



Міністерство освіти і науки України
Мукачівський державний університет
Кафедра психології



ОСНОВИ ПАТОПСИХОЛОГІЇ ТА ПСИХІАТРІЇ

Опорний конспект лекцій
для студентів денної та заочної форм навчання
спеціальності 053 «Психологія» ОС Бакалавр

Мукачево - 2020

УДК 616.89(042.3)(075.8)

*Розглянуто та рекомендовано до друку Науково-методичною радою
Мукачівського державного університету
протокол №9 від 21 травня 2020 р.*

*Розглянуто та схвалено на засіданні кафедри психології
протокол №11 від 25.03.2020 р.*

Укладач

Штих І.І. – старший викладач кафедри психології МДУ

Рецензент

Іванова В.В. – к.психол.н, доцент кафедри теорії та методики дошкільної освіти МДУ

О-72

Основи патопсихології та психіатрії: опорний конспект лекцій для студентів денної та заочної форми навчання спеціальності 053 «Психологія» ОС Бакалавр. Частина I / Штих І.І. – Мукачево: МДУ, 2020. 47 с., др.арк.1,97.

Опорний конспект лекцій складений відповідно до програми вивчення основ патопсихології та психіатрії при підготовці бакалаврів психології. Містить стислий виклад теоретичного матеріалу за двома модулями; визначення ключових понять, схеми, таблиці, опрацювання яких сприяє осмисленню й узагальненню знань з даної навчальної дисципліни, а також контрольні питання і завдання для самостійної роботи.

Рекомендовано для студентів спеціальності 053 «Психологія», викладачів та практичних психологів.

ЗМІСТ

ПЕРЕДМОВА	4
СТРУКТУРА НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ	5
ЗМІСТОВИЙ МОДУЛЬ I	
ТЕМА 1. ПРЕДМЕТ І ЗАВДАННЯ ПАТОПСИХОЛОГІЇ ТА ПСИХІАТРІЇ	6
ТЕМА 2. ПРИНЦИПИ ТА МЕТОДИ ПАТОПСИХОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ	11
ЗМІСТОВИЙ МОДУЛЬ II	
ТЕМА 3. РОЗЛАДИ ВІДЧУТТЯ І СПРИЙМАННЯ	14
ТЕМА 4. ПОРУШЕННЯ ПАМ'ЯТІ ТА ЇЇ ДОСЛІДЖЕННЯ	17
ТЕМА 5. РОЗЛАДИ МИСЛЕННЯ, МОВЛЕННЯ ТА ІНТЕЛЕКТУ	20
ТЕМА 6. ПОРУШЕННЯ ЕМОЦІЙНО – ВОЛЬОВОЇ СФЕРИ	25
ТЕМА 7. ПОРУШЕННЯ СВІДОМОСТІ ТА УВАГИ	30
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ТА РЕКОМЕНДОВАНИХ ДЖЕРЕЛ	35
ДОДАТКИ	37

ПЕРЕДМОВА

Опорний конспект лекцій має на меті зорієнтувати студента на активну пізнавальну діяльність, самостійну творчу працю та вміння розв'язувати задачі з навчальної дисципліни **«Основи патопсихології та психіатрії»**. Він є принагідним при підготовці до практичних та семінарських занять. Структурування навчального матеріалу у вигляді схем, таблиць, узагальнень, визначень сприяє кращому осмисленню студентами вивченого матеріалу, класифікації та систематизації основних понять і закономірностей психічного розвитку та його порушень. Контрольні запитання й завдання покликані визначити рівень засвоєння й відкоректувати недостатньо засвоєні знання. Питання для самостійного опрацювання студентами матеріалу, який внесений в програму дисципліни, але за браком часу не може бути розглянутий на лекції, мають на меті мотивувати студента до самостійної роботи і пошуку відповідей. Рекомендовані джерела містять літературу, в якій розкриті теми з точки зору різних підходів і напрямів психології, патопсихології та психіатрії.

Навчальна дисципліна **«Основи патопсихології та психіатрії»** покликана ознайомлювати студентів з основними відхиленнями у розвитку психічної діяльності людини, розвивати вміння здійснювати психологічний аналіз складних ситуацій взаємодії з особами, які мають відхилення у психічному розвитку, формувати практичні навички та вміння при застосуванні патопсихологічних діагностичних методик, навчитись інтерпретувати одержані дані відповідно до завдання, складати висновок на основі одержаних результатів.

Опорний конспекти лекцій складений відповідно до програми та мети вивчення навчальної дисципліни, тобто робота з ним сприяє формуванню у здобувачів вищої освіти теоретичних знань з основ патопсихології та психіатрії, розуміння історії розвитку і структури сучасних знань у галузі даної науки, значення взаємозв'язку теоретичних і практичних знань, їх прикладної значущості в рішенні питань з інших галузей практичної психології.

В процесі засвоєння навчального матеріалу у здобувачів вищої освіти формуються загальні та фахові компетентності та з'являються програмні результати навчання.

В результаті успішного засвоєння основ патопсихології та психіатрії, розглянутих у даному методичному виданні, майбутні психологи отримують фундамент для успішної психодіагностики та психологічної корекції найбільш поширених форм психічної патології; для своєчасного розпізнавання психічних розладів і виявлення основних психопатологічних симптомів та синдромів з урахуванням вікових особливостей; для надання фахової допомоги особам з патологією психічних процесів та особистісного розвитку й застосовування елементів психотерапії у комплексному лікуванні хворих.

СТРУКТУРА НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ

Змістовий модуль 1. Патопсихологія як наук

Тема 1. Предмет і завдання патопсихології та психіатрії.

Тема 2. Принципи і методи патопсихологічного дослідження

Змістовий модуль 2. Патопсихологія психічних процесів

Тема 3. Розлади відчуття і сприймання.

Тема 4. Порухення пам'яті та її дослідження

Тема 5. Розлади мислення, мовлення та інтелекту

Тема 6. Порухення емоційно – вольової сфери

Тема 7. Порухення свідомості та уваги.

Змістовий модуль 3. Патопсихологія особистості

Тема 8. Порухення розвитку особистості.

Тема 9. Психологія аномальної поведінки

Тема 10. Органічні синдроми і розлади Неврози і психопатії

Тема 11. Психологія девіантної поведінки

Змістовий модуль 4. Психологічна допомога при розладах психічного розвитку

Тема12. Психологічний супровід діагностичного і терапевтичного процесу

Тема13. Організаційні аспекти діяльності патопсихолога

ЗМІСТОВИЙ МОДУЛЬ I

ТЕМА 1. ПРЕДМЕТ І ЗАВДАННЯ ПАТОПСИХОЛОГІЇ ТА ПСИХІАТРІЇ

1. Предмет і завдання патопсихології. Місце патопсихології в системі наук
2. Поняття про психічну норму та патологію.
3. Предмет та завдання психіатрії.
4. Поняття про психічне здоров'я особистості.
5. Історія розвитку патопсихології та психіатрії (*самостійне опрацювання*).

Ключові слова: патопсихологія, психопатологія, норма, патологія, психіатрія, психічне здоров'я критерії психічного здоров'я.

1. Предмет та завдання патопсихології. Місце патопсихології в системі наук.

Психічні аномалії можуть вплинути на життя як відомої людини, так і звичайної, як багатой, так і бідної. Психологічні проблеми приносять тяжкі страждання і, навпаки, можуть бути джерелом натхнення та енергії. *Сферу науки, яка вивчає психологічні проблеми, називають патологічною психологією.* Дослідники патопсихології збирають інформацію, щоб мати можливість описати, передбачити і пояснити досліджувані явища. Ці знання використовуються для виявлення і лікування патологічної поведінки.

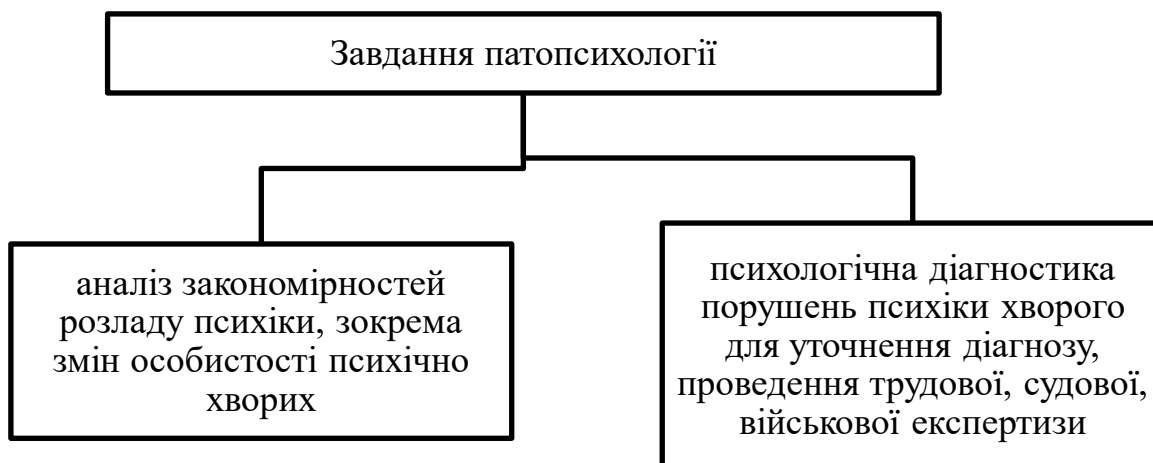
Патопсихологія (грец. *pathos* – страждання, *psyche* – душа, лат. *logos* – вчення)

- це галузь психологічної науки, яка, за визначенням Б. В. Зейгарник, вивчає закономірності розладу психічної діяльності і властивостей особистості порівняно із закономірностями формування і протікання психічних процесів у нормі, закономірності аномальної відображувальної діяльності мозку[1]

Предметом патопсихології

є відхилення в розвитку психічної діяльності людини.





Значення патопсихології

Теоретичне:

- патопсихологічний матеріал дає можливість прослідкувати будову різних форм психічної діяльності (за словами І. П. Павлова, патологічне дуже часто спрощує те, що закрите від нас у нормі);
- використання патологічного матеріалу може виявитися корисним у вирішенні питання про співвідношення біологічного і соціального у розвитку психіки.

Прикладне:

- у психологічних лабораторіях накопичені експериментальні дані, які характеризують порушення психічних процесів за різних форм захворювань, що можуть бути додатковим матеріалом у встановленні діагнозу;
- у психологічному експерименті може бути поставлене завдання аналізу структури, встановлення міри психічних порушень хворого, його інтелектуального зниження;
- застосування адекватних психологічних досліджень допомагає визначити характер дії нових лікувальних засобів, які впроваджуються у терапевтичну практику;
- отримані в ході патопсихологічного дослідження дані можуть використовуватись для аналізу можливостей особистості хворого з точки зору її збережених сторін і перспектив компенсації втрачених властивостей – з метою вибору психотерапевтичних заходів і проведення психічної реабілітації.

2. Поняття про психічну норму та патологію

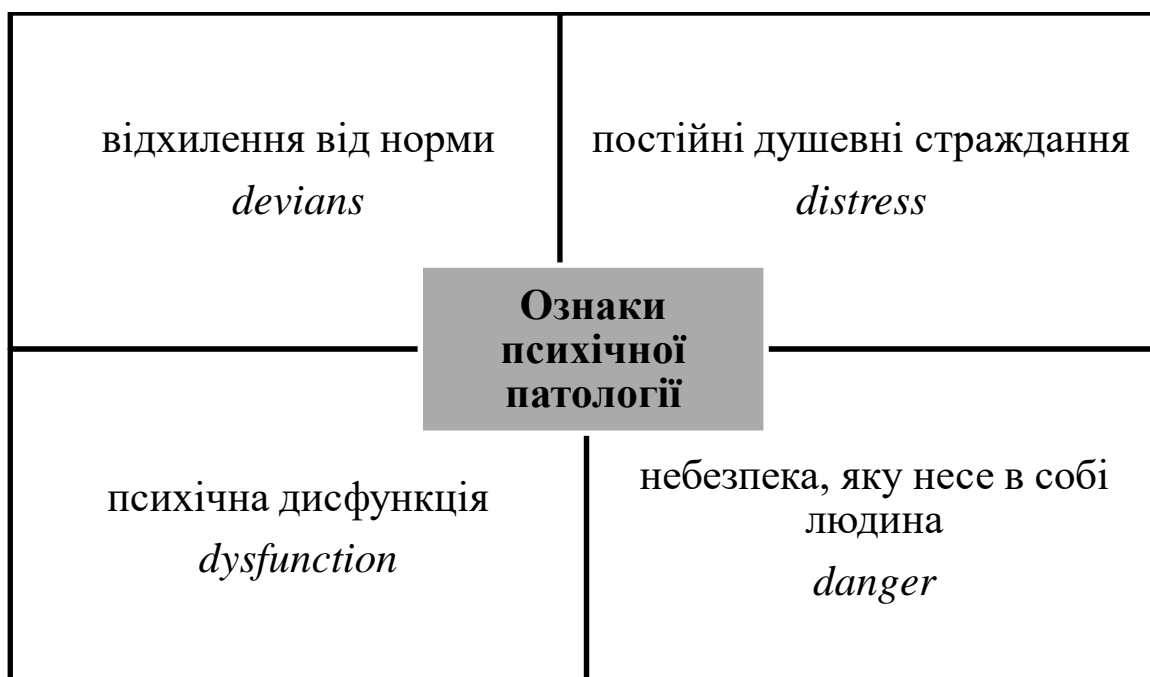
Поняття «норма» (від лат. *norma* – керівне начало, початок, зразок) має декілька значень. *Середньостатистична норма* – це такий рівень психічного соціального розвитку людини, що відповідає середнім якісно-кількісним

показникам, отриманим під час обстеження представницької групи популяції людей такого самого віку, статі, культури тощо[4; доп.22].

Невідповідність нормі – це синдроми порушень пізнавальної, мотиваційно – вольової й особистісної сфери при психічних захворюваннях. Це так звані «*клінічно – психологічні синдроми*»[3], до яких відносяться:



Психічна патологія – це відхилення від загальноприйнятих норм, які супроводжуються постійними душевними стражданнями, психічною дисфункцією і небезпекою, яку людина несе сама собі та оточуючим (4 d).



П'ять основних умов нормального психічного розвитку (за О.Р. Лурія)[14]:

- збереженість структур і функцій центральної нервової системи;
- збереженість аналізаторних систем;
- збереженість мовленнєвих систем;
- нормальний фізичний розвиток;
- адекватне віковій й можливостям виховання і навчання.

Порушення навіть однієї з перелічених умов може спричинити багато варіантів аномального психічного розвитку. Будь-яке відхилення від нормального розвитку завжди має причину, незалежно від того, відома вона чи ні.

3. Предмет та завдання психіатрії

Психіатрія (з грецької *psyche* – душа, *iatria* – лікування)

– медична дисципліна, що вивчає принципи діагностики, лікування, а також етіологію, патогенез, поширеність психічних хвороб і систему організації психіатричної допомоги [11]

Основні завдання психіатрії:

- вивчення поширеності, умов виникнення, нозологічної структури і клінічних особливостей психічних захворювань;
- вивчення етіології і патогенезу психічних захворювань;
- лікування і профілактика психічних захворювань;
- соціально-трудова реабілітація хворих;
- трудова, судова і військово-лікарська експертиза;
- проведення санітарно-освітніх і психогігієнічних заходів серед населення.

4. Поняття про психічне здоров'я особистості

Психічне здоров'я

– відносно стійкий стан організму й особистості, що дозволяє людині усвідомлено, з огляду на свої фізичні й психічні можливості, а також навколишні природні й соціальні умови, здійснювати й забезпечувати свої індивідуальні потреби на основі нормального функціонування психофізіологічних систем, здорових психосоматичних і соматопсихічних відносин в організмі[11]

Загальні критерії психічного здоров'я

- Усвідомлення і почуття безперервності, сталості та ідентичності свого «Я».

- Усвідомлення і почуття безперервності, сталості та ідентичності своїх переживань в однотипних ситуаціях.
- Критичне ставлення до себе та результатів своєї психічної діяльності.
- Відповідність психічних реакцій силі та частоті впливів середовища, соціальних обставин і ситуацій.
- Здатність самокерування поведінкою відповідно до соціальних норм, суспільних правил та законів.
- Здатність планувати свою життєдіяльність і реалізувати свої плани.
- Здатність змінити свою поведінку залежно від життєвих ситуацій і обставин.

Психічні захворювання

– це захворювання головного мозку, які проявляються різноманітними розладами психічної діяльності, а також зміною особистості.

У наш час збільшується кількість хворих із неспсихотичними розладами, у яких психічні порушення незначно виражені та не оцінюються самими пацієнтами як хворобливі, а соматичні скарги посідають чільне місце у картині захворювання. Це так звані *соматоформні розлади*, з якими хворі звертаються частіше до терапевтів. Крім того, на різних етапах психічні захворювання мають прихований перебіг, коли пацієнт звертається за допомогою до різних фахівців, але не до психіатра[20].

Усе наведене вище свідчить про необхідність вивчення основ психіатрії психологами.

Рекомендована література: [2;3;4; 8;9;11]

Контрольні запитання та завдання:

1. Що є предметом вивчення патопсихології?
2. Яке методологічне значення має патопсихологія для загальної психології?
3. Що є ознакою психологічної норми?
4. Що є ознаками психічної патології?
5. Охарактеризуйте критерії психічного здоров'я.

Питання, що виносяться на самостійне опрацювання:

1. Історія розвитку патопсихології та психіатрії.

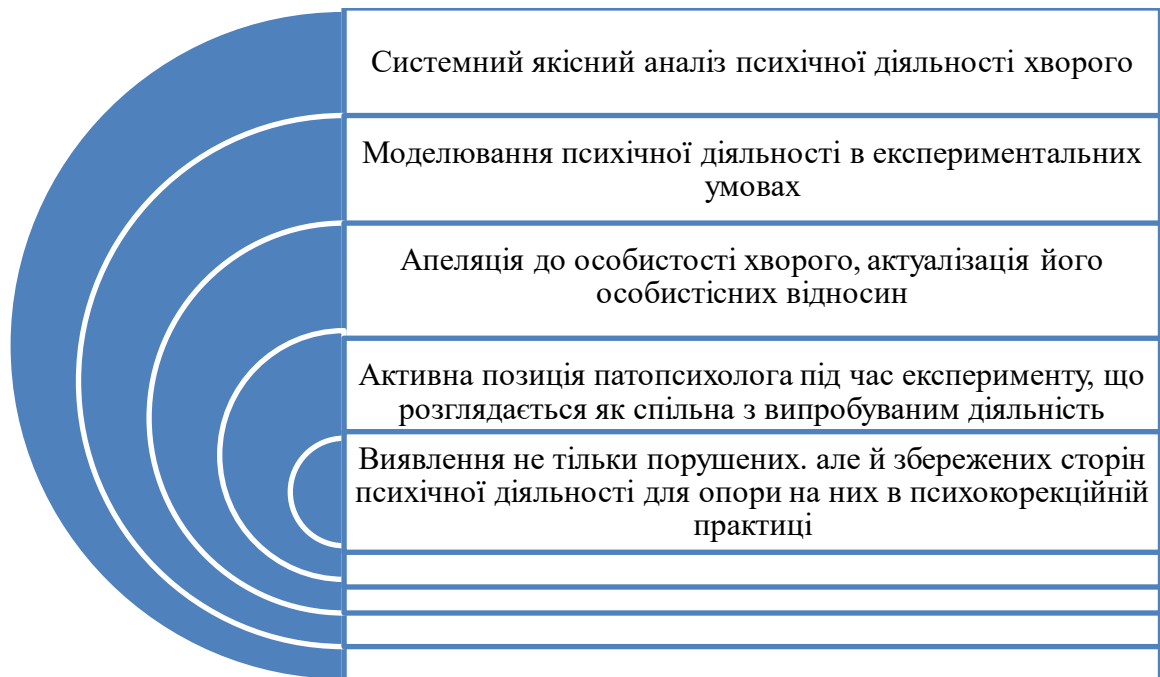
ТЕМА 2. ПРИНЦИПИ ТА МЕТОДИ ПАТОПСИХОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

План лекції

1. Основні принципи патопсихологічного дослідження.
2. Порядок проведення патопсихологічного дослідження.
3. Схема патопсихологічного обстеження.
4. Методи дослідження в патопсихології, їхня класифікація, особливості застосування.

Ключові слова : *принципи обстеження, етапи, карта – схема, бесіда, спостереження, експеримент, додаткові методи.*

Основні принципи патопсихологічного дослідження (за Б. В. Зейгарник)



Порядок проведення патопсихологічного дослідження

Комплексний характер патопсихологічного дослідження дозволяє змінити або встановити правильний діагноз і призначити правильне лікування хворого. Патопсихологічне дослідження являє собою особливий вид діяльності, в якій закономірно виділяються різні компоненти, етапи.

- підготовчий
- отримання емпіричних даних
- етап (етапи) аналізу отриманих даних
- етап інтерпретації отриманих даних.

Виділення цих етапів має умовний характер, так як тільки всі разом вони можуть реалізувати дослідницьку діяльність, проте на кожному з виділених етапів патопсихолог виконує різні дії в різних умовах/

Порядок обстеження:

- Дослідження розумової працездатності.
- Вивчення уваги.
- Дослідження процесів запам'ятовування та відтворення.
- Вивчення процесу сприймання (якщо виникає підозра щодо порушення цього процесу).
- Вивчення інтелекту.
- Дослідження процесу мислення.
- Дослідження особливостей мови.
- Вивчення емоцій.
- Дослідження особистісних особливостей.

3. Схема патопсихологічного обстеження (орієнтовна)



Інформація, отримана під час спостереження за хворим, фіксується у спеціальній **карті-схемі**. Користуються при цьому символами (наприклад: закреслення символу, яким позначається якась ознака, позначається її відсутність, підкреслюванням – її наявність у середньому ступені, подвійне підкреслювання – сильна інтенсивність, обведення колом – дуже сильна інтенсивність, хрестиком – прояви ознаки, протилежної до тієї, яка позначена у карті-схемі, хвиляста лінія – передбачення наявності певної характеристики і т.д.) [2].

Протокол спостереження починають з оцінювання зовнішнього вигляду обстежуваного:

- особливості будови тіла (наявність диспропорцій і фізичних вад, відповідність віку фізичному розвитку, схильність до маскулізації (у дівчаток, жінок) чи фемінізації (у хлопчиків, чоловіків), надлишкова повнота чи худорлявість, тип будови тіла: астенічний, атлетичний, пікнічний);

- охайність одягу, шкіри;

- колір обличчя (свідчить про стан здоров'я, емоційний стан у даний момент);

- особливі прикмети (шрами, тату і т.д.);

- загальний тон настрою протягом експерименту;

- характеристика рухів досліджуваного;

- адекватність міміки і жестів;

- невротичні прояви - посилюються при наростанні напруженості й тривоги (тремтіння рук, знизування плечима, стереотипне гримасування, кусання нігтів або губ, шмограння носом, постійне перекладання предметів, сунання на стільці, розхитування тощо);

- мовлення: якщо нечітко вимовляє слова, шепелявить, гнусавить, то можна робити припущення про наявність психічного недорозвитку;

- словниковий запас, точність висловлювання думки, вміння будувати складні речення - усе це свідчить про рівень розумового розвитку та культурного рівня дитини;

- наявність у мовленні аграматизмів, постійна зміна теми розмови, коли, не закінчивши говорити про одне, переходять до викладення іншого, схильність до ведення монологу (ніби відповідає на нечутні запитання) - усе це може бути симптомами серйозних порушень у психічному розвитку[7].

4. Методи дослідження в патопсихології, їхня класифікація, особливості застосування.

Основним методом патопсихології, на думку вітчизняних патопсихологів (Б. В. Зейгарник, С. Я. Рубінштейн, В. В. Лебединського та ін), є експеримент, а в якості додаткових використовуються спостереження, бесіда, аналіз продуктів діяльності, аналіз історії життя хворого (аналіз анамнестичних відомостей), зіставлення експериментальних даних з історією життя [1;16]. Останнім часом в патопсихології використовуються психодіагностичні методи і методики (тести, проєктивні, опитувальники).

У виборі методик експериментально-психологічного дослідження істотною роль відіграють наступні обставини.

- Ціль дослідження (диференціальна діагностика, у залежності від передбачуваних захворювань, визначення глибини психічного дефекту, вивчення ефективності терапії).
- Рівень освіти хворого і його життєвий досвід.
- Особливості контакту про хворим.

Висновок завжди повинний бути відповіддю на питання, що було поставлене клініцистами перед патопсихологом. Значною мірою характер висновку залежить і від індивідуальних властивостей патопсихолога, і від його робочого навантаження. Цими факторами, наприклад, визначається лаконічність або докладність висновку. Висновок не повинний бути повторенням, навіть стиснутим, протоколу обстеження.

Рекомендована література: [2;7;8;9; доп.3;14;17]

Контрольні запитання та завдання:

1. Що є обґрунтуванням для формулювання принципів патопсихологічного дослідження?
2. Охарактеризуйте схему патопсихологічного обстеження хворого. Проілюструйте на прикладі.
3. Який основний метод патопсихологічного дослідження? Чому?

Питання, що виносяться на самостійне опрацювання:

1. Метод клінічного інтерв'ю.
2. Проєктивні методики дослідження.

ЗМІСТОВИЙ МОДУЛЬ II

ТЕМА 3. РОЗЛАДИ ВІДЧУТТЯ ТА СПРИЙМАННЯ

План лекції

1. Властивості та закономірності відчуттів.
2. Класифікація порушень відчуттів, основні критерії їх диференціації. Чинники, що впливають на виникнення цих порушень.
3. Види патопсихологічних розладів при порушеннях сприйняття і їхнє патопсихологічне обґрунтування.
4. Методи дослідження відчуттів і сприймання (додаток А)

Ключові слова: анестезія, гіперестезія, гіпоестезія, синестезії, парестезії, ілюзії, галюцинації, псевдогалюцинації.

1. Властивості та закономірності відчуттів (повторення з курсу «Загальна психологія з практикумом»).

Відчуття – це психічний процес відображення окремих властивостей предметів і явищ оточуючого світу, а також внутрішніх станів організму при безпосередній дії подразників на відповідні рецептори.

Властивості відчуттів:

- *якість,*
- *інтенсивність,*
- *тривалість*
- *просторова локалізація.*

Закономірності відчуттів:

- *адаптація*
- *взаємодія відчуттів*
- *сенсibiliзація*
- *синестезія*

Класифікація порушень відчуттів

Анестезія	• втрата здатності відчувати різні види подразнень, поширюється, як правило, на тактильну, больову та температурну чутливість.
Гіпоестезія	• зниження здатності відчувати різні види подразнень
Гіперестезія	• підвищення здатності відчувати різні види подразнень.
Парестезії	• проявляються неприємними відчуттями оніміння, поколювання, печіння, повзання мурашок та ін.
Сенестопатії	• патологічні відчуття, які утворюються несподівано і позбавлені соматичної бази, важкі і традиційно нестерпні (почуття затулявання, здавлювання.тощо)

3. Види патопсихологічних розладів при порушеннях сприйняття і їхнє патопсихологічне обґрунтування.

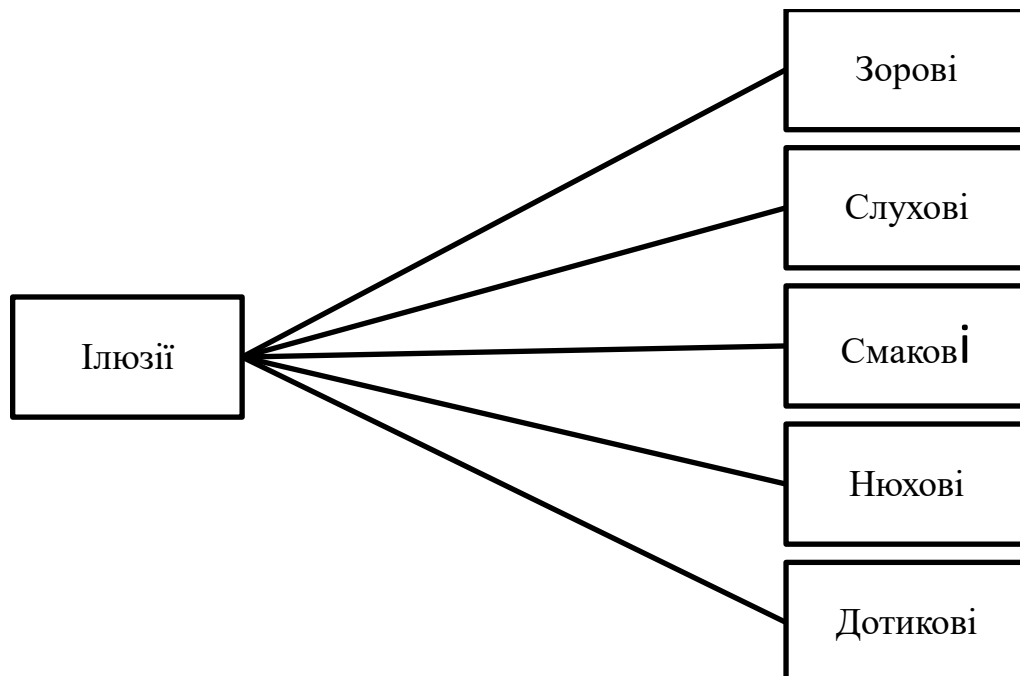
Сприймання –

це пізнавальний психічний процес цілісного відображення предметів і явищ дійсності при їхній безпосередній дії на органи чуття в даний момент. Сприймання неможливе без відчуттів.

Із специфічних і патологічних змін сприймання виділяють наступні.

Ілюзії –

викривлене сприймання реального об'єкта; відхилення сприймання конкретного об'єкта за формою, кольором, величиною, консистенцією, віддаленістю від сприйнятого.



Галюцинації –

сприймання, що виникає без наявності реального об'єкта і супроводжується переконаністю в тому, що даний об'єкт дійсно існує; це найбільш яскраві порушення процесу сприймання, які істотно змінюють поведінку людини і можуть бути хворобливими спонуканнями до дій.

За своєю формою галюцинації часто нагадують ілюзії. Проте якщо ілюзорне викривлення дійсності виникає внаслідок дії зовнішніх подразників на наші органи чуття, то галюцинації з'являються без будь-яких зовнішніх подразників, тобто об'єкта сприймання немає.

Ейдетизм –

слід збудження, яке тільки що закінчилось, у якомусь аналізаторі у вигляді яскравого і чіткого образу.

Сенестопатії –

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

Агнозії –

порушення процесів упізнавання предметів і явищ при збереженні свідомості і функції органів чуття.

Спостерігається *слухова, зорова, смакова, больова, нюхова, тактильна агнозія*. Агнозія є результатом відносно локальних органічних уражень тім'яно-потиличних зон: правої півкулі – розлади впізнавання зорових образів (невпізнання людей), лівої півкулі – розлади впізнавання знайомих слухових образів, мовлення, музики при збереженні впізнання слів (О. Р. Лурія).

Соматоagnoзія – розлад впізнавання частин власного тіла.

Дереалізаційні розлади –

розлади психічної діяльності, що виявляються в важкому відчутті нереальності, оманливості, непричетності хворого до навколишнього світу.

При дереалізації предмети, явища природи, люди сприймаються як неіснуючі, неприродні, штучні, змінені, дивні, невиразні, нерельєфні. Голоси і звуки глухі, чужі, нереальні. Незнайоме (предмети, люди), ніколи не бачене сприймається як уже знайоме, а знайоме сприймається як зовсім незнайоме. Плин часу сприймається хворим як спинений, застиглий або здається дуже швидким, в інших випадках – сповільненим.

Серед дереалізаційних розладів розрізняють такі:

- *мікропсія* – розлад сприймання у вигляді зменшення розмірів навколишніх предметів;
- *макропсія* – розлад сприймання у вигляді збільшення розмірів навколишніх предметів;
- *дисмегалопсія* – розлад сприймання у вигляді видовження, розширення, скошеності, перекрученості навколо осі оточуючих предметів;
- *поропсія* – розлад сприймання у вигляді зміни відстані, що відділяє предмет від людини за незмінних розмірів самого об'єкта.

Парейдолії –

це зорові ілюзії фантастичного змісту; виникають, як правило, коли людина розглядає хмару, плями на стіні, малюнок на шпалерах.

Від ілюзій парейдолії відрізняються тим, що тут наявні елементи фантазії, яка не виходить за межі плями. Парейдолії виникають при різних психічних

захворюваннях, але можуть спостерігатися і у здорових людей внаслідок перевтоми, у стані тривоги.

Деперсоналізація –

викривлене сприймання власної особистості в цілому, окремих якостей, а також частин тіла.

Різновид – синдром «Аліси в країні чудес» – характеризується поєднанням деперсоналізаційних розладів з явищами дереалізації у вигляді викривлення уявлень про простір і час, зоровими ілюзіями, почуттями роздвоєння особистості. Можливе виникнення порушень сприймання (при цьому синдромі) у вигляді видовження, скорочення, відриву кінцівок[8].

Порушення сприймання часу: «зупинка часу»; «розтягування часу»; «втрата відчуття часу»; «сповільнення часу»; «прискорення часу»; «зворотне протікання часу».

Рекомендована література: [1;2; 4; 8;9; 10;11]

Контрольні запитання та завдання

1. Охарактеризуйте розлади відчуттів. Чим вони зумовлені?
1. Чим ілюзії відрізняються від галюцинацій?
4. Які вам відомі порушення сприймання часу?
5. Охарактеризуйте синдром «Аліси в країні чудес».

Питання з теми, що виносяться на самостійне опрацювання.

1. Властивості та закономірності відчуттів (повторення з курсу «Загальна психологія з практикумом»).
2. Методи досліджень відчуттів та сприймання (додаток А).

ТЕМА 4. ПОРУШЕННЯ ПАМ'ЯТІ ТА ЇЇ ДОСЛІДЖЕННЯ

План лекції

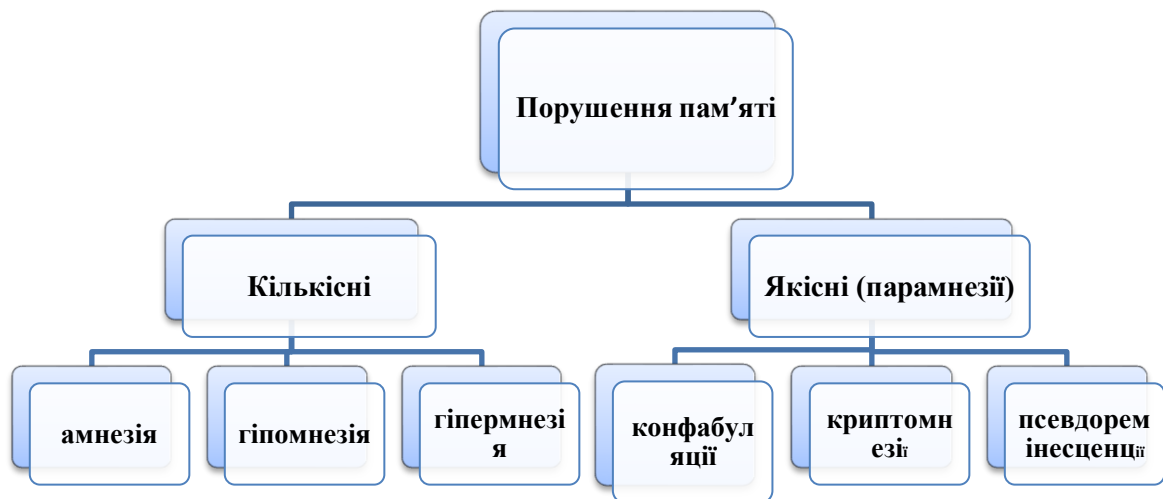
1. Види пам'яті, їхня класифікація (*повторення, самостійне опрацювання*).
2. Патопсихологія пам'яті. Кількісні і якісні порушення пам'яті.
3. Особливості порушення пам'яті при психічних захворюваннях органічного генезу.

Ключові слова: *амнезія, конфабуляції, псевдоремінесценції, криptomнезії, Корсаківський мнестичний синдром, деменція.*

2. Патопсихологія пам'яті.

Порушення запам'ятовування, збереження і відтворення фактів навколишнього життя і власного досвіду називається розладом пам'яті. Порушення пам'яті можуть виникати при черепно-мозкових травмах, психічних і органічних захворюваннях, а також під впливом мотивів або тяжких переживань особистості.

У випадках, коли порушені лише ці функції, говорять про *кількісні розлади* пам'яті. Коли розлади пам'яті поєднуються з несправжніми спогадами, переплутане минуле і сучасне, реальне і уявне, мова йде про *якісні розлади пам'яті*.



Амнезією називається порушення пам'яті у вигляді втрати здатності зберігати і відтворювати раніше набуті знання. Існує багато форм амнезії. Так, при *антероградній амнезії* людина не пам'ятає або забуває події, що відбувалися безпосередньо після закінчення розладу свідомості або хворобливого психічного стану. Вперше описав цей синдром вітчизняний психіатр С. С. Корсаков[3].

Ретроградна амнезія - забуваються події, що передували розладу свідомості або хворобливому психічному стану. Ретроградна амнезія може поширюватися на період від кількох годин до кількох років.

Антероретроградна амнезія - поєднання ретроградної і антероградної амнезії, характеризується втратою пам'яті на події, що передували розладу свідомості або хворобливому психічному стану, і ті, що відбулися потім.

Гіпомнезія - ослаблення пам'яті або окремих її компонентів (запам'ятовування, відтворення, збереження), частіше спостерігається в осіб похилого віку. При цьому людина пам'ятає про пережиті події, але невиразно, неповно.

Гіпермнезія - різке загострення пам'яті з напливом множинних спогадів, іноді образних уявлень, які виникають у формі сцен. Хворі стають здатними цитувати цілі сторінки художніх творів, згадувати давні і незначні події свого життя, називати тисячі імен. Гіпермнезію зумовлюють сильні афективні переживання, які спричиняють до того, що людина дуже довго пам'ятає про образу, про грубу ворожу поведінку щодо себе. Гіпермнезії часто спостерігаються при маніакальних станах, на початкових стадіях сп'яніння, при шизофренії, у стані гіпнозу.

До якісних порушень пам'яті належать *парамнезії* - розлади пам'яті, при яких виникають несправжні або перекручені спогади, а також відбувається змішування сучасного і минулого, реального і уявленого. Частіше вони спостерігаються у пацієнтів з органічними захворюваннями

центральної нервової системи, при корсаковському і сенільному психозі у психопатологічних особистостей.

Псевдоремінісценції-це викривлений спогад про факт, який був насправді.

Конфабуляції- вигадані психічно хворим події, що набувають форми спогадів. При конфабуляціях хибні спогади пов'язані з подіями реального життя. Залежно від змісту і фону, на якому вони виникають, розрізняють конфабуляції фантастичні, мареннєві, галюцинаторні та ін.

Криптомнезії - викривлення пам'яті, при яких зникають відмінності між тим, що відбувалося насправді, і подіями, про які хворий почув, прочитав або які побачив уві сні. В одних випадках усе це згадується, неначе відбувалося насправді з самим хворим (асоційовані спогади); в інших - події, що мали місце насправді, згадуються, ніби почуті від когось, прочитані чи побачені уві сні (відчужені спогади).

3. Особливості порушення пам'яті при психічних захворюваннях органічного генезу.

Антероградна амнезія часто є наслідком ушкодження скроневих часток головного мозку або проміжного мозку - ділянок, які несуть основну відповідальність за перетворення короткочасної пам'яті у довготривалу. За тяжких форм антероградної амнезії нові знайомі забуваються майже миттєво, а за проблеми, вирішені сьогодні, доводиться братися вже на наступний день.

Корсаківський амнестичний синдром - люди постійно забувають тільки що почерпнуту інформацію (антероградна амнезія), хоча їх загальні знання та інтелектуальні здібності залишаються незмінними. Характерні симптоми: затьмарення свідомості, дезорієнтація, схильність до конфабуляцій. Спричинюється хронічним алкоголізмом у поєднанні з поганим харчуванням і, як наслідок - нестачею вітаміну В1 (тіаміну).

Деменції - синдром недоумкуватості - стійке збіднення психічної діяльності, її спрощення і занепад. Найпоширенішою формою деменції є хвороба Альцгеймера.

Закон формування мнестичних розладів Рібо: *порушення (втрата) пам'яті (як і її відновлення) відбувається у хронологічному порядку - спочатку втрачається пам'ять на найбільш складні і недавні враження, потім - на старі. Відновлення відбувається у зворотному порядку.*

Більшість органічних розладів пам'яті зачіпають в основному декларативну пам'ять (пам'ять на імена, дати, якісь факти), ніж процедурну (засвоєні прийоми, які людина виконує, не відчуваючи необхідності їх обдумувати: ходьба, різання ножицями чи письмо).

Рекомендована література: [2; 3; 4; 9; 11]

Контрольні запитання та завдання

1. За якими критеріями класифікують види порушень пам'яті?
2. До яких розладів – кількісних чи якісних – відносять Корсаківський синдром?

3. Що таке конфабуляції і для яких хворих вони характерні?
4. Які симптоми порушень мнестичної діяльності характерні для хворих на деменцію?

Питання з теми, що виносяться на самостійне опрацювання.

1. Види пам'яті, їх класифікація.
2. Методики дослідження розладів пам'яті.

ТЕМА 5. РОЗЛАДИ МИСЛЕННЯ ТА ІНТЕЛЕКТУ

План лекції

1. Сучасні психологічні концепції про механізми порушень мислення.
2. Характеристика патопсихологічної структури порушень мислення при психічних захворюваннях.
3. Розлади мовлення.
4. Основні методи дослідження порушень мислення і мовлення.

Ключові слова: амбівалентність, резонерство, зісковзування, ментизм, мутизм, маячні ідеї, агнозія, дизартрія, олігофренія.

1. Сучасні психологічні концепції про механізми порушень мислення

Основоположник патопсихології Б. В. Зейгарник поділяла усі порушення мислення на чотири групи[1].

1. *Порушення операційної сторони мислення:* це зниження рівня узагальнення та викривлення процесу узагальнення. Оперування загальними ознаками замінюється встановленням суто конкретних зв'язків між предметами, тобто втрачається здатність до абстрагування.

При викривленні процесу узагальнення відбувається відрив суджень людини від конкретних, одиничних зв'язків. Проявляється резонерством.

2. *Порушення особистішого компоненту мислення:*

- різноплановість мислення,
- зниження критичності,
- зниження саморегуляції – означає втрату цілеспрямованості мислительного процесу.

3. *Порушення динаміки мислительної діяльності:*

- лабільність мислення – нестійкість способу виконання мислительних операцій, легкий перехід від одного до іншого;
- інертність мислення – тугість мислення, ригідність, труднощі переключення.

4. *Порушення процесу саморегуляції пізнавальної діяльності* – виражається у неможливості цілеспрямованої організації мислительних дій.

2. Характеристика патопсихологічної структури порушень мислення при психічних захворюваннях

Мислення може порушуватись по-різному. За В. М. Кузнецовим та В. М. Чернявським, розлади мислення бувають формальними і продуктивними.

Формальні розлади мислення можна диференціювати за темпом, логічною стрункістю та цілеспрямованістю.

До розладів мислення за темпом відносять:

- *Прискорення мислення.*
- *«Стрибки ідей» (fuga idearum).*
- *Уповільнення темпу мислення.*
- *Ментизм* – «наплив думок», «вихор ідей».
- *Шпреррунг* – «закупорка думок», «обрив думок», раптова зупинка, перерив асоціативного процесу.

До розладів мислення **за будовою** відносять:

- *Розірваність* – порушення логічного зв'язку в реченні при збереженні граматичного зв'язку.
- *Зісковзування* – втрата логічного ходу мислення, коли при розповіді про одні події хворий переключається на інші, не помічаючи, що першу думку він не довів до логічного кінця.
- *Безладність* – порушується логічний і граматичний зв'язок у реченнях.
- *Інкогеренція* – порушується зв'язок між складами у словах.
- *Вербігерація* – стереотипне повторення окремих слів чи складів.

Порушення **цілеспрямованості** мислення:

- *Амбівалентність* – формування суджень, виходячи з різних принципів, співіснування думок і асоціацій, які взаємно виключаються.
- *Резонерство* – міркування заради міркування, безпредметність мислення, коли відсутні конкретність думок, їх пізнавальний зміст.
- *Розважність мислення* – проявляється у викладенні хворим непотрібних деталей своєї сповіді, зайвих дрібниць, невмінні лаконічно висловити головну думку, яка часто губиться у великій кількості деталей. Розважність мислення часто називають інертністю, вона спостерігається при епілепсії.

Розлади мислення **за продуктивністю** характеризуються зміною мислення, виникненням у ньому тієї чи іншої «продукції». Серед продуктивних розладів мислення виділяють *невідчепні (нав'язливі) ідеї, надцінні ідеї та маячні ідеї*.

Невідчепні (нав'язливі) ідеї – думки, уявлення, спогади, що виникають попри волі людини і утримуються всупереч її бажанню. Хворий ставиться до них критично і бореться з ними.

Надцінні ідеї (домінуючі) – ідеї, що виникають у зв'язку з реальною ситуацією, але надалі стають домінуючимие у свідомості людини, супроводжуються значним емоційним напруженням і відсутністю критичного ставлення до них; це помилкові міркування, що виникають на реальній основі, але переоцінені щодо їх значущості. Надцінні ідеї можна скоригувати за допомогою зовнішнього впливу, з часом вони самі згасають.

Маячні ідеї – це помилкові, неправдиві твердження, що не відповідають реальній дійсності, виникають на хворобливій основі і не піддаються корекції (переконанню). При цьому у хворого відсутнє критичне ставлення до них. За своїм змістом маячні ідеї бувають найрізноманітнішими.

Виділяють маячення *значення, відношення, переслідування, збитків, самоприниження, ревнощів, величі, впливу, самозвинувачення, іпохондричне*

маячення, маячення ревнощів, величі, багатства, винахідництва і відкриття, високого походження тощо.

За В. М. Кузнєцовим та В. М. Чернявським, маячення має такі властивості:

- воно завжди є ознакою хвороби;
- не коригується, спроби коригувати тільки посилюють маячення;
- у ньому присутня паралогічність – «крива логіка»;
- виникає при ясній свідомості;
- маячні ідеї міцно пов'язані з особистістю;
- виникають за достатнього інтелекту.

3. Розлади інтелекту

Під інтелектом розуміють систему усіх пізнавальних здібностей індивіда, а також здатність до пізнання і вирішення проблем, що визначають успішність будь-якої діяльності.

Порушення інтелекту

1. **Недорозвиток інтелекту** (загальний) - порушується розвиток усіх ланок структури інтелекту, і насамперед, інтелекту та його передумов, від чого інвентар інтелекту не може бути достатньо повноцінним і не може бути використаним. Приклад - *олігофренія*. Причиною олігофренії можуть бути несприятлива спадковість чи пренатальні ураження плода внаслідок гострих і хронічних інфекцій, інтоксикацій, травм материнського організму. Мозок плода уражується при краснусі вагітних, при наявності у плода і відсутності у матері резус-фактора.

Для олігофренії характерні низький інтелект, погана пам'ять, порушення уваги, емоційні і вольові порушення. Інколи на тлі загального психічного недорозвинення особи, яка страждає на олігофренію, виявляють окремі гарні здібності, наприклад, робить складні арифметичні обчислення, запам'ятовує довгі вірші тощо.

За ступенем психічного недорозвинення виділяють три клінічні варіанти олігофренії:

- *ідіотія* - це найглибший ступінь психічного недорозвитку.
- *імбецильність* - середній ступінь психічного недорозвитку.
- *дебільність* - це легкий ступінь олігофренії.

Психічне недорозвинення при дебільності може мати різні ступені вираженості.

2. **Частковий недорозвиток інтелекту** - недорозвинуті окремі ланки структури інтелекту. Наприклад: передумови (пам'ять, увага); порушена здібність до конструктивного мислення; дискалькулія; мовні порушення - недорозвиток мовленнєвої функціональної системи (страждає вербалізація розуміння, тобто так званий вербальний інтелект).

3. **Деменція** - синдром недоумкуватості - стійке збіднення психічної діяльності, її спрощення і занепад. Проявляється у послабленні пізнавальних процесів за рахунок зниження пам'яті, здатності до узагальнення, абстракції тощо. При цьому відбувається розлад особистості, втрата критичного

сприйняття свого стану. Хворі не набувають нових знань і не можуть користуватись уже набутими.

4. **Органічний психосиндром (психоорганічний синдром)** - належить до зниження психічних процесів і властивостей особистості. Частково його можна розглядати також як розлад пам'яті та інтелекту. Трапляється при органічних захворюваннях.

Основні симптоми: *зниження уваги, зниження інтелекту (неспроможність до творчої діяльності), лабільність емоцій*. У хворих утруднюється концентрація уваги на зовнішніх об'єктах, часто відволікаються. Дуже страждає *пам'ять* як короткочасна, так і довготривала, особливо запам'ятовування і репродукція. Страждає критичність розуму, поняття дистанції, етичність поведінки, її мотивація. Дії та діяльність часто імпульсивні, мають місце розлади потягів тощо.

5. **Затримка психічного розвитку** (у дітей) - переважно мало знань, умінь, малий світогляд тощо. Основні ознаки ЗПР: збереженість власне інтелекту, розвиток психічних функцій на вік менше, тимчасовий стан.

6. **Функціонально-динамічне страждання інтелекту** - наявні усі структурні компоненти інтелекту, але вони не працюють.

7. **Тимчасова втрата інтелекту** - синдром скороминучої недоумкуватості (набряк мозку).

4. **Порушення мовлення**

Мовлення

- це складна функціональна система мислення та спілкування з оточуючим середовищем, для формування якої потрібен своєчасний розвиток мозкових структур та їх узгоджена робота в поєднанні з умовами соціально-психологічного впливу на розвиток дитини.

У формуванні мовленнєвої функціональної системи беруть участь мозкові анатомічні структури:

- акустичний аналізатор – зумовлює гнозис мовлення – впізнавання різних звуків та звукових рядків. Він розміщується у задньому відділі верхньої скроневої закрутки (зона Верніке) провідної півкулі;
- кінестетичний аналізатор – відповідає за праксис мовлення, розміщується в задньому відділі нижньої лобної закрутки (зона Брока), провідної півкулі.

В організації функції мовлення одночасно беруть участь ліва та права півкулі, незалежно від їх домінування. У дитячому віці, приблизно до 5 років, провідною в організації мовленнєвого процесу є права півкуля. Вимовна частина мовлення також залежить від стану центральної та периферійної інервації органів мовлення (язика, піднебіння, губ, голосових зв'язок).

Виділяють такі **порушення мовлення**.

- **Затримка мовленнєвого розвитку (ЗМР)** – характеризується загальмуванням темпу формування в основному експресивного мовлення відносно етапів його розвитку; виникає при депривації;

- *Загальний недорозвиток мовлення* – зумовлюється порушеннями дозрівання мозкових систем (гностичного і кінетичного аналізатора);
- *Алалія* – характеризується відсутністю і вродженою нерозвиненістю аспектів мовлення, в якому є локальне ураження мовленнєвих аналізаторів: *алалія моторна* – хворий розуміє мову, але не в змозі висловитись, недорозвиток мовленнєвого праксису (порушення в зоні Брока); *алалія сенсорна* – не розуміє мовних сигналів і мовлення не розвивається (порушення в зоні Верніке), *сенсомоторна алалія* – і те, і друге;
- *Затримка мовленнєвого розвитку*, в основі якої лежить вторинне недорозвинення мовлення, спричинене первинним ураженням аналізаторів (слух, зір) або тотальним недорозвитком психіки (розумова відсталість).
- *Розпад мовлення: афазія* – локальний розпад через ураження мовленнєвих та інших зон, причетних до формування та регуляції мовленнєвої функції. Характерна повна або часткова втрата мовлення. Залежно від місця локального ураження розрізняють:
Порушення вимовної функції мовлення:
- *Дизартрія* – це порушення вимовної сторони мовлення (звуковідтворюючої та просодичної) через порушення артикуляційного праксису внаслідок органічного ураження центральної та периферійної інервації органів мовлення (губ, піднебіння, язика, голосових зв'язок тощо) судинного, травматичного, інфекційного, вродженого характеру;
- *Дислалія* – порушення звуковимови, при цьому слух нормальний, збережена інервація мовленнєвого апарату.

Порушення ритму мовлення – заїкання – це порушення процесу мовлення: його темпу, ритму та комунікативної функції; переважно через судоми, які виникають в артикуляційному та дихальному апараті (тонічні заїкування – тягне звук, клонічні заїкування – «стрибає» звук).

Порушення комунікативної функції мовлення: недорозвинення комунікативної функції мовлення як засобу спілкування та організації поведінки дитини; розлад комунікативної функції мовлення – *мутизм* (повна німота).

Рекомендована література: [1;8;доп.5;18]

Контрольні запитання та завдання

1. На які групи поділяє усі порушення мислення основоположник патопсихології Б. В. Зейгарник? Що є критерієм поділу?
2. При яких захворюваннях проявляється таке порушення мислення як резонерство?
3. Які порушення мислення характерні для хворих на епілепсію?
4. Що таке шпреррунг?
5. Чому патопсихологу важливо розуміти порушення мовлення?

Питання з теми, що виносяться на самостійне опрацювання.

Методики дослідження розладів мислення і мовлення (Додаток А).

ТЕМА 6. ПОРУШЕННЯ ЕМОЦІЙНО – ВОЛЬОВОЇ СФЕРИ

План лекції

1. Форми переживання емоцій і почуттів та їх порушення.
2. Синдроми розладу емоцій (афективні синдроми).
3. Розлади волі.
4. Методики дослідження порушень емоційної та вольової сфери.

Ключові слова: афект, ейфорія, дисфорія, депресія, фрустрація, стрес, фобії, алекситимія, ангедонія, абулія, апраксія.

1. Форми переживання емоцій і почуттів та їх порушення

Емоції належать до філогенетично найбільш ранніх форм відбиття об'єктивної реальності у структурі мозку (гіпоталамус) та у свідомості. Одним з перших емоційних проявів було відчуття болю.

Емоційні стани можуть бути спричинені як зовнішніми факторами (фізичними подразниками, міжособистісними стосунками тощо), так і внутрішніми (розлади гомеостазу, вегетативної нервової системи).

Емоції (від лат. *emovere* - збуджувати, хвилювати)

– це різні форми переживання організмом своєї життєдіяльності, ставлення до зовнішнього середовища і до самого себе.

Залежно від інтенсивності емоцій виділяють:

Настрій

– відносно стійкий емоційний стан. Формується під впливом різних сприйнять, вражень, інтероцептивних сигналів і становить головний емоційний фон. Настрій може коливатись у бік підвищення чи зниження.

Розлади настрою:

- *ейфорія* – підвищений настрій з відтінком благодушності, задоволення, радощів, що не відповідає ситуації і обставинам особистого життя хворого;
- *дисфорія* – стан похмурого, тужливо-злостивого настрою з відтінком невдоволення, роздратованості, що виникає часто несподівано, без зовнішньої причини і продовжується від декількох хвилин до багатьох днів;
- *депресія* – пригнічений, тужливий настрій, що може спостерігатись багато днів і місяців;
- *емоційна лабільність* – коливання настрою, легкі переходи від благодушності до гнівливого чи пригніченого стану.

Страх

– стан тривожного боязливого напруження, що виникає невмотивовано (нічний страх при неврозах, страх у хворих на шизофренію, судинні психози, при гіпертонічних кризах). Це почуття внутрішньої напруженості, пов'язане з очікуванням конкретних загрозливих подій, дій тощо.

Для оцінювання міри патологічності страхів використовують параметри:

- *адекватності;*
- *інтенсивності;*
- *тривалості;*
- *міри контрольованості людиною почуття страху.*

Фобії

– нав'язливий страх, що переживається часто, погано контролюється й істотно порушує самопочуття та діяльність людини

Поширені види фобій

агарофобія

клаустрофобія

соціофобія

нозофобія

контрастні нав'язливості

Афект

– інтенсивний, короточасний емоційний стан. для якого характерні швидкий, бурхливий початок, виразні вегетативні симптоми, що супроводжуються істотними змінами в поведінці. Може призводити до дезорганізації поведінки і немотивованих вчинків.

Патологічний афект

– афект, що виникає без достатньої зовнішньої причини, перебігає з ознаками порушення свідомості, значними вегетативними проявами без цілеспрямованої діяльності та амнезією своєї поведінки після закінчення афекту.

Тривога

– стан немотивованого неспокою, хоча хворі намагаються пояснити свій стан і поведінку різними психологічно зрозумілими причинами. Це почуття внутрішньої напруженості, пов'язане з очікуванням загрозливих подій.

Розлади емоцій:

туга	
апатія	
амбівалентність	
алекситимія	
ангедонія	
неадекватність емоцій	

При ангедонії втрачається мотивація до діяльності, включаючи спорт, музику, хобі, сексуальну активність і соціальні взаємодії. Зустрічається при депресіях, шизофренії, тривожному розладі, посттравматичному синдромі, деперсоналізації. Може бути побічним ефектом лікування нейрорептиками.

2. Синдроми розладу емоцій, афективні синдроми:

Маніакальний синдром характеризується тріадою симптомів:

- підвищений настрій,
- прискорене мислення,
- рухлива активність.

Зустрічається при біполярному афективному розладі; шизофренії, травмах мозку, отруєнні деякими речовинами, інфекціях);

Депресивний синдром – тріада симптомів:

- настрої тужливий,
- уповільнене мислення,
- рухова (моторна) загальмованість.

Зустрічається при біполярному афективному розладі; шизофренії, судинних порушеннях тощо).

Розрізняють два види недорозвитку емоцій:

- *загальний недорозвиток емоцій* – у структурі загального психічного недорозвитку (олігофренія), прояви емоцій можуть бути у формі стереотипних рухів, дій;
- *парціальний недорозвиток емоцій* – синдром Каннера – дитячий аутизм (безпристрасне обличчя, відсутність співчуття, не дивляться у вічі, не проявляють мімічних ознак емоційних проявів).

3. Розлади волі

Людина з моменту народження постійно має різні потреби: спочатку найпростіші, а потім все більш різноманітні і складні, що мають значення не лише для підтримки гомеостазу, а й для самовизначення в умовах соціального середовища. Реалізація потреб здійснюється за допомогою мотивів та форм діяльності, спрямованих на задоволення потреб. Активна цілеспрямована психічна діяльність отримала назву «воля». Цілеспрямована діяльність людини є свідомою і включає уявлення про кінцеві або передбачувані результати праці.

Вольовий процес можна описати у вигляді трьох етапів:

- виникнення потягу (спонукання);
- постановка мети і мотивація;
- завершення дії здійснення мети.

Розлади волі проявляються у вигляді:

- **незрілості і недорозвитку волі** – некерованість вольовою поведінкою (синдром дефіциту уваги, гіперкінетична поведінка, олігофренія);
- **надмірної активності**. Хворобливе посилення вольової активності буває у наркоманів при пошуках наркотиків, у маніакальних хворих, психопатичних осіб і має назву *гіпербулія*. Ця активність має однобічний характер, її продукція є хворобливою, супроводжується підвищеною балакучістю;
- **послаблення активності** – *гіпобулія* – спостерігається при депресивних станах та інших формах пригнічення психічної діяльності. При депресії хворі з великим зусиллям рухаються, довго добирають і насилу вимовляють слова, віддають перевагу перебуванню в ліжку. Відсутність вольової активності – *абулія* часто поєднується з моторною загальмованістю (ступором) або аутизмом (повною німотою);
- **перекручення вольової активності** – *парабулія* – трапляється при шизофренії та деяких хворобах, що супроводжуються зниженням інтелекту. Проявляється негативізмом – безпідставною впертістю, невиконанням діяльності; *амбітендентністю* – одночасно наявні активні дії та відмова від них; *імпульсивністю* – безмотивність дій і вольова некерованість;
- **розладів потягу**. Потяг визначається потребами, це складне явище, воно формується на основі безумовних рефлексів – інстинктів, які опосередковуються корою півкуль великого мозку і відбиваються у вольовій діяльності. Крім інстинктивних потреб, потяг включає в себе потреби вищого рівня.

Розлади потягу:

1. **Послаблення і посилення харчового потягу**. Зниження чи відсутність апетиту – *анорексія* (втрата бажання споживати їжу), відмова від їжі. Відмова від їжі у хворого може бути пов'язана з наявністю у нього маячних ідей отруєння, самозвинувачення, нюхових чи смакових галюцинацій, ступору, тяжкої депресії, істеричного неврозу. Постійна відмова від їжі може призвести до виснаження хворого. Підвищення (посилення) харчового потягу проявляється підвищеним апетитом і почуттям голоду (*булімія*), а також багатоядністю (*поліфагія*).

2. Послаблення і посилення статевого потягу. Посилення статевого потягу (*гіперсексуальність*) часто трапляється при маніакальних станах, при органічних захворюваннях головного мозку. Зниження статевого потягу (*гіпосексуальність*) буває при депресії, шизофренії, астеничних станах, неврозах.

3. Перекручення потягу – торкається різних інстинктів.

- *Розлад інстинкту самозбереження* – проявляється прагненням нанести собі шкоду гострими предметами, проковтнути неїстівні речі (цвяхи, голки, ложки, ножиці). Інколи це робиться через хворобливе прагнення стати об'єктом хірургічної операції для видалення проковтнутих предметів. Трапляється потяг до самогубства (*суїцидоманія*), до поїдання власних екскрементів (*копрофагія*).

- *Перекручення статевого потягу (перверзії, парафілії)* - торкаються різних форм статевого життя. Найчастіше трапляються:

- гомосексуалізм – потяг до особи однойменної статі;
- трансвестизм – хворобливий потяг до переодягання в одяг протилежної статі;
- ексгібіціонізм – хворобливий потяг до оголення статевих органів у присутності жінок;
- садизм – потяг завдавати статевому партнеру больових відчуттів, щоб досягти статевого задоволення;
- мазохізм – бажання зазнати від статевого партнера больових відчуттів;

Рідше трапляються:

- педофілія – статевий потяг до дітей;
- некрофілія – статевий потяг до трупів;
- зоофілія (скотолозтво) – статевий потяг до тварин;
- фетишизм – статевий потяг до речей.

4. Імпульсивні потяги і дії – виникають раптово. За своїм змістом імпульсивний потяг вступає у протиріччя з усталеними міжособистісними і соціальними стосунками. Цим нагадує невідчепні ідеї. Відрізняється від них нездоланністю прагнення до реалізації, втратою здатності боротися з потягом, що нерідко набуває кримінального характеру. До імпульсивних дій відносять такі види потягу:

- *піроманія* – потяг до підпалів;
- *клептоманія* - потяг до крадіжок без корисливої мети;
- *дромоманія* – потяг до бродяжництва (волоцюги).

Розлади психомоторики:

- недорозвиток психомоторики;
- гіпокінезії – зменшення дій та довільних рухів;
- гіперкінезії – рухове збудження; ехопраксії - повторення рухів співрозмовника; ехолалії – повторення слів; ехомімії - копіювання міміки;
- паракінезії – спотворення рухів;
- гіперкінези – мимовільні рухи окремих м'язів або групи м'язів.

Розлад цілеспрямованості дій – *диспраксія* – спостерігається головним чином при органічних неврологічних захворюваннях, рідше – за деяких психічних розладів, в основному таких, які пов'язані з органічними ураженнями нервової системи. Більш легкий ступінь диспраксії – апраксія - втрата здатності здійснювати цілеспрямовані дії за збереження рухової і координаційної здатності. Трапляється за вогнищ уражень кори великих півкуль головного мозку і провідних шляхів мозолистого тіла.

4. Методики дослідження порушень емоційної та вольової сфери (на самостійне опрацювання, Додаток А).

Найбільш поширеними є такі методики як САН; опитувальник агресивності Баса-Дарки; Дослідження суб'єктивного контролю; Дослідження імпульсивності; Дослідження наполегливості тощо.

Рекомендована література:[4;9;11;доп.1;2;18]

Контрольні запитання та завдання

1. Яким чином порушення емоційної та вольової сфери пов'язані між собою?
2. У якій частині головного мозку знаходять центри регуляції емоцій?
3. Для яких захворювань характерні депресивні стани?
4. Які проявляються емоції при біполярному афективному розладі?
5. Що таке абулія?
6. Які вам відомі методики дослідження емоційно – вольової сфери особистості?

Питання з теми, що виносяться на самостійне опрацювання.

Методики дослідження порушень емоційної та вольової сфери.

ТЕМА 7. ПОРУШЕННЯ СВІДОМОСТІ ТА УВАГИ.

План лекції

1. Поняття свідомості у філософії, психології і психіатрії.
2. Психологічна характеристика окремих видів порушення свідомості.
3. Розлади самосвідомості.
4. Розлади уваги.
5. Основні методи дослідження порушень уваги.

Ключові слова: свідомість, несвідоме, делірій, онероїд, оглушення, гіперактивність.

1. Поняття свідомості у філософії, психології і психіатрії

Свідомість

– інтегрована сфера психічної діяльності; є вищою формою відображення дійсності, способом ставлення до об'єктивних закономірностей.

Вважають, що свідомість володіє такими характеристиками: *уява і рефлексія*. Свідомість людини оцінюється на основі:

- усвідомлення нею себе (власної особистості) та ідентифікації;

- усвідомлення простору і часу, у якому в даний момент вона існує (характеристика патології свідомості виходить саме з даної ознаки).

Усвідомлення людиною власної особистості (самосвідомість) є істотною ознакою психічної норми. Багато психічних захворювань можуть порушувати процес самоусвідомлення і приводити до того, що людина усвідомлює себе множинною.

К. Ясперс протиставляв усвідомлення власного «Я» предметній свідомості і виділив чотири формальних ознаки самосвідомості, порушення яких веде до психічної патології [11]:

- почуття діяльності – усвідомлення себе в якості активної істоти;
- усвідомлення власної єдності у кожен момент часу;
- усвідомлення власної ідентичності;
- усвідомлення того, що «Я» відрізняється від решти світу, від усього, що не є «Я».

Вслід за К. Ясперсом за критерії затьмареної свідомості приймають:

- дезорієнтацію в часі, місці, ситуації;
- відсутність чіткого сприймання оточуючого;
- різні міри незв'язності мислення;
- труднощі в спогадах (відтворенні) подій, що відбуваються, і суб'єктивні хворобливі явища.

Для визначення стану затьмареної свідомості вирішальне значення має встановлення сукупності усіх вказаних ознак.

2. Психологічна характеристика окремих видів порушення свідомості:

Розлади свідомості:

а) приглушений стан свідомості.

Трапляється при гострих порушеннях ЦНС, інфекційних захворюваннях, отруєннях, черепно-мозкових травмах. Характеризується різким підвищенням порогу для всіх зовнішніх подразників, утрудненням утворення асоціацій. Хворі відповідають на запитання ніби «спросоння», складний зміст запитання не осмислюється. Відзначається сповільненість у рухах, мовчазність, байдужість до оточуючого. Вираз обличчя у хворих байдужий. Дуже легко настає дрімота. Орієнтування в оточуючому неповне чи відсутнє. Триває від кількох хвилин до кількох днів (при травмах, інфекціях, отруєннях); при пухлинах мозку може тривати значно довше.

б) деліріозне затьмарення свідомості. Різко відрізняється від приглушеного стану свідомості. Орієнтування в оточуючому теж порушене, однак воно полягає не в послабленні, а в напливах яскравих уявлень, уривків спогадів, що безперервно виникають. Виникає не просто дезорієнтація, а хибна орієнтація в часі і просторі. На тлі деліріозного стану свідомості виникають деколи перехідні, деколи більш стійкі ілюзії і галюцинації, ідеї маячення. На відміну від хворих, які перебувають у приглушеному стані свідомості, хворі у делірії говіркі. Як правило, вночі деліріозний стан підсилюється. Спостерігається в основному у хворих з органічними ураженнями головного мозку після травм, інфекцій.

Тривалість делірію - від кількох годин до 3-5 діб. Усе, що хворий переживає у стані делірію, досить добре зберігається у його пам'яті. Художники, які перенесли делірій, після нього добре відтворюють галюцинації в малюнках.

в) *онейроїдний (сновидний) стан свідомості.*

Характеризується дивовижною сумішшю відображення реального світу і фантастичних яскравих уявлень, які рясно виринають у свідомості. Хворі здійснюють міжпланетні подорожі, «виявляються серед жителів Марсу» тощо. Іноді хворий може зупинити фантазування, але непомітно для нього у свідомості знову починають виникати такого роду фантазії, у яких спливає, по-новому формуючись, весь попередній досвід, усе, що він бачив, чув, читав. Одночасно хворий може стверджувати, що він перебуває у психіатричній лікарні, що з ним розмовляє лікар. Виявляється співіснування реального і фантастичного.

Якщо при делірії відбувається відтворення деяких елементів, окремих фрагментів реальних подій, то при онейроїді хворі нічого не пам'ятають з того, що відбулось у реальній ситуації, вони згадують іноді лише зміст своїх маячень. Буває при інфекційних захворюваннях, травмах голови, нападах подібній шизофренії.

г) *сутінковий стан свідомості.*

Суть проявляється в образному порівнянні із сутінками, коли коло об'єктів сприйняття обмежене, саме сприйняття нечітке, викривлене, уривчасте. Внаслідок цього виникає обмеженість та неповнота інформації, що надходить до мозку, зниження об'єму асоціацій, їх викривлення. Порушується властиве нормальному мисленню опосередковування ситуації, блокується співвідносність теперішнього з минулим досвідом: усе знайоме сприймається як уперше, побачене уявляється незнайомим. Поведінка втрачає цілеспрямованість.

Часто сутінковий стан свідомості супроводжується галюцинаціями, ідеями маячення. Під впливом маячення і напруженого афекту хворі можуть здійснювати небезпечні вчинки.

Сутінковий стан свідомості, який протікає без маячення, галюцинацій, зміни емоцій, має назву «амбулаторного автоматизму» (мимовільне блукання). Хворі, які страждають цим розладом, вийшовши з дому з певною метою, можуть раптом незрозумілим для себе чином опинитися в іншому кінці міста. Приступ сутінкового стану свідомості закінчується критично, нерідко з наступним глибоким сном. Характерна риса - наступна амнезія (спогади про період затьмарення повністю відсутні).

3. Розлади самосвідомості:

а) *псевдодеменція.*

Може виникнути за тяжких деструктивних змін у центральній нервовій системі і за реактивних станів, характеризується розладами судження, які гостро настають, а також інтелектуально-мнестичними розладами. Хворі забувають назви предметів, дезорієнтовані, важко сприймають зовнішні

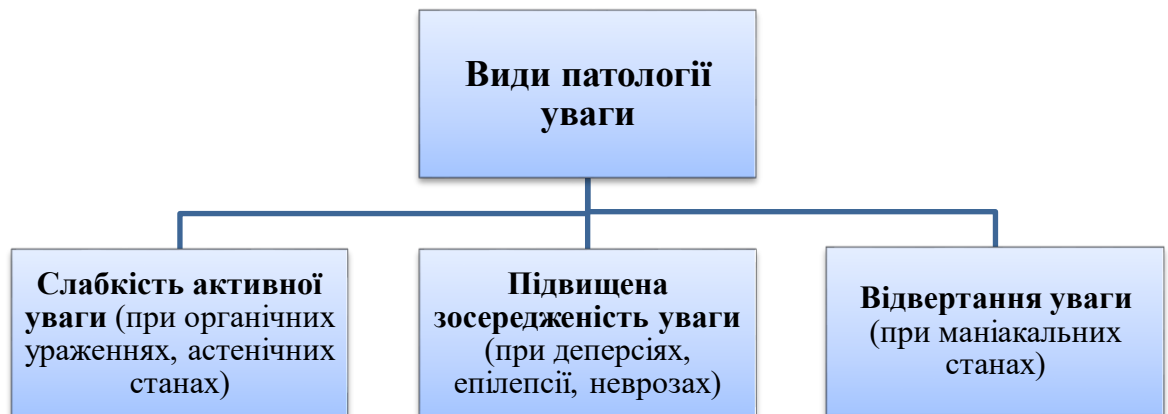
подразники. Утворення нових зв'язків утруднене, часом можна помітити ілюзорні обмани сприймання, нестійкі галюцинації з руховим неспокоєм. Хворі апатичні, емоційні прояви бідні, недиференційовані. Поведінка нерідко нагадує навмисне дитячу. Так, грамотний хворий для того, щоб відповісти на запитання, скільки у нього пальців на ногах, знімає шкарпетки, щоб порахувати їх.

б) *деперсоналізація*.

Своєрідна форма порушення самопізнання. Характеризується відчуттям відчуження власних думок, афектів, дій, свого «Я», які сприймаються ніби зі сторони. Частим проявом деперсоналізації є порушення «схеми тіла» - порушення відображення в нашій свідомості основних якостей і способів функціонування власного тіла, його окремих частин і органів. Такі порушення можуть виникнути за різних захворювань - епілепсії, шизофренії, після черепно-мозкових травм.

4. Розлади уваги

З патологічних проявів уваги слід вказати на такі: *нестійкість, недостатня концентрація, порушення розподілу, уповільнення переключення, розсіяність*. Патологічні прояви уваги вивчені недостатньо, оскільки виділення її в самостійний пізнавальний процес багато дослідників ставлять під сумнів [10].



У дитячій практиці виділяють *синдром дефіциту уваги й гіперактивності (СДУГ)*. Його ознаки:

- неспокійні рухи в кистях і стопах (сидячи на стільці, корчаться, «звиваються»);
- неможливість спокійно сидіти на місці, коли це потрібно;
- легке відволікання на сторонні стимули;
- нетерплячість (ледве дочікується своєї черги під час ігор і різних ситуацій у колективі);

- схильність відповідати, не задумуючись, не вислухавши до кінця запитання;
- труднощі при виконанні запропонованих завдань (непов'язані з недостатнім розумінням чи негативною поведінкою);
- труднощі підтримання уваги при виконанні завдань чи під час ігор;
- частий перехід від однієї незавершеної дії до іншої;
- неможливість гратись тихо і спокійно;
- балакучість;
- схильність заважати іншим, «докучати» оточуючим (наприклад, втручатись в ігри інших дітей);
- схильність губити речі, необхідні в школі і вдома (наприклад, олівці, іграшки, книги і т.д.);
- часте здійснення небезпечних дій (недовраховання наслідків). При цьому не шукає пригод чи гострих відчуттів (наприклад, перебігає вулицю, не оглядаючись по сторонах)) [7].

Рекомендована література: [2; 3;7; 11;13; доп. 3; 4;15]

Контрольні запитання та завдання

1. Які ознаки порушення свідомості?
2. При яких захворюваннях з'являється делірій?

Питання з теми, що виносяться на самостійне опрацювання.

1. Поняття свідомості у філософії, психології і психіатрії (*індивідуальна робота, реферати*).
2. Основні методи дослідження порушень уваги (Додаток А).

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ТА РЕКОМЕНДОВАНИХ ДЖЕРЕЛ

Базова література

1. Зейгарник Б.В. Патопсихология : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Б.В.Зейгарник. – 4-е изд., стер. – М.: Издательский центр «Академия», 2006.–208 с.
2. Зінченко С.М. Патопсихологія. Методики дослідження: метод. Посібник / С.М.Зінченко. – К., 2004. – 101 с.
3. Клиническая психология: Учебник. 2 – е изд. / Под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб: Питер, 2006. – 960 с.
4. Комер Р. Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики / Р. Комер. – СПб.: прайм – ЕВРОЗНАК, 2005. – с.
5. Леонгард К. Акцентуированные личности / К.Леонгард. – К.: Вища Школа, 1981. – 392 с.
6. Личко А.Е. Типы акцентуаций характера и психопатий у подростков. / А.Е.Личко. – М.: Апрель Пресс, ЭКСМО-Пресс, 1999. – 416 с.
7. Максимова Н.Ю. Основи дитячої патопсихології : Навч.посібник / Н. Ю.Максимова, К. Л. Мілютіна, В.М. Піскун.– К. : Перун, 1996. – 464 с.
8. Мартинюк І. А. Патопсихологія: навч. посіб. / І. А. Мартинюк. – К.: Центр учбової літератури, 2008. – 208 с.
9. Никоненко Ю.П. Клінічна психологія. Навчальний посібник / Ю.П. Никоненко. – Київ : КНТ, 2016. – 369 с.
10. Основи загальної та клінічної психології. Підруч. для студ. вищ. мед. закл. освіти I-IV рівнів акредитації. / за ред.проф. І.С.Вітенко і проф. О.С.Чабана./ – Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. – 344 с.
11. Психіатрія і наркологія /В.Л.Гавенко, В.С.Бітенський, В.А.Абрамов та ін.; За ред.В.Л.Гавенка, В.С.Бітенського. – К.: Здоров'я, 2009. – 512 с.

Допоміжна література

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. Ю.А.Александровский. – М.: Медицина, 1993. – 400 с.
2. Детская патопсихология: Хрестоматия / Сост. Н.Л.Белопольская. –М.: Когито-Центр, 2001. – 351 с.
3. Блейхер В.М. Практическая патопсихология / В.М.Блейхер, И.В.Крук И.В., С.Н.Боков. – М.: МПСИ Модэк. – 624 с.
4. Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий. Их статика, динамика, систематика/ Избр. труды. / П.Б Ганнушкин. – М.: Медицина, 1964. – С. 116-252.
5. Жмуров В.А. Психопатология / В.А.Жмуров. – М.: Медицинская книга, 2002. – 668 с.
6. Зейгарник Б. В. Личность и патология деятельности / Б.В.Зейгарник . – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1971. – 99 с.

7. Зейгарник Б.В. Очерки по психологии аномального развития личности / Б.В.Зейгарник, Б.С.Братусь. – М.: Медицина, 1980. – 169 с.
8. Кернберг О.Ф. Тяжелые личностные расстройства: Стратегии психотерапии / О.Ф. Кернберг. – М.: Класс, 2000. – 464 с
9. Клиническая психология. / Под ред. Перре М.; Пер. с нем. – СПб.: Питер, 2002, 2003. – 1312 с.
10. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии / А.Р.Лурия. – М.: Медицина, 1973. – 374 с.
11. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. – К.: Факт, 1999. – 272 с.
12. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. / В.Д.Менделевич. – М.: Медпресс, 2002 – 592 с.
13. Патопсихологическая диагностика / В.М. Блейхер, И.В. Крук.–К.: Здоров'я, 1986. – 280 с.
14. Патопсихология : учебник / Е.А.Орлова, Р.В.Козьяков, Н.С.Козьякова. – М. : Издательство Юрайт, 2011. – 235 с.
15. Пезешкиан Н. Психология повседневной жизни / Н.Пезешкиан. – М., 1995. – 336 с.
16. Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии / С. Я. Рубинштейн. – М.: ЗАО Изд-во ЭКСМО-Пресс, 1999. – С.33– 163.
17. Спіріна І.Д. Медична психологія / І.Д.Спіріна, І.С.Вітенко, О.К.Напрєєнко та ін. – Дніпропетровськ: ЧП «Ліра» ЛТД, 2012. – 444с.
18. Хадри И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными / И. Хадри. – Будапешт. 1981. – 286 с.
19. Хьелл Л. Теории личности / Л.Хьелл, Д.Зиглер. – СПб.: Питер Пресс, 1997. – 608 с.
20. Штих І.І. До питання психічного здоров'я студентської молоді Психологія: теорія і практика: збірник наукових праць / ред. кол. : І. О. Корнієнко (гол.ред.) та ін. – Мукачево : РВВ МДУ, 2018. – Випуск 1 (1)'. – С. 128 – 135.
21. Штих І. І. Психогенетичні аспекти розладів аутичного спектру / І. І. Штих, М. П. Муравйова // Сучасні тенденції розвитку науки і освіти в умовах поглиблення євроінтеграційних процесів [Електронний ресурс]: збірник тез доповідей Всеукраїнської науково-практичної конференції (17-18 травня 2017 р.) / Гол.ред. Т.Д. Щербан. – Мукачево : РВВ МДУ, 2017. – С.215-217.
22. Shtikh I. Concepts of norms and pathology in psychological science: a theoretical overview / I. Shtikh // Fundamental and Applied Researches in Practice of Leading Scientific Schools : scientific journal. – Kyiv-Canada, 2019. – Vol 35, №5. – P. 75 - 79. – [ImpactFactor] [IndexCopernicus]

ДОДАТОК А

Психологічні методи обстеження хворих

Психічний процес, який досліджується	Об'єкт дослідження	Процедура дослідження
Дослідження відчуття і сприйняття	Впізнавання зображень на картинках	<p>Сприйняття звичайних картинок, упізнавання зображень при наявності лише елементів зображення (контурів, силуетів, основних штрихів) чи побічних елементів, що затруднюють впізнавання.</p> <p>Обстежуваному пропонують роздивитися одне за одним зображення і назвати їх. Спочатку показують більш прості картинки з чітким зображенням деталей, потім – дрібніші, контурні, силуетні, закреслені, накладені одна на одну і т.д. по мірі зростання складності. Контурні малюнки із зображенням собаки показують по черзі зліва направо і пропонують досліджуваному «домалювати» в своїй уяві те, чого не вистачає. Для дослідження оптичного гнозису використовують спеціальні таблиці. Порушення сприйняття зображень особливо часто спостерігається у хворих із явищами психічної слабкості і розладами свідомості (астенічні, аментивні, аметивноподібні стани), у дітей із вираженою розумовою слабкістю. Залежно від вираженості розладів зображення більш прості і близькі до реальних предметів сприймаються вірно, а сприйняття малюнків силуетних, контурних, незакінчених, перекреслених або накладених один на одного є ускладненим.</p>
	Сенсорна збудливість і реакції вегетативної	Хворому пропонують вдивитися у таблиці, що зображують «рухливі квадрати», а потім – у таблицю «хвилястий фон». При розгляданні

	<p>нервової системи при сприйнятті ускладнених малюнків</p>	<p>першої таблиці, друга закривається білим листком паперу і навпаки. Вдивляючись у другу таблицю, досліджуваний повинен підрахувати квадратики у першому ряду. Фіксується час, витрачений на підрахунок квадратиків у кожному ряду, а також вегетативна реакція і скарги досліджуваного, що виникають при першому погляді на «рябий фон», спрямування «обертання» квадратиків. На іншій таблиці пропонують по черзі підрахувати неясно намальовані кола, квадратики і трикутники, розкидані на фоні хвилястих ліній. При цьому потрібно звертати увагу на те, як обстежуваний сприймає хвилястий фон, які у нього виникають суб'єктивні відчуття, чи не намагається він повернути картинку так, щоб хвилясті лінії знаходились вертикально, для полегшення сприйняття малюнку. В рамках психопатологічних станів (делірій і передделірій, гіперестетична емоційна лабільність, сенсорна форма енцефаліту, наслідки арахноїдиту і т.ін.) на початку пізнавального процесу мають явно переважати емоційні та вегетативні реакції. При першому погляді на «рябий» чи «хвилястий» фон у хворих із вираженою сенсорною збудливістю виникають вегетативні реакції, ілюзорний стереоскопічний обман (хвилі здаються випуклішими), неприємні відчуття мов при розкачуванні, мерехтіння перед очима і т.д. Це дослідження допомагає «об'єктивізувати» скарги і слугує диференційно-діагностичним критерієм токсичних і органічних уражень головного мозку.</p>
<p>Дослідження мислення</p>	<p>Узагальнення</p>	<p>Зображення або назви різних предметів пропонується назвати одним словом, узагальнюючим родовим поняттям.</p>

	понять	Завдання на перевірку функціонування другої сигнальної системи: досліджується здатність до синтезу і сприйняття асоціацій з минулого життєвого досвіду. Наприклад, назвати одним словом: а) поезія, музика, живопис, кіно; б) корова, кінь, віслюк, свиня.
	Розподіл понять	Пропонується назвати відомі пацієнту види тварин, рослин, тканин та ін. Досліджується логічний процес, протилежний узагальненню. Використовується стосовно другої сигнальної системи, аналізу.
	Визначення і розмежування понять	Пропонується дати визначення, що таке кішка, життя, сніг, горизонт, правда, і т.п., визначити різницю між дитиною і карликом, скупістю і ощадливістю, сосною і березою, бджолою і мухою і т.п. Досліджується складна аналітико-синтетична діяльність другої сигнальної системи, яка базується на здатності виділяти суттєві поняття. Це ґрунтується на виділенні загальних суттєвих ознак предметів та явищ, відображенні суттєвих ознак через мовні реакції.
	Виключення понять	Пропонується виділити з групи предметів об'єднаних одним родовим поняттям предмету, який не стосується цього поняття. Завдання потребує розрізнення корою мозку складних комплексних подразників по загальних і суттєвих ознаках в однорідних комплексах. Це основа класифікації предметів, що у минулому життєвому досвіді отримали підтримку. Наприклад: а) сміливий, хоробрий, злий, відважний, рішучий; б) хвилина, секунда, доба, година, вечір; (яке слово потрібно виключити, щоб залишилися тільки однорідні).
	Аналіз відношень понять	Виявлення вміння встановлювати і узагальнювати відношення між

		<p>поняттями. Виділення відношень забезпечується цілісністю кіркового аналізу при провідній ролі другої сигнальної системи. Обстежуваному пропонують вибрати у ряді відношень аналогічне першому відношенню даного ряду. Наприклад, до відношення «бібліотека» (книга) піддослідний повинен вибрати відношення «ліс» (дерева), керуючись загальним поняттям ціле/частина</p>
	<p>Розуміння переносного змісту прислів'я і метафори</p>	<p>Прислів'я з погляду фізіології є складним словесним подразником, що має дві основні ознаки: прямий і переносний зміст. Друга ознака виділяється на основі першої за механізмом часового зв'язку (асоціації), що утворений минулим життєвим досвідом. Нерозуміння переносного змісту прислів'я обумовлюється виснаженням або гальмуванням цього зв'язку. Трапляється також нерозуміння переносного змісту прислів'я внаслідок гіпнотичного стану кори. У цьому випадку певна ознака подразника - переносний зміст прислів'я - викликає гальмівну дію, а менш суттєва ознака - прямий зміст - діє позитивно. Розуміння переносного змісту незнайомого прислів'я обумовлене абстрагуванням від прямого змісту внаслідок відтворення зв'язку життєвого досвіду між великими і малими узагальнюючими словами. При нерозумінні переносного змісту хворі підбирають вислови, які мають зовнішню подібність із прислів'ям. Це свідчить про недостатній розвиток абстрактного мислення з фіксацією на загальних другорядних елементах. Досліджуючи розуміння метафор (заяча душа, тяжка людина, вовчий апетит, глухий степ, кам'яне серце), пацієнту пропонують відповісти щодо того, у</p>

		якому значенні вживають ці вирази.
	Силогізми	умовисновки, в яких із двох категоричних суджень, пов'язаних одним загальним терміном, виходить третє, яке називають висновком, причому пов'язуючий термін у висновку відсутній. Приміром: Люди смертні. Цезар людина. Отже, Цезар – смертний.
Дослідження пам'яті	Проба на запам'ятовування 10 слів	тестується механічна слухова паять. Обстежуваному 3 рази зачитують 10 не пов'язаних між собою слів. Після кожного прочитання просять повторити слова у будь-якій послідовності, занотовуючи у протоколі вірність відповідей. Через годину пропонують повторити запам'ятовані слова і дані занотовують до протоколу. В нормі, при третьому повторюванні обстежуваний відтворює 9 чи 10 слів. Приклад слів: голка, роза, межа, кішка, горе, пам'ять, книга, вино, поле.
	Заучування тексту	зачитують текст, що має певну кількість смислових одиниць. Досліджується короткочасна безпосередня пам'ять і функції ретенції. При відтворенні враховується не тільки кількість, а й послідовність відтворених асоціацій. В нормі після 2-3 кратного зачитування легко справляються із заучуванням. Виражені порушення спостерігаються при органічних ураженнях головного мозку різного генезу.
	Повторювання чисел у прямій і зворотній послідовності. Досліджується оперативна пам'ять	Пацієнтові зачитуються двозначні числа із послідовним нарощуванням їх розмірів у прямому, а далі – зворотньому порядку. Правильне їх відтворення характеризує обсяг оперативної пам'яті. В нормі це від 2 до 7 елементів
	Запам'ятовування геометричних фігур, простих і більш складних	досліджується можливість створення і відтворення одразу декількох тривалих зв'язків, що замикаються на подразники першої сигнальної системи (зорові

	малюнків	комплекси – незнайомі і знайомі, відносно прості і більш складні). Досліджуваному пропонують уважно роздивитися і запам'ятати геометричні фігури на таблиці протягом 10 секунд (інша половина таблиці закривається), а далі просять відшукати їх серед фігур, що зображені на іншій половині таблиці. В нормі досліджувані запам'ятовують не менше 5-6 фігур. Таким же чином проводиться дослідження на запам'ятовування зображень інших предметів на відповідних таблицях.
Дослідження уваги	Послідовне і ускладнене віднімання чисел, перераховування місяців і днів.	Пропонують послідовно усно віднімати від 100 непарне число, зазвичай 17 або 7, більш легким завданням є 13 або 3. Оцінюючи результати дослідження, відзначають похибки в одиницях (розлади комбінаторики) і десятках (порушення уваги). Пропонують порахувати цифри, перерахувати місяці і дні неділі у прямому та зворотному порядку, пропускаючи кожен другу і четверту цифри або назви.
	Відшукування чисел	Використовуються таблиці Шульте, за допомогою котрих досліджують темп і обсяг уваги. Зазвичай використовується п'ять різних таблиць на яких хаотично в клітинках внесені числа від 1 до 25. Необхідні секундомір і указка. Пропонується відшукати і вказати указкою на таблиці числа у напрямку їх зростання від 1 до 25. Експериментатор відслідковує правильність дій досліджуваного і позначає час за секундоміром. Нормальний результат складає від 30 до 50 секунд (в середньому 40-42 сек.) на таблицю, тоді як, приміром, при вираженому атеросклерозі головного мозку на одну таблицю витрачається до 2-3 хвилин.
	Коректурна проба	Досліджуються стійкість, здатність до

	і рахунок за Крепеліном.	концентрації, виснажуваність і переключення уваги. Здійснюється за допомогою спеціальних бланків з рядками літер чи стовбчиків цифр. Треба або закреслювати одну чи дві певних літери за вибором дослідника, або на швидкість додавати цифри у стовбчик, записуючи знизу стовбчика суму. Кожні 30 чи 40 секунд роблять помітку у тому місці таблиці, де зараз працює пацієнт. Також фіксується час, затрачений на всю операцію. Враховується кількість помилок на одиницю часу, темп виконання завдання, розподіл похибок протягом часу виконання тесту. Завдання можна застосовувати повторно, для оцінки динаміки стану під впливом терапії.
Дослідження інтелекту	Відповідність наявного запасу знань і освіти життєвому досвіду.	Для цього пропонують ряд питань, котрі обов'язково мають бути адекватні освіті та можливому рівню розвитку інтелекту. Якщо цього не врахувати, то наступний контакт із хворим може бути порушеним, особливо у випадках, коли хворого із вищою освітою почати запитувати елементарні відомості, або коли при відсутності у хворого відповідної освіти, йому будуть запропоновані надто складні питання. Питання мають містити в собі можливість виявити оптимальність орієнтації і поведінки хворого у звичайних життєвих ситуаціях (як хворий діяв би на випадок пожежі, заблудившись у лісі, здійснюючи покупку на ярмаркові, тощо). Надалі відповідно до наявного розумового вантажу застосовуються відповідні завдання для перевірки можливостей більш складного аналізу і синтезу.
	Складання картинок із відрізків	Пропонують у зростаючій складності співставити 6 малюнків, розрізаних на частини. Перші три малюнки розрізані на 4, а інші - на більшу кількість частин.

		<p>Перший і четвертий малюнки однакові, але розрізані по-різному. Для повторного дослідження потрібно мати кілька аналогічних комплектів. Відрізки малюнка даються досліджуваному без певного порядку, перевернутими і без цілого зразка. Враховуються не тільки час, витрачений на виконання роботи і кінцевий результат, але й особливості виконання завдання. Вірне виконання потребує спочатку аналізу наданого матеріалу, а далі – послідовного планомірного зіставлення малюнку. Суттєву роль при цьому грає виділення опорних сигнальних деталей малюнку. При інтелектуальній недостатності такий аналіз страждає і хворі намагаються співставити малюнок притуляючи відрізки один до іншого методом спроб і помилок, що свідчить про відсутність алгоритму діяльності. Може бути порушеним критичне мислення, коли неправильно співставлені відрізки піддослідний лишає на місці.</p>
	<p>Розуміння розповідей</p>	<p>Результати свідчать про осмислення сюжету розповіді і стан пам'яті. Підбираються спеціальні розповіді, частіше повчального характеру, на зразок приказок. При викладенні хворим розповіді звертають увагу на словарний запас, темп мови, структуру фраз, лаконічність чи навпаки надмірну деталізацію. Суттєве значення має те, наскільки сприймає пацієнт прихований зміст, чи пов'язує його з навколишньою дійсністю, чи сприймає іронію і гумор. Розуміння прихованого і переносного смислу при інтелектуальній недостатності може бути відсутнім, незважаючи на дуже близький до тексту переказ. Іноді перекази допомагають виявити резонанс та інші патологічні судження. Для цього заздалегідь слід</p>

		приготувати тексти різного ступеня складності.
	Проба Ебінгауза	Являє собою текст із пропущеними словами. Читаючи цей текст, досліджуваний має відновити пропущені слова. При цьому може бути виявлене порушення критичності мислення, коли досліджуваний включає довільні слова, інколи за асоціацією з попередніми, а брутальні похибки не коригує інколи навіть після зауваження куратора
	Тест на виключення понять	вивчення рівня узагальнення, здатності до виділення головних ознак предметів і явищ.
	Розуміння переносного значення прислів'їв і метафор	Пропонується перелік прислів'їв і метафор
	Картинки і тексти із невідповідностями	Досліджується аналітико-синтетична діяльність сигнальних систем, що здійснює досить тонкий аналіз комплексного подразника (розрізнення усіх деталей на картинках з «дивацькими» деталями) і усіх часових зв'язків, що відображають закономірні зв'язки між предметами і явищами. На основі цих зв'язків і виникає судження щодо відповідності чи невідповідності малюнку дійсності
Дослідження емоцій	Дослідження самооцінки за Дембо-Рубінштейн	На прямій, що символізує певні цінності людського життя (здоров'я, розум, характер, щастя і т.п.) пропонується крапкою вказати своє місце і дати коротке пояснення свого рішення; детально фіксується рівень самооцінки, пояснення і особливості емоційних реакцій.
	Тест Люшера	Виконується за допомогою набору із 8 різнокольорових карток, які досліджуваний двічі повинен почергово вишикувати у напрямку від найбільш приємного йому на даний момент

		кольору до найбільш неприємного. Вибираючи чи відмовляючись від певного кольору, хворий здійснює проєкцію на них свого емоційного стану, що піддається наступній інтерпретації. В нормі перевага надається червоному, жовтому, синьому, зеленому, а при депресії чорному, сірому, коричневому, фіолетовому.
	Вільні асоціації	Мовний експеримент із використанням емоційно забарвлених слів-подразників – у спрощеному варіанті це виділення низки слів, що мають для хворого особливе емоційно насичене значення. Пропонують казати слова, що спадають на думку у відповідь на слова-подразники. При цьому просять пояснити значення слова-асоціації. Метод дозволяє виявити порушення невротичного реєстру
	Непрямі методи вивчення емоційної діяльності	асоціативний експеримент, тест Розенцвейга, метод Роршаха, дослідження рівня тривожності за опитувальником Спілбергера, методика САН (опитувальник щодо самопочуття, активності, настрою) та ін.

Навчально-методичне видання

ОСНОВИ ПАТОПСИХОЛОГІЇ ТА ПСИХІАТРІЇ

Опорний конспект лекцій

Укладач І.І.Штих

Тираж 10 пр.

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до
Державного реєстру видавців, виготовлювачів і розповсюджувачів
видавничої продукції ДК № 4916 від 16.06.2015 р.

Редакційно-видавничий відділ МДУ,
89600, м. Мукачєво, вул. Ужгородська, 26



МУКАЧІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

89600, м. Мукачево, вул. Ужгородська, 26

тел./факс +380-3131-21109

Веб-сайт університету: www.msu.edu.ua

E-mail: info@msu.edu.ua, pr@mail.msu.edu.ua

Веб-сайт Інституційного репозитарію Наукової бібліотеки МДУ: <http://dspace.msu.edu.ua:8080>

Веб-сайт Наукової бібліотеки МДУ: <http://msu.edu.ua/library/>