запахи, які нібито виходять з голови, крові, очей тощо. П. є частиною синдрому Кандинського-Клерамбо (синдром психічного автоматизму).

**Псевдогалюциноз** (псевдо – несправжній + лат. hallucinatio – марення, бачення, -osis – суфікс хвороби, хворобливого стану). Синдром розладів сприйняття, що характеризується інтрапроекцією і має екзогенний характер. На відміну від псевдогалюцинацій Кандинського, які виникають в голові (у вигляді голосів) або в екстрапроекції і сприймаються мозком, а не очима, зорові образи П. виникають на ґрунті зміненої свідомості, вночі або ввечері, в стані втоми, сонливості, вони не супроводжуються порушеннями мислення (до і від галюцинації), відчуттям відчуженості або пізнання. Відновлення свідомості характеризується відновленням повноцінної критики події. У разі хронічного перебігу, наприклад, хронічної алкогольної інтоксикації, здатність до критики може бути ослабленою. Відрізняється від істинного галюцинозу тим, що характеризується проєкцією галюцинаторних образів.

**Псевдодеменція** (pseudo – неправдивий + лат. de – припинення, заперечення чогось, mens, mentis – почуття, розум). Різновид істеричної реакції, що зазвичай протікає підгостро і характеризується симптомами неадекватних реакцій і дій, клінічною картиною уявного зниження психічної активності. Хворі бездумно дивляться перед собою, не можуть відповісти на просте запитання і тут же несподівано правильно виконують складніше завдання. Від синдрому Ганзера відрізняється меншою глибиною затьмарення свідомості, хоча питання про те, чи є п. самостійним синдромом або ж складовою частиною синдрому Ганзера, на сьогодні залишається дискусійним.

**Психастенія.** Форма психопатії, основними характеристиками якої, за П.Б. Ганнушкіним, є «крайня нерішучість, сором'язливість і постійна

схильність до сумнівів». Характер психастеніка визначається тривожною недовірливістю і невпевненістю в собі, однак у психастеніків часто є компенсаторні риси особистості у вигляді епілептоїдних компонентів (загальмованість, ригідність, застиглість емоцій і психічної діяльності, педантичність). На думку К. Леонгарда, така «надмірна точність» при психастенічній акцентуації особистості та психопатії, замість того, щоб компенсувати особистісну дезадаптацію, призводить до посилення вираженості аномальних рис і невротичних зривів. Особливо легко розвиваються і мають затяжний перебіг obsесивно-компульсивні розлади.

**Психіка.** Системна властивість високоорганізованої матерії (живих істот), що полягає в активному відображенні суб'єктом об'єктивного світу, формуванні не відчуженого від нього образу цього світу і саморегуляції на цій основі своєї поведінки та діяльності.

**Психогенез** (психо + грец. geneasis – походження). Синонім: психологічна травма. 1. психогенні захворювання, спричинені психологічною травмою – невротичні розлади та реактивні психози. 2. психогенні нашарування в клінічній картині психозів ендogenous та екзогенно-органічного походження.

**Психогенний** (психо + грец. genesa – породжувати, викликати). Викликається психогенезом, психологічною травмою.

*Психогенний розвиток особистості.* Тип патологічного розвитку особистості (що супроводжується патохарактерологічним розвитком), який призводить до формування периферичних психопатій. Включає невротичний і постактивний розвиток особистості.

**Психічна гігієна.** Наука про забезпечення, збереження і турботу про психічне здоров'я, система заходів, що застосовуються з цією метою. Психічна гігієна безпосередньо пов'язана з психопрофілактикою, попередженням виникнення і розвитку психічних захворювань. Підгалузі П. розрізняються як за спрямованістю заходів щодо найважливіших вікових груп (напр., П. дитинства, підліткового віку, людей похилого віку), так і за видом діяльності людини (П. праці, П. навчання тощо).

**Психоз.** Форма психічного розладу, за якої психічна діяльність хворого не відповідає навколишній дійсності, образ реального світу сильно спотворений, що виявляється в порушеннях поведінки і прояві патологічних симптомів і синдромів, що не відповідають нормі (розлади сприйняття, пам'яті, мислення, афективної сфери та ін.).

**Психоз алкогольний.** Розвивається на II-III стадіях алкоголізму. Найпоширеніші форми – біла гарячка у алкоголіків (алкогольний



делірій), алкогольний галюциноз (гострий і значно рідше хронічний), алкогольне марення (гострий, абортивний, стійкий параноїд, алкогольне марення ревнощів, які мають хронічний перебіг).

**Індукований психоз.** Психоз, який розвивається під впливом психічного захворювання іншої людини. Характеризується індукованим маренням, яке виникає під час переробки марення психічно хворої людини, з яким зіткнувся індукований.

**Психоз післяпологовий.** П., що розвивається протягом шести тижнів після пологів і має характер гострого галюцинозу. Окрім галюцинаторних та ілюзорних переживань, клінічна картина П.п. включає психомоторне збудження, страх, тривогу, маячні інтерпретації та порушення потягу і настрою. Більшість психіатрів розглядають такі психози як гострі синдроми екзогенних реакцій, які не можуть повторитися після наступних пологів. Л. Іванова виділила нозологічно самостійну групу післяпологових психозів, які відрізняються від шизофренії, циркулярних психозів і соматогенних психозів, що спостерігаються в післяпологовому періоді. Пояснюючи їх виникнення, Л. Іванова робила особливий акцент на змінах внутрішньої секреції, що відбуваються у зв'язку з пологами, обміну речовин та інтероцепції. Фактором, що сприяє виникненню цих психозів, вважала молодий вік пацієнток.

**Психоз реактивний.** Психоз, виникнення якого переважно пов'язане з гострою психогенністю або, значно рідше, з тривалою психологічною травмою. На відміну від невротичних розладів, перебіг супроводжується продуктивною психотичною симптоматикою. Розрізняють гострі шоківі стани (гіпо- та гіперкінетичні форми), підгострі (психогенна депресія, параноя та галюцинації) та істеричні психотичні реакції.

До різних форм психотичних реакцій на гострий стрес належать синдром Ганзера та пуерильний синдром. У першому випадку травматична подія супроводжується складним психічним розладом, що характеризується псевдодеменцією, нездатністю відповідати на прості запитання, мимовільними реакціями і поведінкою, типовою для людини з важкими психічними розладами. У другому випадку хвора людина поводить себе по-дитячому. Мова стає шепелявою, використовуються дитячі неологізми, слова спотворюються, речення будуються неправильно, використовуються дитячі інтереси у виборі ігор та іграшок.

Клінічна психологія (грец. kline – ліжка, лікарняне ліжка). Широко вживаний у західній психології термін, що в одному зі своїх значень близький до терміну медична психологія; галузь прикладної психології,

що займається діагностикою відхилень в інтелектуальному та особистісному розвитку, корекцією дезадаптивної та девіантної поведінки, психотерапією та соціальною реабілітацією пацієнтів з психопатичними та пограничними розладами.

**Психологія медична.** Галузь психологічної науки, що займається реалізацією теоретичних і практичних завдань, пов'язаних з психопрофілактикою захворювань, діагностикою хвороб і патологічних станів, психокорекційними формами впливу на процес одужання, вирішенням різних професійних питань і соціальною та професійною реабілітацією пацієнтів. П.п. вивчає вплив психологічних чинників на виникнення і перебіг хвороби та процес одужання. Сучасна МП поділяється на дві основні гілки. Одна стосується застосування психології в клініці нервово-психічних розладів, де основною проблемою є вивчення впливу на психіку пацієнта змін структур і функцій мозку, викликаних набутою патологією або внаслідок вроджених, іноді генетичних, аномалій. Інша галузь П.п. пов'язана з її застосуванням у клініці соматичних захворювань, де основною проблемою є вплив психічних станів (чинників) на соматичні процеси.

**Психопатія.** Аномалія особистості, що характеризується дисгармонією психічної структури. Основними критеріями її розпізнавання є

- 1) вираженість патологічних рис особистості аж до розладу адаптації;
- 2) сукупність психопатичних характеристик, що визначають психічну структуру особистості;
- 3) відносна стійкість психопатичних рис, їх низька зворотність.

**Психопатія гіпертимна.** Форма афективної психопатії. Характерними рисами Г.п. є:

Підвищений настрій, прагнення до діяльності, висока активність, впевненість у собі, висока самооцінка, гедоністичні тенденції, надмірний оптимізм.

**Психопатія епілептоїдна.** Характеризується сильною емоційною збудливістю, нападами гніву, люті, які виникають з незначних причин і часто супроводжуються звуженням свідомості та сильним руховим збудженням. Ця симптоматика характерна для вибухового полюса П.Е. Інший, захисний полюс характеризується стійкістю афекту, ригідним, повільним мисленням і схильністю до деталізації.

**Психопатія істерична.** Характеризується демонстративною, експресивною, театральною поведінкою, прагненням привернути до себе увагу оточуючих, бажанням постійно хизуватися, схильністю до

перебільшення і позування. Високий ступінь сугестивності та пригніченості.

**Психопатія нестійка.** Характеризується психологічною нестабільністю через поведінкові труднощі, які залежать від особливостей мікросередовища. Прояви нестійкості (підвищена прив'язаність, готовність приймати зовнішні впливи) особливо помітні в несприятливому середовищі. Часто спостерігаються афективні спалахи та протестні реакції.

**Психопатія параноїдна.** Характеризується недовірливістю, замкнутістю, підозрлістю, емоційною ригідністю, звуженням інтересів, відсутністю критики і наполегливістю. Спостерігається схильність до роздумів, а помилки в мисленні виражаються у вигляді односторонніх і паралельних висновків. У несприятливій ситуації виникають легко контрольовані ідеї, які призводять до параноїдального розвитку. До цього призводять такі фактори: егоцентризм, схильність протиставляти себе іншим, відчуття внутрішньої незадоволеності та нетерпимість до будь-яких ознак несправедливості.

**Психопатія – психастенічна.** Характеризується невпевненістю в собі, труднощами у прийнятті рішень і нав'язливими сумнівами в правильності прийнятого рішення.

**Психопатія циклоїдна.** Психопатичні циклоїдні особистості характеризуються синхронністю, товариськістю, дружелюбністю, добродушністю і невблаганністю. Вони реалістично орієнтовані і не схильні до фантазування. Їх основними характеристиками є автохтонні перепади настрою, такі як гіпоманіакальні та субдепресивні фази. Існує думка, що ототожнювати п.п. з циклотимією не виправдано – фазові коливання при першій не завжди досягають патологічного рівня, а ендогенні депресії та афективні психози у циклоїдних психопатів зустрічаються не частіше, ніж у шизоїдів і психастеніків.

**Психопатія шизоїдна.** Вона має різноманітні особистісні прояви, всі вони пов'язані з аутизмом. Перші прояви виникають у віці 3-4 років. Основними симптомами є відстороненість від зовнішнього світу, нетовариськість, дисгармонійність, парадоксальність зовнішнього вигляду і поведінки, емоційних проявів, оригінальність, неординарність захоплень. Наявність шизоїдного гіперестетичного компонента визначає значний спектр аномальних проявів особистості. Крайніми проявами є сенситивний та експансивний варіанти. Сенситивні шизоїди відрізняються підвищеною чутливістю, довго переживають образи або грубість, тонко і глибоко відчувають, схильні до витонченого самоспостереження аж до самокатування, мрійливі, злегка астеничні і в

той же час патологічно самозакохані. Схильні до шизоїдних реакцій у відповідь на психогенну травматичну ситуацію – депресії, млявості, підвищеного дистанціювання від оточуючих, недовірливості, втрати апетиту, поганого сну і, можливо, світоглядних ідей. Шизоїдні реакції зникають, коли несприятлива ситуація минає. Експансивні шизоїди рішучі, не схильні до сумнівів, байдужі до інших і їхнього смутку. Вони схильні реагувати вибухово і в той же час легко вразливі, невпевнені в собі і незадоволені своєю долею. Їм також властиві параноїдальні реакції.

**Психопрофілактика.** Напрямок загальної профілактики, що включає в себе заходи з попередження психічних захворювань.

*Первинна профілактика* включає систему заходів, спрямованих на вивчення впливу психічних явищ на людей і особливостей їхньої психіки, а також з'ясування способів запобігання психогенним і психосоматичним захворюванням;

*Вторинна профілактика* – заходи, спрямовані на попередження небезпечного для життя психічного чи іншого захворювання, що вже почалося, або його несприятливого перебігу; включає ранню діагностику, прогнозування та профілактику небезпечних для життя станів, ранній початок лікування та застосування відповідних корекційних методів для досягнення якомога повнішої ремісії, а також тривалу підтримуючу терапію для запобігання рецидиву хвороби.

*Третинна профілактика* спрямована на запобігання інвалідизації при хронічних захворюваннях.

**Психосиндром ендокринний.** Ряд психопатологічних змін, викликаних патологією ендокринних залоз. П.п. в першу чергу характеризується афективними та особистісними змінами – розладами у сфері інстинктів, потягів та настрою. Особистісні зміни не настільки виражені, як при справжньому психічному захворюванні. О.п.с. відповідає версії Е. Блейлера про органічний психосиндром, який спостерігається при захворюваннях зі специфічною локалізацією органічного процесу в головному мозку, наприклад, при летаргічному енцефаліті.

**Психосоматика.** Розділ клінічної психології, що вивчає вплив психологічних факторів на виникнення різних соматичних захворювань. Психосоматична медицина розрізняє три групи психосоматичних розладів: конверсійні симптоми, функціональні синдроми (органічні невротичні розлади) та психосоматичні захворювання (психосоматози).

**Психосоматичні розлади.** Симптоми та синдроми порушень у соматичній сфері (різних органах і системах), зумовлені індивідуально-психологічними особливостями людини та пов'язані зі стереотипами її

поведінки, реакціями на стрес і способами розв'язання внутрішньоособистісних конфліктів. До групи психосоматозів або P.S.D. відносяться соматичні захворювання, в яких психологічний фактор відіграє важливу, а іноді і домінуючу роль. При психосоматичних захворюваннях психологічним фактором може бути особистісна схильність, яка впливає на вибір конкретних способів вирішення конфліктів і традиційних характерних моделей поведінки у фруструючих ситуаціях. До класичних психосоматозів належать виразкова хвороба дванадцятипалої кишки, неспецифічний виразковий коліт, ішемічна хвороба серця, бронхіальна астма, цукровий діабет, ревматоїдний артрит, гіпертиреоз, есенціальна гіпертензія та нейродерміт. Зростає кількість захворювань, які вважаються психосоматичними (див. Соматоформні розлади).

**Психотерапія** (грец. *psyche* – душа, *therapeia* – лікування). Лікування різних психічних, нервових і соматичних захворювань за допомогою психологічних засобів впливу на почуття і самосприйняття. До компетенції психолога також входить психологічна допомога здоровим людям, які мають психологічні труднощі. Психотерапія умовно поділяється на клінічно орієнтовану та особистісно-орієнтовану психотерапію. Клінічно орієнтована терапія спрямована на полегшення або усунення наявних симптомів, в той час як особистісно-орієнтована терапія спрямована на те, щоб допомогти пацієнту змінити своє ставлення до себе і свого соціального оточення. Найважливішими методами клінічної терапії є гіпноз, аутогенне тренування, навіювання та самонавіювання. Залежно від спрямованості, вона поділяється на індивідуальну та групову терапію.

**Психотропні препарати.** Препарати з різним хімічним складом, що впливають на розумову, емоційну та поведінкову сфери людини. До психотропних препаратів відносяться наступні види: 1) нейролептики, які пригнічують ретикулярну формацію головного мозку і впливають на виникнення і швидкість проведення збудження в різних відділах нервової системи, мають виражену седативну дію, знімають марення галюцинації, тривогу, психомоторне збудження, агресивність, що обумовлює їх широке застосування в психіатрії; 2) транквілізатори, які зменшують збудження підкіркових відділів головного мозку, відповідальних за емоційний стан, тобто емоційну напругу, тривогу і т.п., які мають виражену заспокійливу дію. тобто зменшують емоційну напругу, тривогу тощо, що дозволяє успішно використовувати їх при лікуванні різних неврозів і неврозоподібних синдромів; 3) транквілізатори – препарати валеріани, броміди, барбітурати та ін. – діють на центральну нервову систему. – діють на центральну нервову систему, зменшують процеси

збудження, посилюють дію снодійних та анальгетиків і застосовуються при лікуванні різних невротичних розладів; 4) антидепресанти (трициклічні, інгібітори ферменту моноаміноксидази та ін.) стимулюють адренергічні процеси. ) стимулюють адренергічні процеси в мозку через різні механізми блокування інактивації норадреналіну, впливають на метаболізм серотоніну, застосовуються для лікування депресивних станів, покращують загальний психічний стан; 5) психостимулятори – похідні пурину, сидоніміну та ін. – підвищують процеси збудження в корі головного мозку, впливають на обмін норадреналіну і, відповідно, на швидкість передачі синаптичних імпульсів; прийом психостимуляторів сприяє підвищенню розумової та фізичної працездатності, зменшенню втоми і сонливості, підвищенню пильності; 6) психотоміметики – мескалін, псилоцибін та ін. – викликають різноманітні галюцинації та марення; механізм їхньої дії недостатньо вивчений, і їхнє використання обмежується експериментальними цілями.

**Психотропні речовини.** Хімічні сполуки та природні речовини, що вибірково впливають на нормальну та порушену адиктивну активність.

**Психофармакологія.** Розділ психології, що вивчає вплив фармакологічних препаратів на психіку людини.

**Психофізіологія.** Міждисциплінарна галузь досліджень на стику психології та нейрофізіології, що вивчає психічні процеси і стани одночасно з їх нейрофізіологічним субстратом (досліджує взаємозв'язок між мозком і психікою).

## ***P***

**Раптус.** Напади гострого, шаленого збудження, викликані дуже сильними емоціями (туга, страх).

**Реабілітація** (лат. re – знову, префікс, що означає повторення чогось, habilis – зручний, пристосований). Комплексне, цілеспрямоване застосування медичних, соціальних, освітніх і трудових заходів для пристосування пацієнта до діяльності на якомога вищому рівні (визначення Всесвітньої організації охорони здоров'я).

**Реадаптація** (лат. re – знову, префікс повторення чогось + лат. adaptatio – пристосування). Комплекс заходів, спрямованих на пристосування пацієнта до навколишнього середовища. За М.М. Кабановим, Р. – це етап реабілітації, на якому переважають психосоціальні методи впливу, стимулювання соціальної активності хворих (трудова терапія, професійна підготовка або перепідготовка, спеціальна психотерапевтично орієнтована педагогічна робота з хворими

та їхніми родичами).

**Реакція.** Будь-яка відповідь організму на зміни зовнішнього і внутрішнього середовища – від фізичних і біохімічних змін в окремій клітині до умовного рефлексу.

**Реверберація.** Повторна передача нервових імпульсів тим самим шляхом через ті самі синапси.

**Релаксація.** Стан спокою, розслаблення, що виникає у людини в результаті зняття стресу, після сильних переживань або значних фізичних навантажень,

**Ремісія** (лат. *remitto* – відпускати, слабшати). Стадія в перебігу хвороби, що характеризується тимчасовим зменшенням вираженості або ослабленням психопатологічних симптомів. Розрізняють спонтанні ремісії, які зумовлені патогенезом і настають без лікування, та терапевтичні ремісії, які виникають в результаті лікування.

*Рефлекторна.* Реакція організму на подразнення рецепторів, що опосередковується і здійснюється нервовою системою.

Безумовний (вроджений) рефлекс. Спадкова, стереотипна форма реагування на біологічно значущі впливи із зовнішнього світу або на зміни у внутрішньому середовищі організму.

**Рефлекс орієнтаційний.** Складна реакція людини і тварин на новизну подразника, біологічне значення якої полягає у створенні оптимальних умов для кращого сприйняття подразника.

**Рефлекс умовний (набутий).** Рефлекс, що виникає при поєднанні в часі первинного індіферентного подразника з наступною дією подразника, що викликає вироблення безумовного рефлексу.

**Рецептор.** Периферична, спеціалізована частина аналізатора, через яку тільки певний вид енергії (світлова, звукова, механічна, хімічна тощо) із зовнішнього та внутрішнього середовища викликає нерве збудження.

**Рецепторна вісь** (лінія зору рецепторного поля). Зорова лінія, що проходить через рецептивне поле, дає максимальну кількість нейронних розрядів при наявності оптимального стимулу.

**Рецептивне поле.** Група рецепторів, які надсилають сигнали до певного нейрона через один або кілька синапсів.

**Рецепторне поле гангліозної клітини.** Сумарна площа, на якій розташовані рецептори, пов'язані з гангліозною клітиною прямими та непрямыми шляхами.

**Рецепторне поле рефлексу.** Група рецепторів, збудження яких викликає певний рефлекс.

**Рецепція.** Перетворення енергії із зовнішнього та внутрішнього середовища в нервові збудження, яке поширюється і передає інформацію про дію відповідного подразника до нервових центрів.

**Ригідність психічна** (лат. rigiditas). Психопатологічний стан, що характеризується недостатньою рухливістю психічних процесів, порушеною зміною мислення і мовлення, інертністю установок. Все це ускладнює пристосування психіки хворого до мінливих умов навколишнього середовища. Р.п. характерна для екзогенно-органічних уражень головного мозку, епілепсії.

**Риси особистісні.** Стійкі особливості поведінки людини, що часто повторюються в різних ситуаціях. Характеризуються такими обов'язковими властивостями: різний прояв у різних людей, транзитивність (проявляється в кожній ситуації), потенційна вимірюваність (за допомогою спеціально розроблених тестів і опитувальників).

**Розвиток особистості невротичний.** Форма психогенного розвитку, що характеризується специфічною динамікою і призводить до розвитку прикордонної психопатії. Виникає у разі тривалої психогенної травмуючої ситуації. За Н.Д. Лакосіною, перша стадія невротичного розвитку особистості супроводжується депресивною та астено-депресивною симптоматикою, друга – характерологічними змінами особистості з переважанням істеричних рис або «вибуховості», з появою іпохондрії та дисфорії або астеничного синдрому зі схильністю до нав'язливостей.

**Розвиток особистості патологічний.** Термін, що використовується для опису певних типів динаміки та розвитку психопатій в результаті взаємодії комплексу конституціональних, психогенних, соматогенних та інших факторів. При ядерних психопатіях ППР проявляється в наростанні, загостренні і гіпертрофії преморбідних, чітко виражених особистісних рис суб'єкта, що відображають пройдені ним вікові періоди, соціально дезадаптивні аномальні особистісні фактори і т.д. У випадку набутих психопатій – органічних, постпроцесуальних та маргінальних – останні характеризуються можливістю формування особистості за типами патологічного та психогенного (невротичного або постактивного) розвитку.

**Розвиток особистості патологічний.** Тип патологічного розвитку особистості (як і психогенного), що призводить до формування маргінальних психопатій. За В.А. Гур'євою та В.Ю. Гіндикіна: 1. повсякденна хронічна травматизація, тривалий негативний соціально-психологічний вплив на дитину (на цьому етапі спостерігаються значні



динамічні відхилення і стає можливим встановлення причинно-наслідкових зв'язків між сформованими в особистості патологічними рисами та особливостями мікросередовища), поступове виникнення аномальних рис особистості. 2. на тлі хронічної тривалої мікротравматизації розлади характеру поглиблюються і поступово починають структуруватися, розвивається виражена мозаїчність, виникають компенсаторні механізми або псевдокомпенсації, які виражаються в асоціальних формах поведінки. 3. мозаїчність характеристик нівелюється. Аутизм, що з'явився на другій стадії (шизоїдній), змінюється на шизоїдну циркулярну психопатію. Виникають перші декомпенсації та епізоди (за П.Б. Ганнушкіним).

*Психічний розвиток:* Стадія. Сукупність знань, умінь, навичок, розумових дій, сформованих у процесі їх засвоєння, вільне застосування їх у процесі мислення, що забезпечує засвоєння певного обсягу нових знань і навичок. Рівень розумового розвитку є показником пізнавальних і творчих здібностей особистості.

**Розгубленість.** Хворобливе нерозуміння пацієнтом ситуації і свого стану, що здаються йому незвичайними, набувають незрозумілого сенсу і супроводжуються тривогою, тугою і страхом. Для Р. характерний афект здивування. Р. може супроводжуватися акінезією чи, навпаки, руховим збудженням. Також часто спостерігається гіперметаморфоз (підвищена відволікаємість).

**Роздратованість.** Психопатологічний симптом, що характеризується поєднанням підвищеної збудливості зі зниженою працездатністю, підвищеною втомлюваністю і недостатньою концентрацією уваги. Є проявом астенії.

**Розрядка.** Процес і механізм відновлення психічної рівноваги, що викликає зниження рівня інтрапсихічної напруги через зовнішні реакції (сміх, плач, сновидіння, рухи тощо).

Психічне розщеплення. Найважливіша ознака психічних розладів при шизофренії. М.п. означає функціональну невідповідність асоціативних зв'язків, що призводить до появи «вторинних» симптомів хвороби, таких як марення і галюцинації. Д.п. проявляється в порушенні єдності психічних функцій, цілісності особистості, її розпаді на окремі фрагменти і в протиріччях між мисленням і емоціями. Проявом Д.п. у мисленні є розірваність, в емоційно-вольовій сфері – амбівалентність і двоїстість.

**Розщеплення свідомості.** Прояв психічного розщеплення, симптом деперсоналізації, що проявляється насамперед у втраті свідомості, єдності «Я», коли виникає відчуття одночасного співіснування двох або

більше осіб, що ведуть власне, абсолютно незалежне життя.

## С

**Самооцінка.** Оцінка власної особистості, своїх здібностей, якостей і місця серед інших людей.

**Сенестопатії** (грец. koinos – загальний, aisthesis – відчуття, почуття, pathos – страждання, хвороба). Набридливі та неприємні, невизначені тілесні відчуття, що локалізуються на поверхні тіла або у внутрішніх органах і не мають фізичного підґрунтя. Часто входять до структури іпохондричного марення.

**Сенсибілізація.** Підвищена чутливість нервових центрів під впливом сенсорних подразників.

**Сигнальні системи.** Способи регуляції поведінки живих істот у навколишньому середовищі, явища якого сприймаються мозком як сигнали: 1) сприймаються безпосередньо органами чуття як колір, звук, запах тощо – перша сигнальна система; 2) сприйняття в знаковій системі мови – друга сигнальна система.

**Симптом** – характерний прояв хвороби, ознака психічного або органічного розладу.

**Симптом «скла і дерева».** Поєднання емоційної тупості з підвищеною вразливістю, чутливістю і психічною крихкістю.

**Синдром** (грец. syndromos – взаємопов'язаний, syndrome – збіг ознак хвороби). Певна група ознак, симптомів будь-якого явища, об'єднаних однаковим механізмом виникнення; система взаємопов'язаних у патогенезі симптомів захворювання. Цей термін часто використовується в патопсихології та медицині. Розвиток психічного захворювання супроводжується збільшенням кількості симптомів, появою нових симптомів і зміною їх взаємозв'язків, що призводить до трансформації одного синдрому в інший. Зміна синдромів та їх патогенез відображають специфічний для даного захворювання механізм патологічного процесу.

**Синдроми є патопсихологічними.** Сукупність компонентів структури психічної діяльності, їх зв'язків і факторів, виявлених в патопсихологічному експерименті, аналіз яких дозволяє уточнити суть симптомів психічного захворювання, що спостерігаються в клініці. Найбільш типовими є шизофренічні, афективно-ендогенні, олігофренічні, екзогенно-органічні, ендогенно-органічні, особистісні аномалії, психогенно-психотичні, психогенно-невротичні.

**Синдром органічного психозу.** Сукупність симптомів органічного ураження головного мозку, пов'язаних насамперед з інтелектуальним і

психічним зниженням. Деякі дослідники вважають О.п. синонімом деменції. Залежно від того, чи переважає в клініці інтелектуальне зниження або характерологічні зміни, розрізняють два типи хвороби Альцгеймера: Дементний і характерологічний.

**Синестезія** (грец. *syn* – з, разом, *aisthesis* – відчуття, почуття). Виникнення відчуттів в одному органі чуття при подразненні іншого аналізатора. Ознаки відчуттів одного виду переносяться на інший. Спостерігаються в нормі («кольоровий слух») і під час психічних захворювань, наприклад, при синестезійних функціональних і рефлекторних галюцинаціях.

**Система нервова.** Система всіх нервових структур у людини і тварин, які допомагають сприймати подразники, що діють на організм, проводити і переробляти імпульси збудження, що виникають в результаті впливу, і формувати відповідні реакції. Нервова система встановлює взаємозв'язки і взаємодії між організмом і зовнішнім світом, регулює власні процеси організму, співвідносить зовнішню і внутрішню діяльність і забезпечує узгодженість і цілісність реакцій організму. Нервову систему людини і тварин поділяють на такі системи: центральну (нервова тканина головного і спинного мозку), периферичну (рецептори і аферентні провідники, що передають імпульси до центральної нервової системи, та еферентні провідники, що передають імпульси від центральної нервової системи до робочих органів – скелетних м'язів тощо) і периферичну (рецептори і аферентні провідники, що передають імпульси від центральної нервової системи до робочих органів – скелетних м'язів тощо) – скелетні м'язи тощо. Характерні ознаки нервової системи: динамічність (властивість нервової системи, що виявляється у швидкості виникнення збудження або гальмування під час вироблення умовних рефлексів); властивості (стійкі особливості нервової системи, які впливають на індивідуальні особливості людини); сила (одна з основних властивостей, що відображає межу сили клітин кори головного мозку – їхню здатність витримувати дуже сильні або тривалі, але не сильні збудження і не впадати в гальмівний стан (гальмування)).

**Система нервова: Тип.** Сукупність властивостей нервової системи, що становлять фізіологічну основу індивідуальної специфіки діяльності людини і поведінки тварин. Згідно з вченням І. П. Павлова, існує чотири типи вищої нервової діяльності, які, за Гіппократом, називаються відповідними темпераментами: холеричний (сильний, невірноважений); сангвінічний (сильний, врівноважений, рухливий); флегматичний (сильний, врівноважений, повільний); меланхолійний (слабкий). Водночас Павлов виділив суто людські типи нервової системи залежно

від співвідношення двох сигнальних систем: художній – з домінуванням першої сигнальної системи, розумовий – з домінуванням другої сигнальної системи та середній. Дослідження школи Б. М. Теплова і В. Д. Небиліцина показали, що павловська класифікація типів нервової системи дуже спрощена. Вони розкрили складний і багатопаровий характер властивостей нервової системи і спробували розвинути нові уявлення про фізіологічну основу індивідуальних психологічних відмінностей. У зв'язку з цим вони поставили під сумнів класифікацію типів нервової системи І. П. Павлова. Представники нової школи виділили «динамічні аспекти» поведінки – загальну активність, що включає в себе її рухові прояви, та емоційність. Вони також показали, що сила нервової системи залежить від чутливості аналізаторів: слабша нервова система є більш чутливою (вона реагує на подразники меншої інтенсивності, ніж сильна, і в цьому її перевага).

**Стійкість.** Патологічна характеристика особистості, що проявляється насамперед в особливостях мислення. Структура резонансу визначається особливостями особистісно-мотиваційної сфери. Для Р. характерні надмірна потреба в «самопрезентації» і «самоствердженні», гіпертрофована претензійність і осудливість хворого, афективна неадекватність у виборі об'єкта рефлексії, невідповідність цього об'єкта способам міркування і аргументації, схильність до «надмірного узагальнення» з незначних приводів, недостатня самокритичність і своєрідна манера говорити. Р. спостерігається і у психічно здорових людей, але в цих випадках ступінь викривленої мотивації та їх афективна неадекватність не досягають значного рівня. Найчастіше Р. міркувань спостерігається при шизофренії, коли вона поєднується з типовими порушеннями процесуального мислення (спотворення, узагальнення, витіснення і т.д.). Р. також клінічно спостерігається при органічних ураженнях головного мозку, епілепсії та дебільності. У цих випадках вона є компенсаторною тенденцією до мислення з обмеженими інтелектуальними здібностями.

**Стрибок розумовий.** Різке прискорення психічної діяльності, що супроводжується порушенням її логічної структури і послідовності; проявляється в мовленні. Мовленнева продукція має характер ланцюжків асоціацій, що виникають незв'язно і не є стійкими через підвищену відволікання уваги. Самі асоціації мають поверхневий характер – через співзвуччя, через суміжність. Спрямованість думки нестійка. С.Р. спостерігається в маніакальній фазі біполярного афективного розладу і в маніакальних станах шизофренії.

**Співзалежність.** Емоційна гіперестезія. Спостерігається при важких астенічних станах, наприклад, при постінфекційній астенії,

церебральному атеросклерозі.

**СНІД-фобія** (СНІД – синдром набутого імунодефіциту, грец. phobos – страх). Нав'язливий страх захворіти на СНІД. Спостерігається частіше у людей з тривожними і підозрілими рисами характеру, а також при шизофренічних, переважно неврозоподібних, іпохондричних і невротичних розладах.

**Соматогенез** (сома + грец. genes – виробляти, викликати). 1. шкідливі фактори соматичного генезу, що призводять до розвитку психопатологічних симптомів, наприклад, астенічних, астено-іпохондричних та інших станів. 2. соматогенна реакція, психічні розлади соматогенного походження.

**Соматоформні розлади.** Діагностична категорія МКХ-10, яка включає психопатологічні розлади (сомато-вегетативні, конверсійні, алопатичні), що нагадують прояви соматичної патології, яка виключається при цілеспрямованому обстеженні.

**Сопор** (лат. soror – забудькуватість). Порушення свідомості, глибока стадія наркозу. У цьому стані зберігаються лише реакції на сильні подразники, такі як біль, гучні звуки тощо. Корнеальні та кон'юнктивальні рефлекси не порушені. М'язовий тонус знижується, сухожильні, періостальні та шкірні рефлекси відсутні. С. часто є стадією переходу від наркозу до коми.

**Соціальна фобія.** Нав'язливий страх, що проявляється в тому, що людина, яка перебуває в центрі уваги, боїться негативного ставлення до себе з боку інших людей (виступання, несхвалення, гніву тощо), тому намагається уникати відповідних ситуацій (спілкування, публічних виступів, прийому їжі або будь-якої діяльності на людях). М'язовий тонус знижується, сухожильні, періостальні та шкірні рефлекси відсутні.

**Сплутаність свідомості** (син.: делірій, гострий органічний синдром головного мозку, оборотна деменція, сплутаність свідомості). Оборотний стан когнітивного дефіциту, що розвивається гостро і викликаний соматогенними або токсичними факторами. Характеризується зміненою свідомістю (від ступору до коми), зниженням здатності до концентрації, утримання та переключення уваги, когнітивними розладами (спотворене сприйняття, ілюзії, галюцинації, розлади пам'яті, дезорієнтація), психомоторними порушеннями (чергування гіпо- та гіперактивності).

**Сплутаність свідомості.** Форма сплутаності свідомості, що поєднує окремі елементи різних синдромів – делірію, амнезії – у разі значних амнестичних розладів. Для С.с. характерна продуктивна психопатологічна симптоматика (марення, ілюзії, галюцинації). Частіше зустрічається у людей похилого та старечого віку. Розрізняють наступні

випадки. : галюцинаторний (виникає в останній стадії вербального галюцинозу); кататонічний (розвивається при сильному кататонічному збудженні); конфабуляторний (виникає при конфабульозі, найчастіше при інтоксикаціях, інфекційних або судинних психозах); маніакальний (на піку маніакального збудження); судинний (при гострих судинних психозах або при загостреннях судинної патології, що мають хронічний перебіг, особливо вночі), старечий (особливо при старечому делірії). Епілептичний сон зазвичай супроводжується збудженням і маренням і може спостерігатися під час пПрипадку чи епілептичного статусу, генералізованого або фокально-судомного. Також можливий епілептичний синдром після нападу.

**Спонтанність.** Несподівана зупинка, переривання думки, її раптове блокування.

**Статус епілептичний.** Стан, що характеризується серією епілептичних нападів, які виникають так часто і з такими короткими інтервалами, що свідомість не встигає відновитися між ними. Характеризується гіпертермією та розвитком гіпертермічної коми, яка, якщо її не лікувати негайно, може призвести до летального результату. Існує стільки видів СЕ, скільки відомо епілептичних нападів: генералізовані судомні СЕ (тоніко-клонічні, тонічні, клонічні, міоклонічні); генералізовані несудомні СЕ (епілептичний статус); односторонні СЕ; вогнищеві СЕ (соматомоторні, психомоторні). Найчастіше виникнення СЕ пов'язане з порушенням терапії, зокрема дієти, внаслідок раптової та неадекватної відміни протисудомних препаратів.

**Стабільність.** Характеристика високої працездатності людини, стійкості до різних перешкод; здатність виконувати тривалу діяльність. Протилежність: астенія.

**Старече слабоумство.** Психічне захворювання старечого віку. Розвивається внаслідок дифузної атрофії клітин кори головного мозку. Під час гістологічного дослідження виявляються численні старечі бляшки. Захворювання починається у віці 70-80 років і супроводжується характерними змінами. Хвороба прогресує з прогресуючими змінами пам'яті, що нагадують генералізовану прогресуючу амнезію. Деменція має глобальний характер. На кінцевій стадії захворювання спостерігаються вогнищеві розлади мовлення, гнозису, праксису (альцгеймерізація старечої деменції) та множинні екмнестичні конфабуляції. На фінальній стадії виникає психічний і фізичний маразм.

**Стигматизація.** Негативний соціальний наслідок діагностування психічного захворювання, пов'язаний зі стереотипом сприйняття його як

ганебного та дискримінаційного. Разом із почуттями сорому, провини, невпевненості, страху та образи, змушує пацієнта приховувати та уникати своїх симптомів, залишаючи його без можливої підтримки (сімейної, соціальної, медичної).

**Стрес.** Термін для позначення різноманітних станів людини, які виникають внаслідок дії різних екстремальних факторів (стресорів). Залежно від типу стресора розрізняють фізіологічні та психологічні стреси, а останні поділяються на інформаційні та емоційні. Фізіологічний стрес – це неспецифічна реакція організму («загальний адаптаційний синдром», за Г. Сельє) на будь-який несприятливий вплив. Інформаційний стрес виникає при інформаційному перевантаженні, коли людина не справляється із завданням, не встигає приймати правильні рішення в потрібному темпі, коли є високий рівень відповідальності за наслідки рішень. Емоційний стрес виникає в ситуаціях загрози, небезпеки, образи тощо і набуває таких форм: імпульсивний, гальмівний, генералізований. Стрес може мати як негативний, так і позитивний вплив на організм людини та її діяльність.

**Стресогенний фактор.** Різні екстремальні фактори, що призводять до розвитку стресу. Поділяються на фізіологічні та психологічні.

**Ступор** (лат. stupor – заціпеніння). Стан нерухомості, заціпеніння, що супроводжується частковим або повним мутизмом і відсутністю або зниженням реакції на зовнішні подразники, в тому числі больові.

**Субдепресія.** Легка депресія або початкова стадія прогресуючої ендогенної депресії чи депресивний стан невротичного або циклотимічного походження.

**Сугестія** (навіювання, гіпноз). Цілеспрямований процес прямого або опосередкованого впливу на психічну сферу людини з метою спеціального програмування людини на виконання стимульованих дій.

## Т

**Теорія функціональних систем.** Концепція організації нервових процесів в організмі під час його взаємодії із зовнішнім і внутрішнім середовищем. Ця теорія була розроблена П.К. Анохіним та його школою. Теорія функціональних систем базується на ідеї розуміння функції як досягнення організмом пристосувального результату у взаємодії з навколишнім середовищем.

**Тест психологічний та психофізіологічний.** Система спеціальних завдань, які дають змогу виміряти рівень розвитку або стан певних психофізіологічних (психологічних) якостей чи характеристик індивіда –

об'єкта спостереження. На сьогоднішній день розроблено багато тестів для вимірювання інтелекту, творчих здібностей людини тощо.

**Тик.** Раптове мимовільне скорочення м'язових груп (зазвичай на обличчі), що нагадує виразні мимічні рухи, такі як нахмурювання брів, моргання і часте кліпання. Зазвичай вони виникають у дітей під час психологічного стресу (і можуть зберігатися у дорослих). Тики можуть бути ознакою нейроревматизму, невротичних і неврозоподібних розладів.

**Тремор.** Мимовільні ритмічні скорочення м'язів, що проявляються в коливальних рухах кінцівок або тулуба. Розрізняють фізіологічний тремор (постійний супровід довільних рухів і підтримання статичної пози) і патологічний тремор (виникає при інтоксикації або нервово-психічних розладах).

**Тривожність.** Емоційний стан, що виникає в невизначеній ситуації і виражається в очікуванні несприятливого розвитку подій. Тривога – це генералізований, дифузний або безпредметний страх. У людини тривога зазвичай пов'язана з очікуванням невдачі в соціальній взаємодії і часто викликана недостатнім усвідомленням джерела небезпеки.

**Тривожні роздуми.** Виявляється у вигляді нав'язливого ретроспективного і проспективного аналізу власних дій, що супроводжується негативною оцінкою як позиції, зайнятої в минулому, так і можливостей уникнення певних помилок у майбутньому, і становить зміст депресії.

**Тривога** (готовність до тривоги). Стан цілеспрямованого попереднього підвищення сенсорної уваги і моторного напруження в ситуації можливої небезпеки, що забезпечує адекватну реакцію на страх. Тривожність підвищується при нервово-психічних і важких соматичних захворюваннях, у здорових людей, що пережили психологічну травму тощо. Загалом, тривога є суб'єктивним проявом страждання людини.

**Тупість емоційна.** Емоційне збіднення, втрата афективного відгуку, емоційна холодність, байдужість до рідних і близьких. Супроводжується апатичними змінами, часто з бруталізацією почуттів, грубістю. Людина втрачає інтерес до себе, свого становища, свого стану і не має планів на майбутнє. Таким чином, це прогресуючий і незворотній стан, що є характерною ознакою шизофренічного розладу. Також спостерігається при хронічних органічних процесах, які призводять до ураження кори головного мозку та підкіркових утворень, зокрема лобової частки (прогресивний параліч).



## Ф

**Феномен дежавю** (фр. déjà vu – «відоме, вже бачене»). Коли пацієнт бачить щось вперше в житті, він стверджує, що це знайоме йому з минулого. Наприклад, вони кажуть, що вже були в місці, яке насправді було їм незнайоме. Це стосується і відчуття знайомості в ситуаціях, в яких пацієнт ніколи раніше не був.

**Феномен «ніколи не баченого»** (фр. jamais vu – ніколи не бачити когось або щось). Різновид парамнезії, що характеризується помилковим відчуттям і переконанням пацієнта в тому, що він ніколи не відчував і не бачив нічого схожого на те, що відбувається. Це заперечення призводить до фрагментації пам'яті та переривання її безперервності.

**Фізична залежність.** Стан організму, що виникає внаслідок дії певної наркотичної речовини і характеризується тим, що організм не може без неї обходитися.

**Флешбек** (буквально: кінематографічний термін для ретроспективної оцінки, стоп-кадр). Використовується в сучасній психіатрії для опису одного з феноменів посттравматичного стресового розладу (ПТСР). В образі ПТСР фобія – це спогад, що раптово виникає, повторювані, кошмарні сновидіння, у змісті яких відтворюється екстремальна психотравмуюча ситуація.

**Фобія** (грец. phobos – страх). Нав'язливий страх, форма невротичного розладу. Фобії можуть виникати як ізольовано, так і в поєднанні з іншими розладами, що належать до нав'язливих станів (наприклад, obsesивно-компульсивним розладом).

**Фрустрація.** Форма психологічного стресу, що виникає в ситуації розчарування і проявляється через низку негативних емоцій: Роздратування, гнів, почуття провини, Ф. Викликає труднощі, що суб'єктивно сприймаються як нездоланні.

**Фуга** (лат. fuga – політ, біг). Різновид амбулаторного автоматизму, короткочасні епізоди рухового збудження у вигляді елементарних швидких рухів і дій (хворі зривають з себе одяг, кудись біжать). Після закінчення епізоду потьмарення свідомості відзначається амнезія події. Ф. спостерігаються у складі білої гарячки при епілепсії та органічних психозах, що супроводжуються епілептиформними синдромами.

**Функціональний стан нейрона.** Сукупність фонових параметрів активності нейрона – рівень мембранного потенціалу, амплітуда потенціалів дії, поріг генерації, стан пейсмекерного механізму і постсинаптичної чутливості до нейромедіаторів.

**Функціональний стан центральної нервової системи.** Фон або

рівень активації нервової системи, на якому здійснюються певні поведінкові дії людини і тварин.

**Функціональні синдроми** (органічні невротичні розлади). Сукупність симптомів, що зачіпають різні органи і системи, які є типовими і добре відомі лікарю загальної практики. Серед серцево-судинних розладів типовими є так звані «серцеві неврози», гіперкінетичний серцевий синдром, пароксизмальна надшлуночкова тахікардія та синдром вегето-судинної (нейроциркуляторної) дистонії. Серед порушень з боку дихальної системи типовими є синдром гіпервентиляції, «невротичний дихальний синдром» або дихання зітхання. Шлунково-кишкові розлади включають аерофагію, метеоризм, запори та діарею. Розлади сечостатевої системи включають психогенну імпотенцію, аноргазмію, вагінізм, диспареунію та передчасну еякуляцію. Больовий синдром (психогенний і фантомний біль) і психогенний свербіж вважаються окремими симптомами функціональних психосоматичних розладів.

**Функція психофізіологічна.** У теорії діяльності ПФ – це фізіологічне забезпечення психічних процесів; ПФ поєднує здатність відчувати, генерувати і фіксувати залишки минулих стимулів і дій, моторні навички тощо.

**Феномен епілептичний.** Спостерігається при тривалому перебігу епілепсії, іноді розвивається і під час відносно рідкісних нападів. Слабко виражені характерні відхилення можуть спостерігатися у хворих на епілепсію ще до початку нападів. Х.е. пов'язана з прогресуючою деменцією і характеризується уповільненим мисленням. Типовими явищами є підвищена збудливість з тенденцією до ригідності афекту, недовірливість, підозрілість і несумісність афективних реакцій з мотивом, що їх викликав. Також нерідко виникає плаксивість. Характерними рисами В.п. є егоїзм, егоцентризм, холодність, байдужість до оточуючих і водночас особлива прив'язаність до речей. Егоїстичні тенденції виражаються у своерідній іпохондрії, підвищеній турботі про власне здоров'я. На роботі хворі на епілепсію відрізняються надзвичайною наполегливістю, старанністю, акуратністю, педантичністю і сумлінністю.

## Х

**Хвороба.** Загальний термін, що позначає поріг накопичення схильностей і переживань, через які людина переходить із групи здорових до категорії хворих або навпаки.

## Ч

**Час реакції.** Інтервал між виникненням будь-якого сигналу (зорового, слухового, больового, тактильного тощо) і початком реакції суб'єкта на цей сигнал, зазначений в інструкції. Час найпростішої рухової реакції, що фіксує факт появи певного сигналу («реакція розпізнавання»), становить близько 0,2 секунди. Час реакції збільшується для більш складних завдань.

**Чутливість.** Загальна чутливість – це здатність організмів відображати вплив, що є біологічно нейтральним, але об'єктивно пов'язаний з біотичними властивостями. Чутливість виникає в процесі філогенезу, коли живі організми починають реагувати на фактори навколишнього середовища, і виконує сигнальну функцію по відношенню до біологічних впливів. Розрізняють два типи реакцій організмів на такі впливи: об'єктивну – рухову реакцію на певний подразник і суб'єктивну – внутрішнє переживання відчуття цього об'єкта. Класифікація чутливості відповідає класифікації відчуттів (екстероцептивні, інтероцептивні та пропріоцептивні).

## Ш

**Шизофренічний дефект.** Патологічні зміни особистості, що виникають під час шизофренічного процесу і проявляються у фазі ремісії, коли процесуальні симптоми певною мірою стихають. Дефектний стан характеризується певною рухливістю, що зумовлено пов'язаними з ним функціональними, оборотними розладами. Основними симптомами С.Д. є: ослаблений, знижений енергетичний потенціал, аутизм, емоційна тупість. Динаміка С.Д. проявляється як у його поглибленні, так і у відомому ослабленні вираженості дефектних розладів за рахунок зменшення глибини функціонально-динамічного компонента дефекту. Основна відмінність С.д. від вихідного стану полягає в практичній незворотності останнього.

**Шизофренія** (грец. shiso – розщеплюю, phren – душа). Хронічно прогресуюче психічне захворювання, що характеризується порушеннями психічних процесів, які призводять (повільно або швидко) до специфічних змін особистості.

У клінічній картині С.Д. виділяють тріаду обов'язкових основних симптомів: аутизм, розщеплення та емоційну тупість.

**Шизофренія безперервно – прогресивна.** Форма шизофренії, що характеризується широким спектром симптомів. Відрізняється

швидкістю та глибиною ураження – від повільної, м'яко прогресуючої до важкої, «шизокардіальної». У перебігу захворювання відсутні нападopodobні фази, перебіг стабільний, без явних ознак ремісії. Коливання вираженості психопатологічної симптоматики незначні. Для С.б.-п. характерна різноманітна продуктивна і негативна симптоматика. Залежно від ступеня прогресування розрізняють такі форми С.б.-п.: злякисну і малопродгесуючу. Злякисна форма характеризується такими особливостями: ранній початок; негативні ознаки передують розвитку продуктивної симптоматики; швидке виникнення клінічної картини і тяжкість початкового стану, поліморфізм продуктивних розладів; резистентність до проведеної терапії. Малопродгедіентна шизофренія характеризується переважно параноїдною симптоматикою і відповідає маревній формі. Для неї також характерна відсутність нападів і фаз. Динаміка розвитку маревного синдрому: за параноїдною стадією (систематичне маячення без галюцинацій і психічних автоматизмів) слідує параноїальна стадія, що часто характеризується синдромом Кандинського-Клерамбо, за якою слідує парафренічне маячення. Бувають випадки, коли параноїдний синдром має тривалий перебіг.

**Шизофренія гебефренічна.** Зазвичай це форма злякисної ювенільної шизофренії, зазвичай пов'язана з поєднанням гебефренічних і кататонічних симптомів, що є підставою для визначення синдрому як гебефренічно-кататонічного або кататонічно-гебефренічного. Під час хвороби можливі епізодичні галюцинації та деякі маревні переживання. Існує специфічна форма гебефренічного дефекту. У випадках, коли гебефренічна симптоматика зберігається протягом декількох років, спостерігається своєрідна зупинка психічного розвитку у віці маніфестації хвороби. Дефект носить апатично-абулічний характер.

**Шизофренічна кататонія.** Стан гострого психомоторного збудження, який зазвичай проявляється у віці від 20 до 30 років, іноді раніше. Після першого кататонічного нападу настає ремісія, після чого процес періодично протікає у вигляді нерегулярних гострих кататонічних спалахів, повторних і короткочасних ремісій, клініка яких свідчить про поглиблення психічного розладу. Часто спостерігаються онейротичні та параноїдальні включення. У дефектних і початкових станах спостерігається варіабельність афективних проявів, що супроводжується раптовими переходами від афективної тупості до невмотивованої вибуховості.

**Шизофренія має латентний перебіг.** Форма шизофренії, пов'язана з «легкими патологічними порушеннями», без психотичних симптомів, після тривалого латентного перебігу загострюється під впливом різних несприятливих факторів. Складна диференціальна діагностика з

конституційними аномаліями шизоїдного контуру. Достовірність діагнозу не є загально визнаною. Деякі дослідники шизофренії дотримуються думки, що вона належить до стертих форм шизофренії з підступним перебігом.

**Шизофренія має помірно прогресивний перебіг.** Шизофренія, яка супроводжується наростаючим психічним дефектом і поступовою зміною особистості. Характеризується психопатологічними синдромами відносно поверхневого розладу психіки, неврозама і психопатичними проявами. Залежно від того, які симптоми проявляються найсильніше, розрізняють такі варіанти 1) С.м., що супроводжується нав'язливими ідеями (обсесивні, компульсивні та фобічні симптоми); 2) С.м., що супроводжується деперсоналізацією, що супроводжується деперсоналізацією; 3) іпохондричний Ш.п.; 4) Ш.п., що супроводжується істеричними (істериформними) проявами; 5) малосимптомна шизофренія – первинний дефектний психоз, простий варіант млявої шизофренії У перебігу шизофренії розрізняють такі фази: латентну, активну та стабілізації. Напади під час психозу є рудиментарними, просто структурованими, афективними або афективно-маячними.

**Шизофренія має неврозоподібний перебіг.** Тип шизофренії з незначним прогресуванням, що супроводжується астеничними, обсесивними або істеричними симптомами, деперсоналізацією, дисморфофобією та сенестопатично-іпохондричними розладами. Ці синдроми не зустрічаються при шизофренії в чистому вигляді; їх клінічне визначення базується на домінуючих симптомах. Н.І. Фелінська характеризувала неврозоподібні стани при шизофренії як своєрідні «змішані» стани – неврастенічна симптоматика поєднується з обсесіями і дисморфофобіями, обсесії – з іпохондричними переживаннями. Для таких неврозоподібних синдромів характерно, що преморбідні особливості хворих часто не відповідають синдрому, що в астеничних скаргах відсутні явища підвищеної втомлюваності і що такі астеничні стани важко відрізнити від наростаючої апатії.

**Шкала рейтингова.** Методична процедура, що дозволяє розподілити групу випробовуваних за ступенем вираженості загальної характеристики.

**Шкала ставлення.** Методична процедура, що дозволяє порівнювати людей за важливістю, інтенсивністю і стійкістю їх ставлення до досліджуваного явища.

**Шкірна гальванічна реакція (ШГР).** Показник електропровідності шкіри. Величина ШГР залежить від стану вегетативної нервової системи. Розрізняють дві форми ШГР: фізичну – компонент орієнтовного

рефлексу, що виникає у відповідь на новий подразник і згасає при його повторенні; тонічну – характеризує зміни провідності шкіри при різних функціональних станах організму.

**Schizophrener Schubs** (нім. Schubs – поштовх, зсув). Гострі напади шизофренії, що протікають у вигляді переривчастих спалахів, рецидивів, що змінюються ремісіями, під час яких хворі набувають поглиблення розладу особистості. Найхарактерніший перебіг хвороби з шубкою – пароксизмально-прогресивна (шубкова) шизофренія.

## **Я**

**Ятрогенія** (грец. iatros – лікар, gennaō – породжую, genes – той, що породжує, викликає). Різновид психогенії. Причиною хворобливих розладів є неправильна поведінка лікаря (необережні висловлювання про тяжкість захворювання і поганий прогноз хвороби; надання пацієнту можливості ознайомитися з медичною документацією; науково-популярні лекції песимістичного змісту, розповідь про негативний перебіг аналогічного захворювання в іншого пацієнта тощо).

Навчальне видання

**Корнієнко Вікторія Володимирівна**

ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА ЧЛЕНІВ РОДИНИ ПРАЦІВНИКІВ МВС  
У РАЗІ ЇХ ЗАГИБЕЛІ, ЗНИКНЕННЯ БЕЗВІСТИ, ОТРИМАННЯ  
ПОРАНЕНЬ, ПЕРЕБУВАННЯ ЧИ ВИЗВОЛЕННЯ З ПОЛОНУ

*Методичні рекомендації*

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

---

Підп. до друку 24.10.2024. Формат 60x84/16. Друк – цифровий. Гарнітура – Times.  
Ум.-друк. арк. 19,69. Обл.-вид. арк. 21,17.

---

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

Свідоцтво про внесення до Державного реєстру ДК № 8112 від 13.06.2024