

Міністерство освіти і науки України
Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка

Н. П. ПАНЧУК

ОСНОВИ КЛІНІЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА ПАТОПСИХОЛОГІЇ

НАВЧАЛЬНИЙ ПОСІБНИК
для здобувачів першого (бакалаврського) рівня вищої освіти
за освітньо-професійною програмою Практична психологія
спеціальності 053 Психологія



Електронне видання

Кам'янець-Подільський
2024

УДК 159.97(075.8)

ББК 88.4я73

П16

Рекомендувала вчена рада факультету спеціальної освіти, психології і соціальної роботи Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, протокол № 3 від 26 березня 2024 р.

Рецензенти:

Сєчейко О. В. – кандидат психологічних наук, доцент, ННІНО, Національний авіаційний університет, м. Київ;

Стрільчук О.В. – психолог відділення гострого мозкового інсульту комунального некомерційного підприємства Кам'янець-Подільської міської лікарні Кам'янець-Подільської міської ради;

Федорчук В. М. – кандидат психологічних наук, доцент, НРЗВО «Кам'янець-Подільський державний інститут».

Панчук Н. П.

П16 Основи клінічної психології та патопсихології: навчальний посібник для здобувачів першого (бакалаврського) рівня вищої освіти за освітньо-професійною програмою Практична психологія спеціальності 053 Психологія [Електронний ресурс]. Кам'янець-Подільський: Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2024. 230 с.

Навчальний посібник складається з частин: вступ, робоча програма, лекційні заняття, практичні заняття, програма до екзамену, список використаних джерел, глосарій.

Посібник сприятиме забезпеченню професійної компетентності у сфері наукового розуміння методологічних принципів клінічної психології та патопсихології, підходів до визначення психічної норми і патології; характеристик психічних захворювань та розладів пізнавальних психічних процесів, а саме: відчуття, сприймання, уваги, пам'яті; патопсихологічних особливостей порушення процесу мислення та інтелекту, мовлення, емоційної сфери та волі, ознак розладів свідомості та самосвідомості, порушень опосередкованості та ієрархії мотивів, смислоутворення, підконтрольності поведінки, питання девіантної поведінки як фактора патопсихологічного розвитку.

Посібник розкриває особливості психологічної допомоги при розладах психічного розвитку, принципи побудови патопсихологічного обстеження дітей, ознайомлює з методами дослідження порушень психічних процесів, станів і особистісного розвитку дітей, сучасними методами психокорекції та консультування.

Навчальний посібник стане у нагоді викладачам та здобувачам вищої освіти.

УДК 159.97(075.8)

ББК 88.4я73

Електронна версія посібника доступна за покликанням:

URL: <http://elar.kpnu.edu.ua/xmlui/handle/123456789/8125>

© Панчук Н. П., 2024



ЗМІСТ

ВСТУП.....	7
РОБОЧА ПРОГРАМА.....	9
РОЗДІЛ 1. ЛЕКЦІЙНІ ЗАНЯТТЯ.....	27
Лекційне заняття 1. Тема 1. Клінічна психологія. Об'єкт, предмет, завдання, принципи	27
1.1. Функціональні поняття, об'єкт, предмет клінічної психології	27
1.2. Зв'язок клінічної психології з іншими науками.....	29
1.3. Методологічні принципи клінічної психології.....	30
1.4. Структура патопсихологічного синдрому	34
Лекційне заняття 2. Тема 2. Психічне здоров'я: норма та патологія	37
2.1. Історія понять норми та патології.....	37
2.2. Визначення та критерії психічного здоров'я.....	38
2.3. Підходи до визначення психічної норми і патології	39
2.4. Діагностичні принципи-альтернативи	45
Лекційне заняття 3. Тема 5. Вступ до патопсихології: предмет і завдання, принципи.....	56
5.1. Загальне поняття про патопсихологію, її завдання та значення	56
5.2. Поняття про психічну патологію.....	58
5.3. Зв'язок патопсихології з іншими галузями наукового знання та практики.....	59
5.4. Принципи патопсихологічних досліджень	60

Лекційне заняття 4. Тема 6. Характеристика психічних захворювань та розладів пізнавальних психічних процесів	64
6.1. Розлади відчуття	64
6.2. Розлади сприймання.....	65
6.3. Розлади уваги.....	67
6.4. Порушення пам'яті	69
Лекційне заняття 5. Тема 7. Патопсихологічні особливості порушення процесу мислення та інтелекту	73
7.1. Розлади мислення	73
7.2. Розлади інтелекту	78
Лекційне заняття 6. Тема 8. Порушення мовлення, емоційної сфери та волі.....	83
8.1. Порушення мовлення	83
8.2. Порушення емоційної сфери.....	86
8.3. Порушення волі	90
Лекційне заняття 7. Тема 9. Розлади свідомості	94
9.1. Загальна характеристика свідомості, ознаки розладів свідомості та самосвідомості.....	94
9.2. Характеристика основних станів порушеної свідомості.....	100
Лекційне заняття 8. Тема 10. Розлади особистості	105
10.1. Структура особистості	105
10.2. Порушення опосередкованості та ієрархії мотивів.....	107
10.3. Порушення смислоутворення	109
10.4. Порушення підконтрольності поведінки	110
Лекційне заняття 9. Тема 11. Патопсихологічний розвиток як фактор девіантної поведінки.....	111
11.1. Поняття про девіантну поведінку як фактор патопсихологічного розвитку	111

11.2. Типи девіантної поведінки як фактору патопсихологічного розвитку	113
11.3. Причини формування девіантної поведінки як фактору патопсихологічного розвитку	119
11.4. Форми вияву девіантної поведінки як фактору патопсихологічного розвитку	119
Лекційне заняття 10. Тема 13. Психологічна допомога при розладах психічного розвитку	132
13.1. Принципи побудови патопсихологічного обстеження дітей	132
13.2. Роль даних про порушення розвитку дитини в оптимізації навчально-виховного процесу	137
Лекційне заняття 11. Тема 14. Методи дослідження порушень психічних процесів, станів і особистісного розвитку дітей	141
14.1. Особливості дослідження психічних процесів і станів у дітей	141
14.2. Патопсихологічне обстеження дітей дошкільного віку	144
14.3. Дослідження психічних процесів дітей шкільного віку	148
14.4. Загальна характеристика методів дослідження відхилень в особистісному розвитку дітей	150
Лекційне заняття 12. Тема 15. Сучасні методи психокорекції та консультування	152
15.1. Мета та принципи консультативно-коригуючої роботи	152
15.2. Індивідуальна та групова психологічна корекція	153
15.3. Види психокоригувальної допомоги при порушеннях розвитку	155
15.4. Психотренінг	158
РОЗДІЛ 2. ПРАКТИЧНІ ЗАНЯТТЯ	160
Практичне заняття 1. Тема 1. Клінічна психологія. Об'єкт, предмет, завдання, принципи	160
Практичне заняття 2. Тема 2. Психічне здоров'я: норма та патологія.....	162

Практичне заняття 3. Тема 5. Вступ до патопсихології: предмет і завдання, принципи	164
Практичне заняття 4. Тема 6. Характеристика психічних захворювань та розладів пізнавальних психічних процесів.....	166
Практичне заняття 5. Тема 7. Характеристика психічних захворювань та розладів пізнавальних психічних процесів.....	169
Практичне заняття 6. Тема 8. Порушення мовлення, емоційної сфери та волі.....	172
Практичне заняття 7. Тема 9. Розлади свідомості	175
Практичне заняття 8. Тема 10. Розлади особистості	177
Практичне заняття 9. Тема 11. Патопсихологічний розвиток як фактор девіантної поведінки.....	179
Практичне заняття 10. Тема 13. Психологічна допомога при розладах психічного розвитку	183
Практичне заняття 11. Тема 14. Методи дослідження порушень психічних процесів, станів і особистісного розвитку дітей	186
Практичне заняття 12. Тема 15. Сучасні методи психокорекції та консультування	193
ПРОГРАМА ДО ЕКЗАМЕНУ.....	196
ГЛОСАРІЙ.....	198
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	228



ВСТУП

На сьогодні навчальна дисципліна «Основи клінічної психології та патопсихології» є складовою професійної підготовки практичних психологів. Вона є однією з навчальних дисциплін, яка базується на загальних теоретичних положеннях психологічної науки і є складовою частиною дисциплін загально-професійної та практичної підготовки, відповідно до освітньо-професійної програми Практична психологія спеціальності 053 Психологія та освітньо-професійної програми.

Зміст курсу визначався такою *метою*: сприяння осмисленому уявленню логіки формування поглядів на предмет клінічної психології та патопсихології, на їх основні проблеми, а також аналіз концепцій та теорій, спрямованих на вирішення провідної проблематики психологічної науки.

Матеріали навчального посібника допоможуть засвоїти такі основні питання: клінічна психологія. Об'єкт, предмет, завдання, принципи; психічне здоров'я: норма та патологія; вступ до патопсихології: предмет і завдання, принципи; характеристика психічних захворювань та розладів пізнавальних психічних процесів; патопсихологічні особливості порушення процесу мислення та інтелекту; порушення мовлення, емоційної сфери та волі; розлади свідомості; розлади особистості; патопсихологічний розвиток як фактор девіантної поведінки; психологічна допомога при розладах психічного розвитку; методи дослідження порушень психічних процесів, станів і особистісного розвитку дітей; сучасні методи психокорекції та консультування

Посібник складається з частин: вступ, робоча програма, лекційні заняття, практичні заняття, програма до екзамену, глосарій, список використаних джерел. Навчальний посібник «Основи клінічної психології та

патопсихології» допомагає здобувачеві вищої освіти спрямувати свою пізнавальну діяльність щодо тем для самостійного опрацювання теоретичних питань та виконання практичних завдань.

Запропоновані завдання створюють простір для вибору, на їх основі викладач та студенти можуть конструювати той варіант заняття, що відповідає потребам аудиторії та стилю викладача. Їх застосування, на наш погляд, сприятиме забезпеченню професійної компетентності у сфері наукового розуміння методологічних принципів клінічної психології та патопсихології, підходів до визначення психічної норми і патології; характеристик психічних захворювань та розладів пізнавальних психічних процесів, а саме: відчуття, сприймання, уваги, пам'яті; патопсихологічних особливостей порушення процесу мислення та інтелекту, мовлення, емоційної сфери та волі, ознак розладів свідомості та самосвідомості, порушень опосередкованості та ієрархії мотивів, смислоутворення, підконтрольності поведінки, питання девіантної поведінки як фактора патопсихологічного розвитку; формування у студентів досвіду практичного застосування знань у повсякденному житті та в майбутній професійній діяльності.



РОБОЧА ПРОГРАМА

1. Мета вивчення навчальної дисципліни «Основи клінічної психології та патопсихології» – є розкриття логіки формування поглядів на предмет клінічної психології

та на її основні проблеми, а також аналіз концепцій та теорій, спрямованих на вирішення провідної проблематики психологічної науки.

2. Обсяг дисципліни

Найменування показників	Характеристика навчальної дисципліни
	Денна форма здобуття вищої освіти
Рік навчання/викладання	3/2023-24
Семестр вивчення	7
Кількість кредитів ЄКТС	4
Загальний обсяг годин	120
Кількість годин навчальних занять	48
Лекційні заняття	24
Практичні заняття	24
Семінарські заняття	–
Лабораторні заняття	–
Самостійна та індивідуальна робота	72
Форма підсумкового контролю	екзамен

3. Статус дисципліни: обов'язковий освітній компонент професійної підготовки.

4. Передумови для вивчення дисципліни: основи теоретичної психології, анатомія і фізіологія людини, діагностичні та дослідницькі методи психології, психокорекція.

5. Програмні компетентності навчання

Загальні компетентності:

ЗК 02 Знання і розуміння предметної області та розуміння професійної діяльності.

ЗК 06 Здатність приймати обґрунтовані рішення.

ЗК 10 Здатність реалізувати свої права і обов'язки як члена суспільства, усвідомлювати цінності громадянського (вільного демократичного) суспільства та необхідність його сталого розвитку, верховенства права, прав і свобод людини і громадянина в Україні.

Фахові компетентності:

СК 01 Здатність оперувати категоріально-понятійним апаратом психології.

СК 02 Здатність до ретроспективного аналізу вітчизняного та зарубіжного досвіду розуміння природи виникнення, функціонування та розвитку психічних явищ.

СК 03 Здатність до розуміння природи поведінки, діяльності та вчинків.

СК 04 Здатність самостійно збирати та критично опрацьовувати, аналізувати та узагальнювати психологічну інформацію з різних джерел.

СК 05 Здатність використовувати валідний і надійний психодіагностичний інструментарій.

СК 07 Здатність аналізувати та систематизувати одержані результати, формулювати аргументовані висновки та рекомендації.

СК 08 Здатність організовувати та надавати психологічну допомогу (індивідуальну та групову).

СК 09 Здатність здійснювати просвітницьку та психопрофілактичну відповідно до запиту.

СК 10 Здатність дотримуватися норм професійної етики.

СК 12 Володіння позитивною мотивацією до надання психологічної допомоги, прийняття себе та інших.

СК 14 Здатність до розроблення і проведення психологічної корекції з різними категоріями населення.

СК 17 Здатність до розроблення та проведення психологічних консультацій з різними категоріями населення.

СК 18 Здатність здійснювати заходи організаційно-методичного забезпечення профорієнтації та профвідбору.

СК 19 Здатність розробляти і впроваджувати психологічні рекомендації щодо сучасної життєдіяльності, фізичного і духовного розвитку й самовдосконалення особистості.

СК 20 Здатність до організації психологічного захисту громадян, що перебувають у кризових ситуаціях; до проведення реабілітаційних та адаптаційних заходів.

СК 22 Володіння психологічною культурою, уміння втілювати її у процес професійної діяльності на засадах загальнолюдських цінностей, толерантності та гуманності.

6. Очікувані результати навчання з дисципліни:

ПРН 01. Аналізувати та пояснювати психічні явища, ідентифікувати психологічні проблеми та пропонувати шляхи їх розв'язання.

ПРН 02. Розуміти закономірності та особливості розвитку і функціонування психічних явищ в контексті професійних завдань.

ПРН 09. Пропонувати власні способи вирішення психологічних задач і проблем у процесі професійної діяльності, приймати та аргументувати власні рішення щодо їх розв'язання.

ПРН 11. Складати та реалізовувати план консультативного процесу з урахуванням специфіки запиту та індивідуальних особливостей клієнта, забезпечувати ефективність власних дій.

ПРН 16. Знати, розуміти та дотримуватися етичних принципів професійної діяльності психолога.

ПРН17. Демонструвати соціально відповідальну та свідому поведінку, слідувати гуманістичним та демократичним цінностям у професійній та громадській діяльності.

ПРН18. Вживати ефективних заходів щодо збереження здоров'я (власного й оточення) та за потреби визначати зміст запиту до супервізії.

ПРН19. Розробляти і проводити психологічну корекцію з різними категоріями населення.

ПРН22. Розробляти і впроваджувати психологічні рекомендації щодо сучасної життєдіяльності, фізичного і духовного розвитку й самовдосконалення.

ПРН23. Організовувати психологічний захист громадян, що перебувають у кризових ситуаціях; проводити реабілітаційні та адаптаційні заходи.

7. Методи навчання

Лекції (з використанням методів проблемного навчання і візуалізації); практичні заняття (з використанням семінарів; ситуації з альтернативними варіантами розв'язання, обговорення, дискусія, самостійна робота (презентація, тематичний кросворд) з використанням модульного об'єктоорієнтованого навчального середовища Moodle.

8. Засоби діагностики результатів навчання

Практичні завдання, проблемно-творчі завдання, тестові завдання, модульна контрольна робота, питання екзамену.

9. Програма навчальної дисципліни

Денна форма здобуття вищої освіти

Назви змістових модулів і тем	Кількість годин						
	У тому числі						
	разом	лекційні	практичні	семінарські	лабораторні	самост. ро-бота	Індивід. ро-бота
Змістовий модуль 1 . Основи клінічної психології і патопсихології							
Тема 1. Клінічна психологія. Об'єкт, предмет, завдання, принципи.	8	2	2	–	–	4	–
Тема 2. Психічне здоров'я: норма та патологія.	8	2	2	–	–	4	–
Тема 3. Психосоматична медицина, порушення психіки при соматичних захворюваннях.	6	–	–	–	–	6	–
Тема 4. Психологія лікувальної взаємодії.	6	–	–	–	–	6	–
Тема 5. Вступ до патопсихології: предмет і завдання, принципи.	8	2	2	–	–	4	–
Тема 6. Характеристика психічних захворювань та розладів пізнавальних психічних процесів.	8	2	2	–	–	4	–
Тема 7. Патопсихологічні особливості порушення процесу мислення та інтелекту.	8	2	2	–	–	4	–
Тема 8. Порушення мовлення, емоційної сфери та волі.	8	2	2	–	–	4	–
Тема 9. Розлади свідомості.	8	2	2	–	–	4	–
Тема 10. Розлади особистості.	8	2	2	–	–	4	–
Тема 11. Патопсихологічний розвиток як фактор девіантної поведінки.	8	2	2	–	–	4	–
Тема 12. Вікова патопсихологія.	6	–	–	–	–	6	–
Тема 13. Психологічна допомога при розладах психічного розвитку.	8	2	2	–	–	4	–
Тема 14. Методи дослідження порушень психічних процесів, станів і особистісного розвитку.	8	2	2	–	–	4	–
Тема 15. Сучасні методи психокорекції та консультування.	8	2	2	–	–	4	–
Тема 16. Спеціальні школи для дітей з відхиленнями у психофізичному розвитку та поведінці.	6	–	–	–	–	6	–
Разом	120	24	24	–	–	72	–

Тематика лекційних занять

Тема 1. Клінічна психологія. Об'єкт, предмет, завдання, принципи.

Тема 2. Психічне здоров'я: норма та патологія.

Тема 5. Вступ до патопсихології: предмет і завдання, принципи.

Тема 6. Характеристика психічних захворювань та розладів пізнавальних психічних процесів.

Тема 7. Патопсихологічні особливості порушення процесу мислення та інтелекту.

Тема 8. Порушення мовлення, емоційної сфери та волі.

Тема 9. Розлади свідомості.

Тема 10. Розлади особистості.

Тема 11. Патопсихологічний розвиток як фактор девіантної поведінки.

Тема 13. Психологічна допомога при розладах психічного розвитку.

Тема 14. Методи дослідження порушень психічних процесів, станів і особистісного розвитку.

Тема 15. Сучасні методи психокорекції та консультування.

Тематика практичних занять

Тема 1. Клінічна психологія. Об'єкт, предмет, завдання, принципи.

Тема 2. Психічне здоров'я: норма та патологія.

Тема 5. Вступ до патопсихології: предмет і завдання, принципи.

Тема 6. Характеристика психічних захворювань та розладів пізнавальних психічних процесів.

Тема 7. Патопсихологічні особливості порушення процесу мислення та інтелекту.

Тема 8. Порушення мовлення, емоційної сфери та волі.

Тема 9. Розлади свідомості.

Тема 10. Розлади особистості.

Тема 11. Патопсихологічний розвиток як фактор девіантної поведінки.

Тема 13. Психологічна допомога при розладах психічного розвитку.

Тема 14. Методи дослідження порушень психічних процесів, станів і особистісного розвитку.

Тема 15. Сучасні методи психокорекції та консультування.

Самостійна робота

Здобувачі вищої освіти виконують такі різновиди самостійної роботи з дисципліни:

1) опрацювання текстів лекційних занять зокрема, робота з термінологічним апаратом дисципліни;

- 2) робота з основною й допоміжною літературою, читання наукової та навчальної літератури;
- 3) підготовка до практичних занять;
- 4) виконання завдань, визначених у планах практичних занять;
- 5) опрацювання питань, винесених на самостійне опрацювання;
- 6) виконання вправ і завдань в об'єктно-модульному динамічному середовищі навчання Moodle;
- 7) підготовка презентацій навчального матеріалу;
- 8) підготовка до модульної контрольної роботи тощо.

10. Форми поточного та підсумкового контролю

- Перевірка глибини засвоєння знань, рівня сформованості навичок та умінь студентів відбувається у формі поточного, проміжного та підсумкового видів контролю.
- Поточний контроль здійснюється на кожному занятті в межах змістового модулю, має навчальний характер, може проводитися в формі усного (письмового) опитування, співбесіди, виконання практичних та тестових завдань.
- Проміжний контроль здійснюється з метою перевірки рівня засвоєння теоретичного і практичного матеріалу змістових модулів у формі модульної контрольної роботи.
- Підсумковий контроль проводиться у формі екзамену після закінчення вивчення навчальної дисципліни.

11. Критерії оцінювання результатів навчання

Розподіл балів, які отримують студенти

Поточний і модульний контроль (60 балів)			Екзамен	Сума
Змістовий модуль 1 (60 балів)				
Поточний контроль	МКР	Самостійна робота		
20 балів	20 балів	20 балів	40	100

Поточний контроль

Максимальна кількість балів, яку може отримати студент за результатами роботи на практичних заняттях складає 20 балів (за умови виконання всіх різновидів роботи, які передбачені планами практичних занять).

Максимальний бал оцінки поточної успішності студентів на навчальних заняттях – 12.

Оцінювання навчальної діяльності здобувачів вищої освіти за 12-бальною системою оцінювання	
Об'єм пройденого матеріалу	Бали що нараховуються
1. Конспект в робочому зошиті лекційного курсу або першоджерел (самостійна робота) –лекційні заняття №1-12.	4-12
2. Усне опитування або тестування із використанням технологій дистанційного навчання, а саме: модульного об'єктно-орієнтованого динамічного середовища MOODLE – лекційні заняття № 1-12.	4-12
3. Вирішення проблемних ситуацій, виконання творчих та індивідуальних завдань, участь у груповій роботі (дискусіях), завдання на узагальнення та систематизацію під час практичних занять № 1-12.	4-12

Оцінювання на навчальних заняттях переводяться у 20-бальну систему у наступному порядку:

$$(\text{Сер. бал.} \times 0,05 + 0,4) \times 20.$$

Якщо студент не відпрацював пропущені навчальні заняття, не виправив оцінки 0,1,2,3, отримані на навчальних заняттях, не виконав модульної контрольної роботи (МКР), завдання самостійної та індивідуальної роботи менше ніж на 60% від максимальної кількості балів, виділених на ці види робіт, він вважається таким, що має академічну заборгованість за результатами поточного контролю.

Пропущені заняття студент зобов'язаний відпрацювати. За відпрацьовані лекційні заняття оцінки не ставляться, за практичні, семінарські, лабораторні, індивідуальні заняття нараховуються бали середнього (4, 5, 6), достатнього (7, 8, 9) та високого рівня (10, 11, 12).

Студенту, який не виконав поточних домашніх завдань, не підготувався до навчальних занять, в журнал обліку роботи академічної групи ставиться 0 балів.

Студент, знання, уміння і навички якого на навчальних заняттях за 12-бальною шкалою оцінено від 1 до 3 балів, вважається таким, що недостатньо підготувався до цих занять і має академічну заборгованість за результатами поточного контролю. Поточну заборгованість, пов'язану з невідповідністю або недостатньою підготовленістю до навчальних за-

нять, студент повинен ліквідувати. За ліквідацію поточної заборгованості нараховуються бали середнього (4, 5, 6), достатнього (7, 8, 9) та високого рівня (10, 11, 12).

**Критерії оцінювання знань, умінь, навичок студентів
на навчальних заняттях**

Рівні навчальних досягнень	Оцінка в балах (за 12-бальною шкалою)	Критерії оцінювання
1	2	3
Початковий (понятійний)	1	Студент володіє навчальним матеріалом на рівні засвоєння окремих термінів, мовних фактів без зв'язку між ними: відповідає на запитання, які потребують відповіді „так” чи „ні”.
	2	Студент не достатньо усвідомлює мету навчально-пізнавальної діяльності, робить спробу знайти способи дій, розповісти суть заданого, проте відповідає лише за допомогою викладача на рівні „так” чи „ні”; може самостійно знайти в підручнику відповідь.
	3	Студент намагається аналізувати на основі елементарних знань і навичок; виявляє окремі закономірності; робить спроби виконання вправ і завдань репродуктивного характеру; за допомогою викладача виконує прості вправи за готовим алгоритмом.
Середній (репродуктивний)	4	Студент володіє початковими знаннями, здатний виконати вправи і завдання за зразком; орієнтується в термінах, поняттях, визначеннях; самостійне опрацювання навчального матеріалу викликає значні труднощі.
	5	Студент розуміє суть навчальної дисципліни, може дати визначення понять, категорій (однак з окремими помилками); вміє працювати з підручником, самостійно опрацювати частину навчального матеріалу; виконує прості вправи і завдання за алгоритмом, але окремі висновки є нелогічними та непослідовними.
	6	Студент розуміє основні положення навчального матеріалу, може поверхнево аналізувати мовні явища, робить певні висновки; відповідь може бути правильною, проте недостатньо осмисленою; самостійно відтворює більшу частину матеріалу; вміє застосовувати знання під час виконання вправ і завдань за алгоритмом, послуговуватися додатковими джерелами.

1	2	3
Достатній (алгоритмічно дієвий)	7	Студент правильно і логічно відтворює навчальний матеріал, оперує базовими поняттями, встановлює причинно-наслідкові зв'язки між ними; вміє наводити приклади на підтвердження певних думок, застосовувати теоретичні знання у стандартних ситуаціях; самостійно користуватися додатковими джерелами; правильно використовувати термінологію; складати таблиці, схеми.
	8	Знання студента досить повні, він вільно застосовує вивчений матеріал у стандартних ситуаціях; вміє аналізувати, робити висновки; відповідь повна, логічна, обґрунтована, однак з окремими неточностями; вміє самостійно працювати, може підготувати реферат і обґрунтувати його положення.
	9	Студент вільно володіє вивченим матеріалом, застосовує знання у децю змінених ситуаціях, вміє аналізувати і систематизувати інформацію, робить аналітичні висновки, використовує загальновідомі докази у власній аргументації; чітко тлумачить лінгвістичні поняття, категорії; формулює правила; може самостійно опрацьовувати матеріал, виконує прості творчі завдання; має сформовані типові навички.
Високий (творчо-професійний)	10	Студент володіє глибокими і міцними знаннями та використовує їх у нестандартних ситуаціях; може визначати особливості мовних процесів; робить аргументовані висновки; практично оцінює сучасні здобутки лінгвістичної науки; самостійно визначає мету власної діяльності; виконує творчі завдання; може сприймати іншу позицію як альтернативну; знає суміжні дисципліни; використовує знання, аналізуючи різні мовні явища, процеси.
	11	Студент володіє узагальненими знаннями з навчальної дисципліни, аргументовано використовує їх у нестандартних ситуаціях; вміє знаходити джерела інформації та аналізувати їх, ставити і розв'язувати проблеми, застосовувати вивчений матеріал для власних аргументованих суджень у практичній діяльності (диспути, круглі столи тощо); спроможний за допомогою викладача підготувати виступ на студентську наукову конференцію; самостійно вивчити матеріал; визначити програму своєї пізнавальної діяльності; оцінювати різноманітні мовні явища, процеси.
	12	Студент має системні, дієві знання, виявляє неординарні творчі здібності в навчальній діяльності; використовує широкий арсенал засобів для обґрунтування та доведення своєї думки; розв'язує складні проблемні ситуації та завдання; схильний до системно-наукового аналізу та прогнозу явищ; уміє ставити і розв'язувати проблеми, самостійно здобувати і використовувати інформацію; займається науково-дослідною роботою; логічно та творчо викладає матеріал в усній та письмовій формі; розвиває свої здібності й схильності; використовує різноманітні джерела інформації; моделює ситуації в нестандартних умовах.

Самостійна робота (20 балів)

Самостійна робота оцінюється за наслідками вибіркової перевірки рівня засвоєння всіх питань, винесених на самостійну роботу.

За самостійну роботу студент може отримати до 20 балів. При отриманні менше 12 балів самостійна робота вважається не виконаною і студент отримує можливість її перескладати.

Критерії оцінювання відповідей студентів на питання самостійної роботи

Критерії	Бали
<ul style="list-style-type: none">– свідоме, глибоке і повне засвоєння і розуміння програмного матеріалу;– виклад матеріалу логічний, послідовний, лаконічний, аргументований;– уміння аналізувати відповідні положення, поняття, твердження;– самостійне, творче застосування знань.	18-20 балів
<ul style="list-style-type: none">– свідоме, з незначними помилками і прогалинами засвоєння програмного матеріалу;– деякі порушення логіки та послідовності відповіді;– самостійне репродуктивне застосування знань.	15-17
<ul style="list-style-type: none">– механічне засвоєння програмного матеріалу з великими прогалинами;– порушення логіки та недостатня самостійність мислення.– репродуктивне застосування знань за вказівками викладача.	12-14
<ul style="list-style-type: none">– фрагментарне засвоєння матеріалу з великими прогалинами;– відсутність самостійності, неспроможність виправити помилки при зауваженні чи додаткових запитаннях.	До 12 балів

Модульна контрольна робота (20 балів) складається з двох завдань, кожне з яких оцінюється у 10 балів. За модульну контрольну роботу студент може отримати до 20 балів. При отриманні менше 12 балів модульна контрольна робота вважається не виконаною і студент отримує можливість її перескладати.

Критерії оцінювання модульної контрольної роботи (у формі відповідей на питання)

Оцінка відмінно (А) 20 балів. Студент повно та глибоко розкриває та грамотно викладає теоретичні питання, наводить приклади та робить оригінальні висновки, що віддзеркалюють його розуміння питання. При

виконанні практичного завдання студент влучно застосовує системні знання програмового навчального матеріалу, переконливо обґрунтовує свої рішення, наводить приклади.

Оцінка дуже добре (B) 18-19 балів. Студент повно та глибоко розкриває та грамотно викладає теоретичні питання, надає оригінальні висновки, що віддзеркалюють його розуміння питання. Однак виявляються окремі неточності, несуттєві граматичні/стилістичні огріхи. При виконанні практичного завдання студент влучно застосовує узагальнені знання програмового навчального матеріалу, обґрунтовує свої рішення, наводить приклади.

Оцінка добре (C) 16-17 балів. Студент повністю розкрив теоретичні питання, а програмний матеріал викладено у відповідності до вимог, оригінальні висновки відсутні, виявляються неточності, граматичні/стилістичні огріхи, недбалість оформлення. Практичні завдання виконані в цілому правильно, але рішення та приклади не досить обґрунтовані.

Оцінка задовільно (D) 14-15 балів. Студент поверхово розкрив теоретичні питання, приклади та висновки відсутні або недоречні. Виявляються суттєві неточності, граматичні/стилістичні огріхи, недбалість оформлення. При виконанні практичних завдань студент припускається помилок за рахунок недостатнього розуміння програмового матеріалу.

Оцінка задовільно (E) 12-13. Студент розкрив окремі теоретичні питання, відповідь містить суттєві помилки. При виконанні практичних завдань студент припускається значних помилок, не спроможний обґрунтувати відповідь.

Оцінка незадовільно (FX) 7-11 балів. Студент розкриває теоретичні питання уривчастими і логічно непов'язаними фрагментами, практичні завдання виконано з помилками або не виконано. Як правило, студент виявляє здатність до викладення думки лише на елементарному рівні.

Оцінка незадовільно (F) 0-6 балів виставляється студенту, у якого в роботі теоретичні питання не розкрито, практичні завдання не виконано. Такий студент не може викласти свою думку навіть на елементарному рівні.

Семестровий екзамен (40 балів)

Якщо студент не відпрацював пропущені навчальні заняття, не виправив оцінки 0, 1, 2, 3, отримані на навчальних заняттях; не виконав або

виконав МКР, завдання самостійної роботи менше ніж на 60% від максимальної кількості балів, виділених на ці види робіт, він вважається таким, що має академічну заборгованість за результатами поточного контролю.

Студенти, які не мають академічної заборгованості за результатами поточного контролю, отримують рейтингову оцінку від 36 до 60 балів й допускаються до складання іспиту з навчальної дисципліни.

Студенти, які мають академічну заборгованість за результатами поточного контролю, не допускаються до складання іспиту з навчальної дисципліни.

Екзамен вважається складеним за умови кількості набраних студентом від 24 до 40 балів.

Студенти, які мають академічну заборгованість за результатами підсумкового контролю у формі екзамену, зобов'язані ліквідувати її в терміни, визначені графіком ліквідації академічної заборгованості.

Критерії оцінювання усної чи письмової відповіді на екзамені

36 – 40 балів – «відмінно» виставляється студенту, який при розкритті питань дав відповідь повну, правильну, повна, логічно викладену. Відповідь свідчить про системні, міцні знання в обсязі та в межах вимог навчальної програми. Уміє самостійно аналізувати, оцінювати, узагальнювати опанований матеріал, самостійно керуватися джерелами інформації, приймати рішення. Має місце власний аналіз розглядуваного питання, наведені приклади.

30 – 35 балів – «добре» виставляється студенту, який показав міцні знання теоретичних понять, але допустив кілька незначних неточностей, що не впливають на якість відповіді. Відповідь повна, логічна, достатня. Властивість названа, але розкрита неповністю, або навпаки: розкрита, але не названа. Немає визначення або не вказано окремої властивості, що істотно суті розкриття питання на міняє. Відповідь свідчить про те, що студент добре володіє вивченим матеріалом, застосовує знання в стандартних ситуаціях, уміє аналізувати і систематизувати інформацію.

24 – 29 балів – «задовільно» виставляється студенту, який при розкритті питання показав знання лише основного матеріалу, допускає неточності, не розкриває суті названих теоретичних понять. У відповіді відтворено основний навчальний матеріал. Студент здатний з помилками й неточностями дати визначення понять, явищ, процесів тощо.

0 – 23 балів – «незадовільно» виставляється студенту, який не знає значної частини матеріалу, допускає суттєві неточності при викладі теоретичного матеріалу, розкриває зовсім інші поняття, що не подані у питанні. Мають місце креслення, помарки, замальовування.

Визнання результатів неформальної та (або) інформальної освіти.

У випадку, якщо здобувач освіти отримав знання у неформальній та інформальній освіті, зарахування результатів навчання здійснюється згідно Положення про визнання результатів навчання, отриманих у формальній, неформальній та/або інформальній освіті у Кам'янець-Подільському національному університеті імені Івана Огієнка (Порядок визнання результатів навчання здобувачів вищої освіти, отриманих шляхом здобуття неформальної/інформальної освіти в Кам'янець-Подільському національному університеті імені Івана Огієнка), зокрема, якщо їх тематика відповідає змісту навчальної дисципліни (окремій темі або змістовому модулю).

У неформальній освіті:

- закінчення професійних курсів, семінарів або тренінгів, тематика яких відповідає змісту навчальної дисципліни (окремій темі або змістовому модулю);
- підготовка конкурсної наукової роботи, тематика якої відповідає змісту навчальної дисципліни (окремій темі або змістовому модулю);
- призове місце на Всеукраїнському конкурсі студентських наукових робіт, тематика якої відповідає змісту навчальної дисципліни (окремій темі або змістовому модулю).

В інформальній освіті:

- наявність наукової публікації, тематика якої відповідає змісту навчальної дисципліни (окремій темі або змістовому модулю).

Рейтингова оцінка з кредитного модуля

Рейтингова оцінка з кредитного модуля – сумарна підсумкова оцінка за багатобальною шкалою рівня засвоєння студентом певного кредитного модуля (навчальної дисципліни) упродовж його вивчення.

Рейтингова оцінка з кредитного модуля	Оцінка за шкалою ECTS	Оцінка за національною шкалою
90-100 і більше	A (відмінно)	відмінно
82-89	B (дуже добре)	добре
75-81	C (добре)	
67-74	D (задовільно)	задовільно
60-66	E (достатньо)	
35-59	FX (незадовільно з можливістю повторного складання)	незадовільно
34 і менше	F (незадовільно з обов'язковим проведенням додаткової роботи щодо вивчення навчального матеріалу кредитного модуля)	

*Таблиця відповідності шкал оцінювання навчальних досягнень
здобувачів вищої освіти*

Рейтингова оцінка з кредитного модуля	Оцінка за шкалою ECTS	Пояснення	Рекомендовані системою ECTS статистичні значення (у %)	Екзаменаційна оцінка за національною шкалою	Національна залікова оцінка
90-100 і більше	A	Відмінно (відмінне виконання лише з незначною кількістю помилок))	10	відмінно	зараховано
82-89	B	Дуже добре (вище середнього рівня з кількома помилками)	25	добре	
75-81	C	Добре (у цілому правильне виконання з певною кількістю суттєвих помилок)	30		
67-74	D	Задовільно (непогано, але зі значною кількістю недоліків)	25	задовільно	
60-66	E	Достатньо (виконання задовольняє мінімальним критеріям)	10		
35-59	FX	Незадовільно (з можливістю повторного складання)		незадовільно	
1-34	F	Незадовільно (з обов'язковим повторним курсом)			

12. Умови визначення успішного засвоєння освітнього компоненту «Основи клінічної психології та патопсихології»

Рейтингова оцінка у балах знань, умінь і навичок студента на навчальних заняттях з навчального (змістового) модуля обчислюється після проведення цих занять та ліквідації студентом поточної заборгованості, пов'язаної з пропусками занять, непідготовленістю або недостатньою підготовленістю до них.

Критерієм успішного проходження здобувачем вищої освіти оцінювання результатів навчання є досягнення ним мінімального порогового рівня оцінок за кожним запланованим результатом навчання освітнього компоненту та мінімального порогового рівня оцінки за освітнім компонентом загалом, яких складає 60% від максимально можливої кількості балів, визначеної відповідними нормативними документами Університету.

Здобувачам вищої освіти, які за результатами підсумкового контролю у формі екзамену, отримали незадовільну оцінку, дозволяють ліквідувати академічну заборгованість після належної підготовки.

Ліквідацію академічної заборгованості за результатами семестрового контролю дозволяють до початку наступного семестру в час, визначений графіком ліквідації академічної заборгованості, та допускають не більше двох разів: перший раз – викладачеві, другий – комісії, яку створюють за розпорядженням декана факультету.

За неуспішного проходження оцінювання результатів навчання за освітнім компонентом кредити здобувачу вищої освіти не присвоюють.

13. Інструменти, обладнання та програмне забезпечення, використання яких передбачає навчальна дисципліна (за потребою).

Доступ до інтернету, до сайту університетської бібліотеки і кафедри, до системи MOODLE.

14. Рекомендована література

Основна

1. Галецька І. Клініко-психологічне дослідження: навчальний посібник. Львів: ЛНУ імені Івана Франка, 2015. 242 с.
2. Ніконенко Ю.П. Клінічна психологія: навчальний посібник. Київ: КНТ, 2016. 369 с.
3. Мартинюк І.А. Патопсихологія. Практикум: [навч. посіб. для студ. вищ. навч. закладів]. Київ: Каравела, 2017. 184 с.
4. Максименко С.Д., Чуприков А.П., Рожкова Є.М. та ін. Патопсихологія: навч. посіб. Київ: КММ, 2010. 208 с.

Допоміжна

1. Клінічна психологія: словник-довідник / авт.- уклад. С.В. Діденко. Київ: Академвидав, 2012. 320 с.
2. Максименко С.Д., Цехмістер Я.В., Коваль І.А., Максименко К.С. Медична психологія / за заг. ред. С.Д. Максименка Київ, 2014. 520 с.
3. Панчук Н.П. Методи психологічного виходу з ситуацій, що призводять до синдрому вигорання в процесі професійної діяльності. *Психічне здоров'я персоналу освітніх організацій та його профілактика*: матеріали Всеукраїнського науково-практичного семінару, м. Кам'янець-Подільський / Подільський спеціальний навчально-реабілітаційний соціально-економічний коледж. Кафедра соціальної роботи та психології. Кам'янець-Подільський, 2020. С. 57-61.
4. Федосова Л.О. Клінічна психологія: навчальний посібник. Київ: Вид. дім «Персонал», 2013. 248 с.

15. Рекомендовані джерела інформації

- Робоча програма навчальної дисципліни
- Текст лекцій.
- Плани практичних занять.
- Опубліковані власні навчально-методичні праці:
 1. Панчук Н.П. Формування моральної поведінки учнів з інтелектуальними порушеннями. *Інновації взаємодії освіти, економіки та соціального захисту в умовах інклюзії та прагматичної реабілітації соціуму*: матеріали II міжнародної науково-практичної конференції, м. Кам'янець-Подільський / Подільський спеціальний навчально-реабілітаційний соціально-економічний коледж. Кам'янець-Подільський, 2018. С. 308-310.
 2. Панчук Н.П. Методи психологічного виходу з ситуацій, що призводять до синдрому вигорання в процесі професійної діяльності. *Психічне здоров'я персоналу освітніх організацій та його профілактика*: матеріали Всеукраїнського науково-практичного семінару, м. Кам'янець-Подільський / Подільський спеціальний навчально-реабілітаційний соціально-економічний коледж. Кафедра соціальної роботи та психології. Кам'янець-Подільський, 2020. С. 57-61.
 3. Lazorko, O., Panchuk, N., Borysiuk, O., Kulchytska, A., Borysenko, O., & Khavula, R. Psychological Safety of the Individual in Normal and Extreme Conditions of Professional Activity: Neurophysiological Aspects. *BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience*. 2022. 13(1). P. 324-346. DOI: <https://doi.org/10.18662/brain/13.1/287> (Психологічна безпека особистості в нормальних та екстремальних умовах професійної діяльності: нейрофізіологічні аспекти).
- Засоби діагностики якості вищої освіти: завдання модульної контрольної роботи; питання екзамену.

- Корисні ресурси Інтернету:

http://www.nbu.gov.ua	Бібліотека ім. В.І. Вернадського
http://www.mon.gov.ua	Офіційний сайт Міністерства освіти і науки України
http://lib.meta.ua	Електронна бібліотека
http://www.lib.ua-ru.net	Студентська електронна бібліотека
http://library.kpnu.edu.ua/	Бібліотека К-ПНУ імені Івана Огієнка
http://kaf-psykholohii.kpnu.edu.ua/	Сайт кафедри психології освіти університету К-ПНУ імені Івана Огієнка
https://moodle.kpnu.edu.ua/user/index.php?id=120	Сторінка курсу у системі Moodle університету К-ПНУ імені Івана Огієнка
http://elar.kpnu.edu.ua:8081/xmlui/	Репозитарій університету К-ПНУ імені Івана Огієнка

РОЗДІЛ 1.

ЛЕКЦІЙНІ ЗАНЯТТЯ



Лекційне заняття 1.

Тема 1. КЛІНІЧНА ПСИХОЛОГІЯ. ОБ'ЄКТ, ПРЕДМЕТ, ЗАВДАННЯ, ПРИНЦИПИ

- 1.1. Функціональні поняття, об'єкт, предмет клінічної психології.
- 1.2. Зв'язок клінічної психології з іншими науками.
- 1.3. Методологічні принципи клінічної психології.
- 1.4. Структура патопсихологічного синдрому.

1.1. Функціональні поняття, об'єкт, предмет клінічної психології

У міжнародному посібнику з клінічної психології за загальною редакцією Пере і Баумана наводиться визначення:

Клінічна психологія – це психологічна дисципліна, предметом якої є психічні розлади і психічні аспекти соматичних розладів (хвороб).

Клінічна психологія включає наступні **розділи**:

- етіологію (аналіз умов виникнення розладів);
- класифікацію;
- діагностику;
- епідеміологію;
- інтервенцію (профілактику, психотерапію і реабілітацію);
- охорону здоров'я;
- оцінку результатів.

В англomовних країнах, як синонім до поняття «клінічна психологія», використовується термін «патологічна психологія» (*Abnormal Psychology*). Шрамль одним із перших у німецько-мовних країнах запропонував розглянути клінічну психологію ширше, ніж просто психологію в клініці. Поряд з клінічною психологією в університетах окремих західних країн викладається медична психологія. Зміст її включає застосування знань і методів психології для вирішення проблем медицини (передусім пов'язаних із пацієнтом і взаєминами «лікар–пацієнт»). До неї відносять профілактику хвороб та охорону здоров'я.

В інших випадках медична психологія (поведінкова медицина) досліджує психічні аспекти соматичних розладів.

В Україні відповідно до державного освітнього стандарту:

Клінічна психологія – спеціальність широкого профілю, що має міжгалузевий характер і бере участь у вирішенні комплексу завдань у системі охорони здоров'я, народної освіти та соціальної допомоги населенню.

Об'єкт клінічної психології – людина з труднощами адаптації та самореалізації, пов'язаними з її фізичним, соціальним і духовним станом.

Предмет професійної діяльності клінічного психолога – психічні процеси і стани, індивідуальні й міжособистісні особливості, соціально-психологічні феномени, які виявляються в різних галузях людської діяльності.

Клінічний психолог виконує такі **види діяльності**:

- діагностичну;
- експертну;
- корекційну;
- профілактичну;
- реабілітаційну;
- консультативну;
- науково-дослідну тощо.

1.2. Зв'язок клінічної психології з іншими науками

Базисними науками для клінічної психології є: загальна психологія і психіатрія.

Предмет наукових досліджень клінічної психології та психіатрії – **психічні розлади**. Однак клінічна психологія займається і такими **порушеннями, які нерівноцінні хворобі** (наприклад, проблеми шлюбу й партнерства), а також **психічними аспектами соматичних розладів**.

Клінічна психологія впливає на розвиток **теорії та практики психіатрії, неврології, нейрохірургії, внутрішніх хвороб та інших медичних дисциплін**.

Патопсихологічні розлади часто виявляються в екстремальних умовах, що вивчається іншими психологічними науками (наприклад, авіаційною та космічною психологією). У зв'язку з цим було запропоновано термін **екстремальна психологія**. Патопсихологія вивчає аномальну особистість у нормальних умовах, а екстремальна психологія – нормальну особистість в аномальних умовах.

Патопсихологія межує з **нейропсихологією**. Предмет нейропсихології – вивчення динамічної локалізації психічних функцій, співвідношення психологічних функціональних структур з морфологічними мозковими макро- і мікроструктурами в нормі, які розуміються через патологію.

Поведінкова неврологія (Behavioral Neurology) – галузь неврології, яка вивчає вплив захворювань мозку на поведінку людини і, особливо, на вищі кіркові або когнітивні функції. Діагностика включає методи клінічної психології та нейропсихології, що об'єднує ці дисципліни.

Психофармакологія і клінічна психологія вивчають психопатологічні розлади і способи їх лікування. Крім того, лікарське лікування завжди має на пацієнта позитивну чи негативну психологічну дію (наприклад, плацебо-ефект).

До системи загальної клінічної діагностики належить психологічна діагностика (насамперед у психіатрії), яка близька до **судово-медичної психології та психіатрії**. При цьому слід мати на увазі і **юридичну психологію**. Галуззю клінічної психології є **психологічна трудова експертиза**, яка поділяється на профорієнтацію, профконсультацію, профвідбір, працевлаштування інвалідів. Психологічна трудова експертиза – це один із розділів психології праці.

Медико-психологічна профорієнтація і профконсультація підлітків пов'язана з **педіатрією та шкільною гігієною**, щодо осіб похилого віку – з **геріартрією та психогігієною**. Психогігієну можна розглядати і як самостійну дисципліну і як розділ клінічної психології.

Медична педагогіка – суміжна з медициною, психологією і педагогікою галузь. Предмет медичної педагогіки – навчання, виховання і лікування хворих дітей – дефектопедагогіка з галузями олігофрено-, сурдо- й тифлопедагогіки.

Психотерапія становить окремий випадок клініко-психологічної інтервенції (втручання).

1.3. Методологічні принципи клінічної психології

Методологія – система принципів і способів організації та побудови теоретичної і практичної діяльності. Методологія включає такі конкретно-наукові прийоми дослідження: **спостереження, експеримент, моделювання тощо**. Вони реалізуються у спеціальних процедурах – методиках отримання наукових даних. Клінічна психологія спирається на **методологію і методи загальної психології**.

У психіатрії до основних методів діагностики відносять:

- **клінічний психіатричний** – включає огляд, бесіду (вивчення суб'єктивного анамнезу і психічного статусу), динамічне спостереження та збір об'єктивних анамнестичних відомостей;

- **експериментально-психологічний** – складається з психометричних, проєктивних, нейропсихологічних методів дослідження:

- **психометричні методи** орієнтовані на “кількісне” вивчення особистісних властивостей і характеристик психічного стану;
- **проєктивні методи** спрямовані на вивчення підсвідомих психічних процесів;
- **нейропсихологічні методи** призначені для оцінювання психічних функцій при “вогнищевих” ураженнях головного мозку;

- **психофізіологічний** – вивчає показники розумової та фізичної працездатності;

• **додаткові** – електрофізіологічні, лабораторні, рентгенологічні, генетичні, епідеміологічні, “нетрадиційні” (рефлексодіагностичні, “енергоінформаційні” та ін.).

Патопсихологічне дослідження включає в себе:

- експеримент,
- бесіду,
- спостереження,
- аналіз історії життя та історії хвороби (анамнез виду і анамнез морбі відповідно),
- порівняння отриманих даних для визначення патогенетичного та диференціального діагнозу.

Методи патопсихологічного дослідження **визначаються** завданням виділення провідного симптому.

Можливий **набір методик** з'ясовується у процесі розмови з хворим під час збору анамнезу.

Патопсихологічні тести (стимуляційний матеріал з описом) зібрані в “Атласі для експериментального дослідження відхилень у психічній діяльності людини” (за редакцією Поліщука та Відренко, Київ).

При оформленні **патопсихологічного висновку** потрібно враховувати наступне:

1) патопсихологічні методики побудовані за принципом функціональних проб, спрямованих на вивчення певної функції; результати функціональних проб ніколи не інтерпретуються окремо, тобто важлива їх **комплексна характеристика**;

2) отримані результати **потребують** не **стільки кількісної, скільки якісної роботи** – оцінки мотивації пацієнта, його ставлення до досліджень і ступеня критичності до своїх помилок;

3) отримані результати **інтерпретуються** в контексті історії життя і в контексті розвитку захворювання.

Мета патопсихологічного дослідження – визначення патопсихологічного синдрому, який представляє собою стійку, внутрішньо пов'язану сукупність окремих симптомів, яка виявляється в емоційному реагуванні та пізнавальній діяльності хворого.

Синдромальний підхід – виявлення окремих симптомів, що визначають клінічну картину загалом (*наприклад, підвищена виснажливність*

нервових процесів при дифузному ураженні кори головного мозку призводить до виснаження уваги, нестійкості мнестичних слідів (у пробі на механічне запам'ятовування відтворюється 4, 5, 6 слова з 10), порушень емоційно-вольової сфери (нестійкість настрою, виснажливність емоційних реакцій), патології мислення у вигляді непослідовності суджень, змін особистості по типу звуження сфери мотивів.

Психологічний **експеримент спрямований на дослідження** людини (яка реально діє), а не на вимірювання окремих психічних процесів.

Психологічний експеримент – це якісний системний аналіз різних форм порушень психіки, розкриття механізмів порушень діяльності та визначення можливостей її відновлення.

Системний якісний аналіз передбачає оцінку основних порушень, які лежать за розпадом мислення, порушенням пам'яті та розладами особистості (наприклад, при шизофренії надмірне абстрагування, емоційна вихолощеність, шизофренічні порушення мислення – всі порушення розглядаються цілісно).

Тобто основним **принципом патопсихологічного дослідження є системний, якісний аналіз дослідження порушень психічної діяльності** (оцінюється все з точки зору особистості взагалі).

Інший важливий принцип – **різноманітність і велика кількість методик, що використовуються у процесі дослідження**. Таким чином, досягається вірогідність дослідження, оскільки один висновок підтверджується кількома методиками.

Порушення не існують ізольовано, вони накладають відбиток на особистість загалом. Наприклад, наявність судинних захворювань призводить до зниження пам'яті, змін поведінки, емоційного реагування у вигляді афективності тощо.

У процесі розпаду психіки одні симптоми, звичайно, викликають інші. Неможливо існування окремих порушень. Тому набір патопсихологічних методик, що використовуються, повинен виявляти всі взаємопов'язані порушення на різних рівнях.

Будь-яка методика дає змогу розмірковувати над різними формами психічних порушень, виявляти різнопланову інформацію. *Наприклад, по чергове віднімання від 100 до 7 досліджує цілеспрямованість, установку, виснажливність та інші особливості психічної діяльності підекспертних.*

Будь-яка методика **поліфункціональна**. Специфіка патопсихологічного дослідження – **поліфункціональні проби**. При цьому патопсихологічні методики відносно прості – **оцінюють нижню межу норми**.

Вибираючи психологічні методи, потрібно брати до уваги:

1) якщо метою дослідження є **диференційна діагностика**, визначення глибини психічного дефекту, вивчення ефективності терапії, то вибір методів визначається **особливостями порушення**, яке припускається;

2) **освіту хворого і його життєвий досвід** (наприклад, недостатньо грамотному досліджуваному не слід давати завдання за методом утворення складних аналогій);

3) **особливості контакту з хворим** (так, при обстеженні хворих зі слабким слухом переважно використовуються завдання, розраховані на зорове сприйняття).

Етапи психологічного дослідження:

1. Вивчення історії хвороби, бесіда з лікарем і конкретизація завдання дослідження.

2. Проведення патопсихологічного дослідження.

3. Обробка та аналіз даних патопсихологічного дослідження.

4. Опис результатів, висновок психологічного дослідження (у межах компетенції психолога).

Тривалість безперервного патопсихологічного дослідження не повинна перевищувати **2 години**, а при підвищеній виснажливості хворих, особливо похилого віку, може тривати **не більш як 30–40 хвилин**. Зазвичай **психологічне дослідження вимагає в середньому 3,5–4 години**. Тому його доводиться проводити **протягом двох, а іноді й трьох-чотирьох днів**. У разі виникнення труднощів щодо включення хворого в дослідження і при підвищеній виснажливості загальний час дослідження може бути скорочено за рахунок зменшення кількості методів.

Так, час **дослідження інтелектуальної діяльності** за допомогою стандартизованого набору **може бути скорочено вдвічі** за рахунок пред'явлення тільки парних або непарних завдань тесту, результати застосування яких високо корелюють між собою.

Ще більше можливості для скорочення часу дослідження представляють нестандартизовані методи.

1.4. Структура патопсихологічного синдрому

Патопсихологічний синдром визначається за наступними параметрами:

1. Оцінювання порушень мотиваційної сфери особистості:

- широта або вузькість мотивації (професійна, сімейна тощо);
- спрямованість мотивації (особиста егоцентрична та ін.);
- усвідомленість;
- активність;
- ієрархічність;
- динамічність;
- цілеспрямованість;
- підконтрольність;
- критичність;
- опосередкованість (безпосередність).

Традиційно провідною мотивацією у чоловіків вважалася професійна, у жінок – сімейна.

Цілеспрямованість мотивації пов'язана з напруженістю мотивації.

Спрямованість – особисту егоцентричну мотивацію – реалізувати складніше.

Усвідомленість мотивації знижується упродовж усього спектра психічних порушень (від грубих до незначних).

Усвідомленість мотивів призводить до цілеспрямованої поведінки.

Активність – рівень спонукань до діяльності (наприклад, за ендогенної депресії людина розуміє, що потрібно щось робити, але не в змозі це виконувати).

Підконтрольність пов'язана з довільною регуляцією мотивації.

Критичність – здатність адекватно оцінювати всі рівні особистісної регуляції поведінки: мотиваційний, характерологічні та операціональні. В судово-психологічній експертизі критичність як здатність організувати свою поведінку є інтегральним показником.

Опосередкованість мотивації характеризуються соціальними нормами. Безпосередність характерна при психопатичній особистості: “Я хочу і я це зроблю!”

2. Особливості афективного (або емоційного) реагування характеру особистості:

- спектр емоційного реагування;
- інертність або нестійкість;
- емоційна реактивність;
- підконтрольність;
- експресивні характеристики;
- чуйність до тону спілкування.

Емоційне реагування: або постійно знижений фон настрою, або незмінно підвищений, або беземоційність. На основі характеристики спектра і сили емоційного реагування можна визначати акцентуацію:

- **гіпертимія** – позитивний емоційний спектр, інтенсивність емоцій;
- **дистимія** – негативна частина емоційного спектра, інтенсивність емоцій;
- **істероїдність – лабільність;**
- **епілептоїдність – застрягання, інертність;**
- **шизоїдність – відсутність емоційного резонансу;**
- **психостеноїдність – схильність реагувати тривогою** на всі впливи середовища (“гумор шибеника” – характерно піджартовування над собою).

3. Операційне оснащення – збереженість інтелектуально-мнестичної діяльності:

- відповідає чи не відповідає віковій нормі;
- у патопсихології оцінюється інтелект (запас знань) і характеристики мислення (операції абстрагування, класифікації, синтезу, здатність до категоризації понять – узагальнення).

4. Динамічний аспект діяльності:

- рівномірність темпу виконання завдань;
- збереження рівня продуктивності у процесі взаємодії;
- динамічні характеристики (уповільнена впрацьовуваність);
- темпові характеристики (уповільнення мислення).

Наприклад, при маніакальному стані страждає динамічна сторона діяльності:

- ✓ *скачка ідей, неспроможність довести висловлювання до кінця;*

✓ для депресивного стану теж характерно недоведення думок до кінця;

✓ епілептоїди говорять короткими фразами: довга фраза, динаміка для них важко доступна;

✓ при ендогенній депресії спостерігається зниження рухливості нервових процесів, темпу, характерно почуття провини (для порівняння – невротик: «усі погані, а я хороший», депресія: «я гірше всіх» (неповноцінність, неспроможність).

При оцінці патопсихологічного синдрому основне завдання – виділити провідний симптом, який визначає синдромоутворення. **Провідним симптомом може бути:**

- підвищена виснажливність,
- порушення емоційної регуляції,
- гіпосоціальна установка (наприклад, у істерика – думає про себе, а не про недавно народжену дитину).

Усі характеристики розглядаються в контексті взаємодії пацієнта з психологом, і на основі цього формується диференціальний діагноз.

Контрольні питання

1. Кваліфікаційна характеристика медичного психолога.
2. Місце медичного психолога у психології та медицині.
3. Методи дослідження в медичній психології.
4. Принципи та етапи клінічного опитування пацієнта.
5. Феноменологія клінічних виявів.
6. Феноменологічний принцип обстеження хворого.
7. Первинне інтерв'ю, психологічне консультування.



Лекційне заняття 2.

Тема 2. ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я: НОРМА ТА ПАТОЛОГІЯ

- 2.1. Історія понять норми та патології.
- 2.2. Визначення та критерії психічного здоров'я.
- 2.3. Підходи до визначення психічної норми і патології.
- 2.4. Діагностичні принципи-альтернативи.

2.1. Історія понять норми та патології

Ще наприкінці XIX ст. чітко розмежовувалася психічна норма та патологія. І лише на початку XX ст. у зв'язку з поширенням психоаналізу ця межа починає розмиватися.

Перша світова війна стала поштовхом для виникнення нового підходу до душевних хвороб – екзистенціального, в основі якого лежить такий підхід до людини, згідно з яким його внутрішній світ унікальний, а його буття у світі індивідуальне.

На думку Л. Кінга, психічна хвороба – це умовне позначення іншого «способу існування» і поведінки людини, при цьому хвороба принципово не відрізняється від здоров'я.

Л. Кінг згідно з екзистенційним підходом вирізняє:

- ✓ **неврози** – індивідуальне існування в інших просторово-часових відносинах;
- ✓ **психози** – інший світогляд, що відображає унікальний суб'єктивний світ людини;
- ✓ **шизофренічний процес** – реакція хворої особистості на стресову ситуацію, спеціальна стратегія поведінки, спосіб життя, позиція, яка допомагає людині вижити у кризових ситуаціях.

У 60-х роках ХХ ст. в ряді західних країн виник антипсихіатричний рух. Стверджувалося, що психічні хвороби – це «міф», фікцією називалися як нозологічні форми, так і психопатологічні синдроми. На думку вчених, психіатричні лікарні та застосовувані лікувальні методи (електрошокова терапія, лоботомія, транквілізатори, нейролептики) є втіленням дегуманізуючого початку в суспільстві, де «каста» лікарів здійснює насильство над «кастою» хворих та ізолює небажаних суспільству людей (загальновідомий факт зловживання психіатрією в політичних цілях в СРСР). І в наш час продовжуються дискусії про відносність межі між психічною нормою і патологією.

2.2. Визначення та критерії психічного здоров'я

Згідно з ВООЗ **загальне здоров'я** – це стан людини, якій властиві не тільки відсутність хвороб або фізичних вад, а й повне фізичне, душевне та соціальне благополуччя.

Однією із найважливіших **складових є психічне здоров'я**.

Психічне здоров'я – такий стан психіки індивіда, що характеризується цілісністю та узгодженістю всіх психічних функцій організму, що забезпечує відчуття суб'єктивної психічної комфортності, здатності до цілеспрямованої осмисленої діяльності, адекватні форми поведінки.

Критерії психічного здоров'я (за ВООЗ):

- 1) усвідомлення і відчуття безперервності, постійності та ідентичності свого фізичного та психічного "Я";
- 2) почуття сталості та ідентичності переживань в однотипних ситуаціях;
- 3) критичність до себе та своєї власної психічної продукції (діяльності) та її результатів;
- 4) відповідність психічних реакцій (адекватність) силі й частоті впливам середовища, соціальним обставинам і ситуаціям;
- 5) здатність керування поведінкою відповідно до соціальних норм, правил і законів;
- 6) здатність планувати власну життєдіяльність;
- 7) здатність змінювати спосіб поведінки залежно від зміни життєвих ситуацій і обставин.

За ВООЗ, **норма** – це етичний стандарт, модель поведінки або модель, яка розглядається як бажана, прийнятна або типова для тієї чи іншої культури. ВООЗ розглядає питання:

- про нормативність вживання алкоголю та інших психоактивних речовин;
- про нормативність при оцінюванні сексуальної орієнтації та сексуальних уподобань. *Наприклад, клінічне, етичне та правове оцінювання гомосексуалізму: раніше розглядався як кримінально каране діяння, далі як хвороба, а нині як допустима аномалія сексуальної переваги, згідно з чим психіатрична асоціація пропонує вилучити термін «гомосексуалізм» з усіх класифікацій та переліків і розцінювати його як крайній варіант норми.*

Конфлікт норм (за ВООЗ) – ситуація, за якою ідеальні норми не співпадають з поведінковими.

2.3. Підходи до визначення психічної норми і патології

Підходи до визначення психічної норми і патології

Критерій	Сутність підходу	Порівняльна характеристика	
		норма	патологія
1	2	3	4
<i>Статистичний підхід</i>	Найпоширенішим для багатьох психологів і психіатрів є розуміння норми як чогось середнього, сталого, такого, що не виділяється з маси, як найбільш пристосованого, адаптованого до довкілля. Як правило, чим рідше зустрічається та або інша форма поведінки, тим більше вірогідність, що її сприйматимуть як аномальну. Бути нормальним означає бути, як всі, відповідати усередненому стандарту (середньостатистичному нормативу) оцінки можливостей людини.	<p>IQ:</p> <ul style="list-style-type: none"> – 85–114 – НОРМА; – 115–124 – інтелект вищий за норму; – 125–134 – високий інтелект; – 135 і вище – геній. 	<p>IQ:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Нижче 20 – глибока розумова відсталість; – 20–34 – виражена розумова відсталість; – 35–49 – помірна розумова відсталість; – 50–70 – легка розумова відсталість; – 71–84 – розумова відсталість близька до норми.

1	2	3	4
<i>Адаптаційний підхід</i>	Послідовники цього підходу розглядають норму і не норму у зв'язку з поняттям «адаптація». При цьому адаптація розуміється, по-перше, як динамічна рівновага між організмом і середовищем, а по-друге, як динамічна рівновага між психічними процесами і діяльністю людини.	Для норми характерною ознакою є наявність життєвої мети; наявність стійких структурних рис особистості в процесі її розвитку і тих рис, які змінюються в процесі її розвитку.	Особистість не досягає свого функціонального оптимуму (оптимуму психічного функціонування). Відсутність динамічної рівноваги в реалізації цілей самозбереження, розвитку і самореалізації.
<i>Культурно-релятивістський підхід</i>	Згідно з ним, про норму і патологію можна судити лише на підставі співвідношення особливостей культури певних соціальних груп, до яких належать досліджувані. Те, що цілком нормально для однієї соціальної групи, для іншої виглядатиме як патологія.	Існують такі культури, як фінська, в яких прийнято входити в сауни в першу чергу вранці, де всі голі. Для них це норма.	Існують культури, в яких ходити оголеними в громадських місцях нарікають, оскільки це пов'язано із сексуальною поведінкою, яка повинна здійснюватися в приватному житті. Дня нас це патологія.
<i>Психопатологічний підхід</i>	Досить поширеним серед дослідників стало прийняття негативних критеріїв норми. Згідно з цим підходом норма розуміється, передусім, як відсутність яких-небудь виражених патологічних симптомів. По такому шляху йдуть багато дослідників за кордоном, які у своїх тестах і опитувальниках виходять з уявлень і категорій, запозичених з психіатрії, і на їх основі будують структуру як хворої, так і здорової людини.	Норма розуміється, передусім, як відсутність яких-небудь виражених патологічних симптомів, наприклад, розладів сприймання, відчуття, пам'яті, мислення тощо.	Наявність у людини певних симптомів (ілюзії, галюцинації, сенестопатії, амнезія, гіпомнезія, затримка мислення, маячення тощо) вказує на наявність тих чи інших розладів, патологій.

1	2	3	4
Гуманістичний підхід	Цей прямо протилежний підхід описує критерії психічного здоров'я і намагається виділити те позитивне, що несе в собі нормальна особистість. Широко ставиться питання про її здоров'я як про деяке особливе надбання, повноту, а не про одну відсутність тих або інших недуг.	<p>Норма – це людина, яка самовдосконалюється, самоактуалізується. Для неї характерне:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ свіжість сприйняття, відкритість новим враженням, уміння радіти життю; ▪ вершинні переживання, стани підйому і екстазу; ▪ глибокі міжособистісні стосунки; ▪ розмежування цілей і засобів; ▪ філософське почуття гумору; ▪ опір окультуренню. 	<p>Для людини з патологією характерна:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ірраціональна, руйнівна діяльність; ▪ відсутність зв'язку із зовнішнім світом; ▪ наявність сорому, провини, тривоги; ▪ залежність від культури та оточення; ▪ неефективне сприйняття реальності.

1. Статистичний підхід (бути психічно нормальним – означає бути “як усі”, або відповідати якомусь кількісному стандарту):

- характерний для радянської психіатрії: відхилення від середньостатистичних норм – релігійність, інакомислення, нестандартна зачіска, одяг, захоплення тощо – розглядалися як неадекватна поведінка;

- за МКБ-10 (Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду), F-7 (розумова відсталість). Діагностика ґрунтується на показниках IQ:

- ✓ нижче 20 – глибока розумова відсталість;
- ✓ 20–34 – виражена відсталість;
- ✓ 35–49 – помірна відсталість;
- ✓ 50–70 – легка відсталість;
- ✓ 70–84 – близький до норми IQ;

- ✓ 85–115 – норма;
- ✓ 115–124 – вище норми;
- ✓ 125–134 – високий IQ;
- ✓ понад 135 – геній.

Наприклад, у Гете IQ – 200, у Ньютона і Вольтера – 190, у Галілея – 185, у Леонардо да Вінчі – 150, у Баха і Ч. Дарвіна – 140, у Коперника – 130.

У наш час найвищий IQ (за Книгою рекордів Гіннеса) у Мерилін Вос Саван, якій вже за 60. Її IQ був порахований у віці 10 років і становив 228 балів. Незважаючи на те, що Мерилін є найрозумнішою жінкою планети, вона навіть не закінчила університет. Останнім часом вела колонку в журналі та сторінку в Інтернеті, де відповідала на численні запитання читачів.

Слід зауважити, що IQ варіабельний в різних культурах, і його середньостатистична норма в різних країнах неоднакова: у Німеччині середній IQ – 125, в Австралії – 130, в Індії – 140.

2. Адаптаційний підхід (бути психічно нормальним – означає бути соціально адаптованим і демонструвати соціально прийнятні стандарти поведінки, що схвалюються суспільством).

Підхід популярний в американській культурі, де критерій адаптації в суспільстві відіграє важливу роль. **Ненормальною** вважається поведінка людини, яка нічим не виділяється, не хоче бути краще, заробляти більше, створювати щось неординарне, що шокує публіку. Такий стиль життя дає можливість знайти свою нішу в соціумі, забезпечує успіх і адаптацію в суспільстві. Це знаходить відбиток у діагностичних критеріях.

Наприклад, не слід ставити діагноз “розлад особистості” людині з вираженими нарцистичними та параноїдними рисами в тому випадку, коли ці риси сприяють її благополуччю та процвітання в суспільстві.

3. Психопатологічний підхід (бути психічно нормальним – означає не мати виражених психопатологічних симптомів, наприклад, галюцинацій):

- характерний для європейської культури і неприйнятний для деяких культур Сходу, де галюцинації розглядаються як особливий дар і благословення духів;
- не завжди можна застосувати в періоди історичних перетворень. У психіатрії дезорієнтація в часі і місці вважається ознакою психічних порушень. *Наприклад, якби 30 років тому людина вбралася у мундир царської армії та проголосила себе дворянином і нащадком царської дина-*

стії, то це було б розцінено як ознака психічного розладу. Нині ж з успіхом функціонують дворянські збори, де збираються сотні “нащадків”.

4. Гуманістичний підхід (на відміну від попередніх підходів, в яких психічне здоров'я визначається через нездоров'я, а норма – через аномалію, цей підхід заснований на вивченні здорових і зрілих людей – роль самосвідомості та прагнення до самовдосконалення).

Абрахам Маслоу (автор підходу) стверджував, що зрозуміти психічне захворювання неможливо, поки не зрозуміла психіка здорової людини. При вивченні ним біографій особистостей, які представляють “рідкісний зразок психічного здоров'я” та досягли вершин самоактуалізації у своїй сфері діяльності, серед яких 48 осіб – Томас Джефферсон, Авраам Лінкольн, Джейн Адамс, Альберт Ейнштейн, Елеонора Рузвельт та ін. За принципами гуманістичного підходу, еталоном психічної норми вважається французький письменник і льотчик, автор “Маленького принца”, – Антуан де Сент-Екзюпері. Слід відзначити суб'єктивізм при виборі когорти осіб, визнаних Маслоу ідеально психічно здоровими людьми. На думку автора, ці чудові зразки психічно здорових людей нагадують нам, що потенціал психологічного зростання людства набагато вищий, ніж той, якого ми досягли.

5. Культурально-релявістичний підхід (нормальним вважається все те, що відповідає уявленням цієї культури про норму).

У культуральній психіатрії вирізняють такі поняття:

✓ **поведінкова норма** – це актуальна, звичайна або модельна поведінка, яка спостерігається в культуральній групі;

✓ **рангова норма** – це ідеальна норма поведінки, яка очікується від осіб, що мають особливу соціальну роль і статус (*наприклад, духовенство, педагоги, лікарі, судді*), зазвичай більш строгі та альтруїстичні, ніж норми, які передбачаються для інших людей.

Бути психічно здоровим і психічно хворим у різних культурах означає різний психічний статус людини. Більше того, навіть в одній країні, але в різні історичні періоди, які супроводжуються зміною менталітету, населення, поняття про психічну норму та патологію змінюється.

Рівні психічного здоров'я:

1. **Ідеальна норма, або еталонне здоров'я** – стан, при якому ймовірність виникнення психічних і поведінкових розладів або психічної дезадаптації дорівнює нулю. Ідеальна норма є гіпотетичним станом. За ВООЗ, ідеальна норма – це поведінка, яка підтримується культуральною

групою, оскільки вона є бажаною або оптимальною. Це соціально предписаний зразок поведінки.

2. **Середньостатистична норма** – стан психолого-психіатричних характеристик, що відображають норму для певної популяції. *Наприклад, невиражені інтелектуально-мнестичні порушення в осіб похилого віку відносяться до показників середньостатистичної норми цієї вікової групи та свідчать про наявність розладів у осіб молодого віку.*

3. **Конституційна норма** – кожний конституційний тип схильний до певного типу психологічного реагування та до певного кола поведінкових і психічних розладів. Для кожного типу існують специфічні патогенні фактори, стосовно яких він найбільш вразливий. *Наприклад, людям із шизоїдною конституцією властиві холодність, раціоналізм, підвищена чутливість; людям з циклотимічною конституцією – зміна настрою від веселощів до пригніченості.*

4. **Акцентуація** – варіант психічної норми, яка характеризується особливою вираженістю або загостренням деяких рис характеру, що визначає специфіку схильності людини до певних психічних та поведінкових розладів поведінки – наркогенні та психогенні.

5. **Передзахворювання** – це стан, при якому вже наявні деякі симптоми психічних розладів (невротичний та афективний рівень), але соціальна адаптація ще збережена або лише частково порушена. За даними досліджень, передхворобливі стани серед населення становлять від 22 до 89 % (відмінності у статистичних даних у різних дослідників). Найчастіше трапляються **астенічні розлади** (головний біль, розлади сну, виснажливність, подразливість, запальність) та **афективні розлади** (емоційна лабільність, тривога, дисфорії). Вірогідність захворювання у цьому випадку досягає 100%.

Психічний розлад – хворобливий стан з психопатологічними та поведінковими розладами, який пов'язаний з порушенням функціонування організму внаслідок впливу біологічних, соціальних, психологічних, генетичних або хімічних факторів.

Визначається ступенем відхилення від детермінованого поняття психічного здоров'я: за висловлюванням психолога та суїцидолога Карла Меннінгера: "Діагнози змінюються тому, що ми змінюємо наші концепції захворювання та розладів психіки" (1964); Джим Берлі (1990) зазначав: "Пацієнт страждає від захворювання, лікар – від концепції".

2.4. Діагностичні принципи-альтернативи

Унаслідок природних труднощів, що стоять на шляху діагностичного процесу, розроблений набір принципів-альтернатив.

Принцип феноменологічного підходу у психології та психіатрії полягає в тому, що кожне цілісне індивідуальне психічне переживання людини (феномен) повинно розглядатися як багатозначне, що дає змогу розуміти і пояснювати його як в категоріях психопатологічних, так і психологічних. Практично не існує психічних переживань людини, які можуть бути однозначно та апріорно належати до рангу симптомів, також як і визнаними абсолютно адекватними.

Вирізняють такі принципи-альтернативи:

- хвороба–особистість;
- нозос–патос;
- реакція–стан–розвиток;
- психотичне–непсихотичне;
- екзогенне–ендогенне–психогенне;
- дефект–одужання–хроніфікація;
- адаптація–дезадптація;
- негативне–позитивне;
- компенсація–декомпенсація;
- фаза–приступ–епізод;
- ремісія–рецидив–інтермісія;
- тотальність–парціальність;
- типовість–атиповість;
- патогенне–патопластичне;
- симуляція–дисимуляція–агравація.

Зазначені **принципи-альтернативи сприяють** обґрунтуванню багатовимірного підходу до оцінювання психічного стану людини замість примітивної одномірної оцінки в координатах хворий–здоровий (нормальний–ненормальний). *Наприклад*, пацієнт, який переніс напад шизофренії, в одномірній системі координат повинен бути визнаний або хворим або здоровим. У багатовимірній системі координат оцінювання стану пацієнта, який переніс шизофренічний напад, буде складатися з інших категорій. Стан “відсутності активних симптомів шизофренії” може позначатися як одна з альтернативних характеристик “дефект–одужання–

хроніфікація”, “ремісія–рецидив–інтермісія”, “адаптація–дезадаптація”, “компенсація–декомпенсація” і “позитивне–негативне”.

Далі розглянемо **найвідоміші діагностичні принципи-альтернативи і проаналізовані клінічні параметри**, що дають можливість проводити вибір одного з альтернативних критеріїв оцінювання психічної діяльності.

Хвороба–особистість

Принцип “хвороба-особистість” є основоположним у діагностичному феноменологічно орієнтованому процесі. Він зумовлює підхід до будь-якого психологічного феномену з двох альтернативних сторін: або феномен, що спостерігається, є психопатологічним симптомом (ознакою психічної хвороби), або він є ознакою особистісних особливостей, наприклад, світогляду людини, традиційного для його етносу, культурної чи релігійної групи стереотипу поведінки. Особливо яскраво альтернатива “хвороба–особистість” може бути продемонстрована на прикладі такого феномену, як переконаність у чому-небудь, яку можна представити у вигляді альтернативи маячення–світогляд. Як відомо, **маячення** – це помилковий умовивід, який не піддається корекції і виникає на хворобливій основі. Однак при настільки поширеному визначенні маячення виникають серйозні труднощі при проведенні диференціації між маяченням та іншими ідеями, судженнями, думками, що не піддаються корекції.

Наприклад, релігійна ідея в поданні атеїста може бути визнана помилковою, тому що вона не піддається корекції, тобто атеїсти не можуть переконати віруючого. Чи впливає з цього факту, що віра – це маячення? Критерій хворобливої основи в даному випадку нічого не дає для диференціації, оскільки незрозуміло, як визначити хворобливу основу, якщо ще не проведений діагностичний пошук, не з’ясовано чи є симптоми хвороби. З іншого боку, близьким за значенням до наведеного визначення слід визнати дефініцію світогляду.

Світогляд – система принципів, поглядів, цінностей, ідеалів і переконань, що визначають напрям діяльності і ставлення до діяльності окремої людини, соціальної групи або суспільства загалом. Де ж межа між релігійним переконанням, як світоглядної системи, та маячними ідеями? Сучасна психіатрія, намагаючись обійти подібну перешкоду на шляху діагностики, ввела нове визначення маячення.

Маячення – це помилкова, непохитна впевненість у чомусь, незважаючи на безсумнівні й очевидні докази і свідчення протилежного, якщо ця впевненість не властива іншим членам даної культури чи субкультури. Найбільш істотним у даному визначенні є не традиційна оцінка маячення як помилкового умовиводу, а вказівка на значущість **етнокультурального аналізу**.

Щоб з високою імовірністю віднести переконання в чому-небудь до маячних ідей потрібно оцінити його (переконання) як унікальне і суб'єктивне явище, що не знаходить аналогів у субкультурі даної людини. *Наприклад*, переконаність людини в тому, що її погане самопочуття пов'язане з **“наведенням порчі”** частіше трактується в нашому культуральному середовищі на цьому історичному етапі не як симптом, оскільки переконання в можливості “наводити порчу” є досить типовою світоглядною установкою. Водночас переконаність людини в тому, що подібне погане самопочуття і навіть хвороба зумовлені тим, що на вулиці повз неї проїхали три машини червоного кольору неможливо обґрунтувати традиційними віруваннями і внаслідок цього ймовірною є оцінка їх із психопатологічних позицій.

Кілька десятиліть назад переконаність людини в тому, що вона перебуває під впливом “енергетичних вампірів” була б витлумачена психіатрами як божевільна, сьогодні – вона найчастіше трактується як світоглядна установка. До явищ цього ж ряду можна віднести й ідеї контактів з іноземними цивілізаціями, зомбування тощо.

Складною залишається і **диференціація символізму**, як способу творчого мислення, та символізму, як симптому. Найважчим для діагностичного оцінювання виступає асоціативний процес, зокрема переконаність хворого у впливі на нього екстрасенсорного способу (за клінічними параметрами подібна до синдрому Кандинського-Клерамбо). Однак цей критерій на теперішньому етапі розвитку суспільства не може вважатися переконливим для діагностичного процесу в психіатрії. Із соціологічних досліджень випливає, що 42 % населення “вірять у можливість передавати й приймати думки на відстані”. Як показують експериментально-психологічні дослідження, з одного боку, немає підстав говорити про шизофренічні порушення мислення хворого, з іншого – не відзначається виражених асоціативних розладів органічного типу.

Неадекватність оцінки подій зачіпає лише вузький суб'єктивно-значущий (більшою мірою світоглядний) бік життя хворого – уявлення про можливість лікування хвороб на відстані з допомогою екстрасенсорного впли-

ву. Розгляд наведеного випадку з традиційних для психіатрії клінічних позицій нашттовується на ряд непереборних перешкод, що не дозволяють правдиво кваліфікувати синдромологію картини, що спостерігається.

Нозос–патос

Принцип-альтернатива “нозос–патос” дає можливість трактувати будь-який психологічний феномен у системі координат, що використовує поняття **хвороби (нозос) та патології (патос)**. Під першим у психіатрії мається на увазі хворобливий процес, динамічне, поточне утворення; під другим – патологічний стан, стійкі зміни, результат патологічних процесів або відхилення розвитку. Психологічний феномен, який спостерігає діагност, відповідно до цього принципу повинен трактуватися або як нозологічна специфічність, яка має хворобливий механізм виникнення та розвитку, що має тенденцію до змін, прогресивності, еволюції або регресу; або як патологічне утворення, яке не схильне до якихось істотних трансформацій, не має етіологічних факторів і патогенетичних механізмів у медичному розумінні цих термінів, а також володіє властивостями стійкості, резистентності, стабільності. Нозос і патос є крайніми (патологічними) варіантами різних за своєю сутністю процесів або спектрів. Так, нозос розташовується у спектрі “здоров’я–хвороба”, а патос у спектрі “норма–патологія”.

Спектр “норма–патологія” носить характер континууму, спостерігаються плавні переходи від одного стану до іншого, тоді як спектр “здоров’я–хвороба” не є континуумом і можна відзначити сходообразність переходів.

Унаслідок цього, з позиції феноменологічного підходу, перехід між непсихотичним та психотичним етапами носить якісний (стрибкоподібний) характер. Два наведених спектра відображають сучасні уявлення про характер взаємозв’язку норми і здоров’я. **Поняття здорової діяльності, здорового самопочуття, здорової поведінки** більш широке, багате та різноманітне, ніж поняття нормального. **Здоров’я** визначається як стан повного фізичного, розумового і соціального благополуччя та ґрунтується на суб’єктивному відчутті здоров’я, внаслідок чого його діапазон розширюється.

Норма ж у медицині визначається як оптимум функціонування та розвитку організму і особистості, оцінка якого вимагає об’єктивного (наскільки це можливо) і порівняльного підходу. За даними деяких дослідників-психіатрів, норма становить лише одну третину здоров’я. Умовно це

співвідношення можна визначити так: людина визнається здоровою, але “ненормальною”, тобто суб’єктивно вона не відчуває жодних хворобливих виявів, відзначає комфортність власного самопочуття (повне благополуччя), але при цьому об’єктивно простежується відхилення від оптимуму функціонування. У соматичній медицині проблема “хвороба–патологія” не стоїть настільки гостро, як у клінічній психології та психіатрії, де оцінювання стану пацієнта є соціально значущим.

До **нозосу** відносять хворобливі процеси і стани – шизофренію, біполярні афективні розлади (застаріла назва – маніакально-депресивний психоз), інволюційні, судинні, інфекційні та інші психози; до **патосу** – насамперед, розлади особистості (застаріла назва – психопатія), дефектні стани, аномалію розвитку.

Реакція–стан–розвиток

Альтернатива “реакція–стан–розвиток” є однією з найважливіших при феноменологічному аналізі психологічного стану обстежуваного. Вона дає можливість ввести у цей аналіз параметри стимулу і реакції, зовнішнього і внутрішнього. При цьому оцінювання психологічного феномену будується на підставі оцінки конгруентності або неконгруентності наведених параметрів. Цей принцип-альтернатива так само, як і інші, дає змогу використовувати багатовимірний підхід, завдяки чому можна коректно підійти до відповіді на низку діагностичних питань. Приміром, як можна оцінити в традиційних загально-медичних категоріях хвороби–здоров’я наступне спостереження: у дитини на фоні підвищеної температури, яка була викликана інфекційним захворюванням, уперше в житті виник розгорнутий судомний напад, який згодом упродовж півроку не повторювався. Чи слід назвати стан дитини хворобливим, діагностувати епілепсію, як визначити, чи потребує цей випадок призначення антиконвульсантів чи не потребує?

Подібна постановка питання при феноменологічному підході некоректна, оскільки носить характер контрастності, одномірності. Для правильної відповіді на подібне питання необхідний аналіз у межах принципу “реакція–стан–розвиток”.

Психічною реакцією в клінічній психології називається короткочасна (не довше 6 місяців) реакція на будь-яку ситуацію або зовнішній вплив.

Психічний стан – стійкий психопатологічний синдром без схильності до розвитку або регресу (тривалістю більш як 6 місяців).

Під психічним розвитком розуміється патологічний процес з внутрішніми закономірностями симптомоутворення. У такій системі координат оцінювання психічного стану здоров'я дитини, яка перенесла судомний напад (з наведеного вище прикладу), може бути засноване на тому, що судомний напад був одноразовим, причинно пов'язаним з екзогенним (зовнішнім) впливом гіпертермії, і отже, повинен трактуватися як епілептична реакція. Слід мати на увазі, що збірне поняття “епілепсія” в контексті принципу-альтернативи “реакція–стан–розвиток” феноменологічно може бути представлено епілептичною реакцією, епілептичним станом (хворобою) та епілептичним розвитком (змінами особистості чи іншими психічними розладами). Подібне трактування поширюється на цілий ряд психопатологічних порушень: реакцією, станом чи розвитком можуть бути **невротичні симптоми** (невротична ситуаційна реакція, невроз, невротичний розвиток особистості), **шизофренія**, особливо в західній психіатричній традиції (шизофренічна реакція, шизофренічний психоз).

Психотичне–непсихотичне

Такий альтернативний розподіл є традиційним для психіатрії і вважається одним з основоположних принципів, які мають значення як для теорії, так і для практики. Принцип “психотичне–непсихотичне” оцінює зазначений психічний параметр як рівень психічних розладів, своєрідну глибину та вираженість психопатологічної картини захворювання. У соматичній медицині подібний критерій відсутній, оскільки відсутня необхідність оцінки соціально значущих сторін діяльності людини. Є лише параметр важкості хвороби, ймовірності летального результату або хроніфікації та інвалідизації. У психіатрії важкість розладів може бути проаналізована двояко.

З одного боку, її можна оцінити з позиції уявлення про **психічне здоров'я** – стан повного фізичного і душевного комфорту та благополуччя, і тоді важкість розладу визначатиметься суб'єктивно. З іншого боку, її можна визначати з позиції уявлення про соціально шкідливий вплив, до якого може призвести психічне захворювання (у крайньому разі – загроза життю навколишніх і себе), що зумовлює суто “об'єктивний” підхід.

Реальна клінічна практика ґрунтується на іншій платформі.

Внаслідок цього психотичний рівень розладів психічної діяльності в усіх випадках оцінюється як стан більш “важкий”, ніж непсихотичний.

Психоз – це психічний стан, що характеризується важким порушенням психічних функцій, контакту з реальною дійсністю, дезорганізацією

діяльності зазвичай до асоціальної поведінки та грубим порушенням критики.

Під непсихотичним рівнем розуміються симптоми і синдроми, що супроводжуються критикою, адекватною оцінкою навколишньої дійсності, коли хворий не змішує власні хворобливі суб'єктивні відчуття та фантазії з об'єктивною реальністю, а поведінка залишається в межах соціально прийнятих норм.

Виходячи з дефініцій рівнів психічних розладів, до **психотичного рівня** належать такі симптоми й синдроми, як галюцинації, маячні ідеї, розлади свідомості, ментизм, шперрунг, розірваність і незв'язність мислення, амбівалентність, аутизм та ін.

До непсихотичного – астенічний, фобічний синдроми, розлади уваги тощо. Однак при оцінюванні рівня психічного розладу також, як і в інших випадках, необхідний феноменологічний підхід, оскільки переважна більшість психопатологічних симптомів можуть трактуватися альтернативно і за певних умов можуть бути віднесені або до психотичних, або до непсихотичних. Навіть здавалося б однозначно психотичний галюциаторний синдром може розцінюватися як непсихотичний, якщо будуть відсутні критерії психотичного – некритичність, груба дезорганізація діяльності й контакту з реальною дійсністю. У цьому відношенні показовим є приклад розладів сприйняття, подібних за клінічними виявами, але різних за параметром критики. **Депресивний синдром** оцінюється як психотичний, звичайно, на підставі приєднання до нього маячних ідей (самозвинувачення, самознищення) і суїцидальних намірів, які не піддаються корекції. Особливі труднощі виникають під час аналізу рівня негативних психічних розладів (аутизму, абулії, деменції, змін особистості та деяких інших).

Екзогенне–ендогенне–психогенне

Принцип-альтернатива “екзогенне–ендогенне–психогенне” належить насамперед до психопатологічних феноменів, оскільки відображає тип психічного реагування на рівні патології та не може використовуватися при аналізі психологічних феноменів. Розробка цього принципу заснована на постулаті психіатрії про те, що для певної групи психічних розладів існують виявлені та верифіковані етіопатогенетичні механізми.

На підставі досліджень Бонгхоффера, Мейєра та Мебіуса, які були проведені наприкінці минулого століття, визначено, що деякі симптоми й

синдроми можуть виникати переважно одним із трьох зазначених етіопатогенетичних шляхів – екзогенним, ендогенним або психогенним.

Екзогенний тип психічного реагування становить психічні реакції стан та розвиток, що виникають унаслідок органічних уражень головного мозку.

Під органічними причинами в психіатрії прийнято розуміти будь-які нефункціональні (непсихогенні) причини, що безпосередньо впливають на головний мозок людини. До них належать черепно-мозкові травми, судинні та інфекційні захворювання головного мозку, пухлини, а також інтоксикації.

До психогенного типу психічного реагування відносять психічні реакції стан та розвиток, причини яких криються в психотравмуючих впливах життєвих подій. Будь-яка подія, конфлікт, фрустрація або життєва ситуація можуть викликати розлад, який відносять до психогенного типу.

Під ендогенним типом психічного реагування маються на увазі психічні реакції, стан та розвиток, які викликані внутрішніми (ендогенними), спадково-конституціональними причинами. Деякі психопатологічні синдроми не вкладаються ні в один із трьох традиційних типів психічного реагування.

Спірним є віднесення **симптому копролалія** (використання соціально неприйнятних слів, часто нецензурних) до екзогенного типу реагування на підставі включення його як патогномонічного симптому синдрому Жіля де ля Туретта, який належить до психічного реагування екзогенного типу. Теоретично можливо уявити виникнення насильницьких рухів м'язів, що формують мову, та обґрунтувати їх з нейрофізіологічних позицій. Проте пояснити, чому насильно вимовлені слова носять нецензурний характер (певне смислове навантаження) нейрофізіологічними механізмами неможливо. Морально-етичні критерії, корекція власної поведінки та спрямування її в етичне русло залежить лише від особистісних властивостей.

Дефект–одужання–хроніфікація

Принцип-альтернатива “дефект–одужання–хроніфікація” дає можливість оцінювати залежно від особливостей клінічної картини психічного захворювання стани, що виникають після зникнення явних психопатологічних порушень.

Дефектом у психіатрії прийнято позначати тривале й незворотне порушення будь-якої психічної функції (наприклад, “когнітивний дефект”), загального розвитку психічних здібностей (“розумовий дефект”) або характерного образу мислення, відчуття й поведінки окремої особистості. Дефект, у такому контексті, може бути природженим або набутиим. У наш час термін “дефект” у психіатричній науці та практиці вживається стосовно набутих психічних розладів та зумовлений перенесеним психічним захворюванням. *Приміром, “шизофренічним дефектом” називається стійкий стан, що включає негативні психопатологічні симптомокомплекси, які виникли після зникнення гострих психотичних виявів.* Найістотнішою характеристикою дефекту виступають саме негативні розлади, оскільки в резидуальному періоді психозу або інших психічних розладів можлива поява продуктивних психопатологічних феноменів, наприклад психопатизації, і тоді стан буде називатися не дефектом, а змінами особистості.

Протилежністю дефекту є **одужання**, тобто повне відновлення втрачених на час психічного захворювання психологічних функцій, або **хроніфікація** психічних розладів, коли в клінічній картині хвороби продовжують переважати продуктивні (позитивні) психопатологічні симптоми і синдроми.

Адаптація–дезадаптація, компенсація–декомпенсація

Принципи-альтернативи “адаптація–дезадаптація” та “компенсація–декомпенсація” дають можливість розглядати психічні розлади у зв’язку з їх впливом на соціально-психологічні функції. Вони дозволяють оцінювати ступінь владнання з наявними порушеннями, що сприяє визначенню тактики психіатричного впливу і вибором методів терапії та профілактики.

Адаптація – це процес пристосування організму чи особистості до змінених умов і вимог навколишнього середовища.

Компенсація – стан повного або часткового заміщення порушених у зв’язку з хворобою психічних функцій.

Два наведені параметри близькі по суті, але мають деякі відмінності. Так, при адаптації відбувається начебто “примирення” з новим хворобливим статусом, пристосування до нього, вироблення позитивного ставлення до наявних розладів, “мирне співіснування” з психопатологічними симптомами. При компенсації відбувається заміщення втрачених психічних функцій іншими прийнятними для особистості та організму, тобто не примирення (як при адаптації), а натомість активне подолання.

У психіатричній практиці адаптація виглядає так: пацієнт нормально працює, проживає у сім'ї, вважається навколишніми "психічно нормальним", однак при цьому він може відчувати на собі вплив галюцинаторних образів, до яких у нього є критика, і які не позначаються на його поведінці, що нерідко спостерігається при синдромі вербального галлюцинозу. При компенсації, наприклад, людина з олігофренією заміщає "розумовий дефект" тим, що трудиться на доступному для неї виробничому процесі або займається ще чимось, що їй вдається. При психопатії компенсація може бути досягнена при виборі сфери діяльності, в якій базові риси характеру людини задіяні повною мірою (наприклад, робота епілептоїдного психопата бухгалтером).

Негативне–позитивне

Альтернативне розділення психопатологічних симптомів на негативні й позитивні, прийняте в психіатрії, дозволяє надалі оцінювати стан як активний хворобливий процес, хроніфікація захворювання або як стійкий незмінний дефект та зміна особистості.

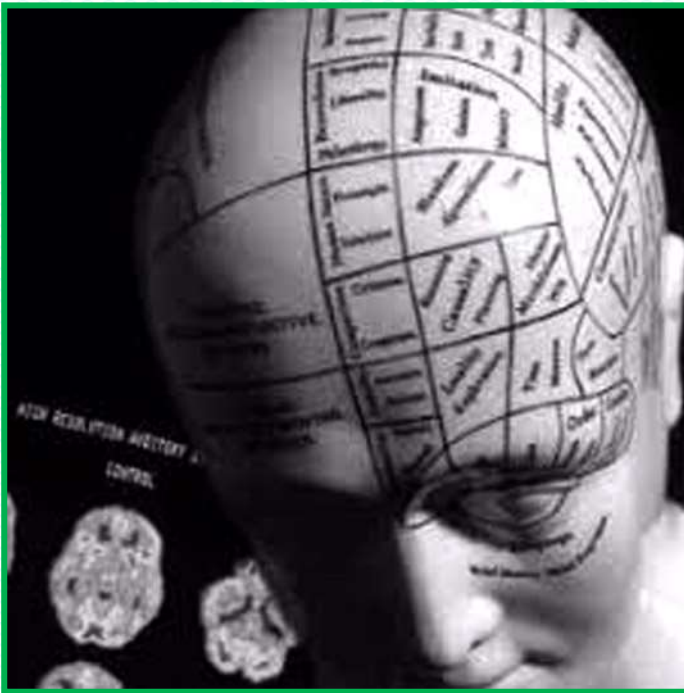
До **позитивних** (продуктивних, що йдуть на плюс) симптомів у психіатрії належать ті психопатологічні вияви, які є хворобливою "надбудовою" над здоровими психологічними якостями. Патологічні симптоми і синдроми немовби додаються до того, що у людини вже існує.

Негативні (дефіцитарні, що йдуть на мінус) симптоми – це психопатологічні феномени, відповідні випадання тих чи інших психічних процесів. У такому випадку до здорових виявів психічної діяльності не додається нічого нового, а лише віднімається, видаляється те, що було притаманне людині до хвороби. Інакше кажучи, ці симптоми називають симптомами "обкрадання" – хвороба краде нормальні функції. Якщо до позитивних можна віднести більшість відомих психопатологічних симптомомокомплексів, то негативні розлади представлені лише кількома, менш яскравими порівняно з позитивними симптомами й синдромами. До останніх належать аутизм, апатія, абулія, амнестичні розлади, деменція, зміни особистості та деякі інші. На основі наведених законів і принципів можна стверджувати, що процес розмежування психологічних феноменів від психопатологічних симптомів (діагностика) в клінічній психології та психіатрії будується не на суб'єктивній основі, коли вважається, що "кожну людину можна визнати психічно хворою, просто потрібно її привести на прийом до психіатра", а ґрунтується на строго об'єктивних наукових

критеріях, що дають можливість при їх коректному, вмілому і чесному використанні пізнати істину.

Контрольні питання

- 1. Принципи розрізнення психологічних феноменів та психопатологічних симптомів.*
- 2. Діагностичні принципи-альтернативи.*
- 3. Хвороба–особистість.*
- 4. Нозос–патос.*
- 5. Реакція–стан–розвиток.*
- 6. Психотичне–непсихотичне.*
- 7. Екзогенне–психогенне–ендогенне.*
- 8. Дефект–одужання–хроніфікація.*
- 9. Адаптація–дезадаптація.*
- 10. Компенсація–декомпенсація.*
- 11. Негативне–позитивне.*



Лекційне заняття 3.

Тема 5. ВСТУП ДО ПАТОПСИХОЛОГІЇ: ПРЕДМЕТ І ЗАВДАННЯ, ПРИНЦИПИ

5.1. Загальне поняття про патопсихологію, її завдання та значення.

5.2. Поняття про психічну патологію.

5.3. Зв'язок патопсихології з іншими галузями наукового знання та практики.

5.4. Принципи патопсихологічних досліджень.

5.1. Загальне поняття про патопсихологію, її завдання та значення

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, *logos* – вчення) – це розділ медичної психології, який вивчає закономірності розладу психічної діяльності і властивостей особистості у випадку психічних чи соматичних захворювань. Її значення полягає в можливості глибокого пізнання закономірностей функціонування і розвитку нормальної психіки,

вивчення психічного здоров'я, а також факторів, які активізують чи гальмують розвиток особистості в ході її онтогенезу і соціогенезу.

Патопсихологія вивчає структуру порушень психічної діяльності, закономірності розладу психіки у їх зіставленні з нормою.

Завдання патопсихології:

- аналіз закономірностей розладу психіки, зокрема змін особистості психічно хворих;
- психологічна діагностика порушень психіки хворого для уточнення діагнозу, проведення трудової, судової, військової експертизи.

Аналіз патологічних змін здійснюється на базі зіставлення з характером формування і протікання психічних процесів, станів і властивостей особистості в нормі.

Патопсихологія – галузь психологічної науки, дані якої мають теоретичне й практичне значення для психології та психіатрії. Вона виходить із закономірностей розвитку і структури психіки в нормі. Вивчає закономірності розладу психічної діяльності і властивостей особистості порівняно із закономірностями формування і протікання психічних процесів у нормі, вивчає закономірності аномальної відображувальної діяльності мозку.

Дослідження у сфері патопсихології мають теоретичне й прикладне значення для психології та медичної практики.

Теоретичне:

- патопсихологічний матеріал дає можливість прослідкувати будову різних форм психічної діяльності (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.

5.2. Поняття про психічну патологію

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

Ознаки психічної патології:

- **відхилення від норми** (тобто, людина сильно відрізняється від інших людей, схильна до крайнощів, незвичайна, навіть дивна; судження про те, що слід називати патологією, залежать від різних обставин, а також від того, що вважається нормою, – писані і неписані правила поведінки, прийняті в суспільстві);
- **постійні душевні страждання** (тобто неприємні переживання; буває, що люди, чию поведінку можна вважати патологічною, продовжують зберігати позитивний настрій);
- **психічна дисфункція**, що заважає людині належним чином виконувати свої повсякденні обов'язки (патологічна поведінка може призвести до психічної дисфункції, тобто до нервового розладу, що заважає людині в її повсякденному житті: щось так збиває її з толку, так хвилює, що вона не може достатньою мірою піклуватися про себе, підтримувати нормальні соціальні зв'язки чи ефективно працювати);
- **небезпека, яку несе в собі людина** (крайнім випадком психічної дисфункції є поведінка, яка стає небезпечною для самої людини і для інших; однак багато людей, які страждають від постійної тривоги, депресії і навіть дивно себе поведуть, не несуть безпосередньої небезпеки ні для себе, ні для інших).

Суспільству важко відрізнити патологію, що потребує лікування, від незвичайних особливостей індивідуальної поведінки – у цьому випадку ніхто не має права втручатись у життя людини.

Час від часу ми бачимо людей чи чуємо про людей, які, за звичайною точкою зору, поводять себе дуже дивно, наприклад, дізнаємось про те, що дехто живе сам з дюжиною котів і практично ні з ким не розмовляє. Поведінка таких людей відхиляється від норми, вона може приносити людині неприємності, може сприяти психічній дисфункції, але багато спеціалістів вважають її швидше ексцентричною, ніж патологічною.

Дії, спрямовані на те, щоб змінити патологічну поведінку на більш нормальну, – **терапія**. Це спеціальний, систематичний процес.

5.3. Зв'язок патопсихології з іншими галузями наукового знання та практики

Патопсихологія тісно пов'язана з такими галузями наукового знання та практики:

- *медична психологія* (патопсихологія є однією із складових медичної психології, що інтенсивно і плідно розвивається);
- *психологія* (аналіз патологічних змін здійснюється на підставі зіставлення з характером формування і протікання психічних процесів, властивостей і станів у нормі; патопсихологічні дослідження дають можливість глибше пізнати закономірності функціонування і розвитку нормальної психіки, вивчити психічну норму, психічне здоров'я, фактори, які активізують чи гальмують розвиток особистості в ході її онтогенезу та соціогенезу);
- *судова, трудова, військова експертиза* (дані патопсихологічних обстежень використовуються для встановлення міри вираження психічного дефекту);
- *психопатологія* (психопатологічні дослідження виявляють, описують і систематизують прояви порушених психічних процесів, а патопсихологія розкриває характер протікання та особливості структури психічних процесів, що призводять до спостережуваних симптомів);
- *вікова психологія* (у певні періоди життя, особливо в час вікових криз, можливе виникнення, посилення чи загострення психопатологічних

проявів; так, існують психічні захворювання, характерні для підліткового і юнацького віку, захворювання старечого віку та ін.);

- *дитяча психологія* (дитячої патопсихологія спеціалізується на вивченні порушень психічного розвитку в дитячому віці);
- *судова психологія* (серед правопорушників наявний певний відсоток людей, які страждають на ті чи інші психічні захворювання чи відхилення);
- *педагогіка*, зокрема методика навчання (до сфери інтересів патопсихології входить також і психологічна корекція відхилень та аномалій психічного розвитку).

До 1950-х років психотерапією займалися лише психіатри, лікарі стажувались 3-4 роки, у лікуванні хворих з психічною патологією. Після Другої світової війни потреба в лікуванні психічних захворювань набагато зросла, і в її забезпеченні почали брати участь інші професійні групи:

- клінічні психологи; психологи-консультанти;
- медсестри (які працюють з психічно хворими);
- сімейні терапевти;
- і найбільша група – соціальні педагоги, соціальні робітники, які мають справу з психічно хворими.

5.4. Принципи патопсихологічних досліджень

Принципи вітчизняних патопсихологічних досліджень:

- *Психологічний експеримент повинен давати можливість досліджувати психічні порушення як порушення діяльності* (оскільки психічні процеси розглядаються в психології не як природжені здібності, а як такі, що формуються за життя). Він повинен бути спрямований на якісний аналіз різних форм розладу психіки, на розкриття механізмів порушеної діяльності і на можливості її відновлення. Якщо йдеться про порушення пізнавальних процесів, то експериментальні прийоми повинні показати, як розпадаються ті чи інші мислительні операції хворого, які сформувались у процесі його життєдіяльності, як видозмінюється процес набуття нових зв'язків, у якій формі викривляється можливість користування системою старих зв'язків, що сформувались у попередньому досвіді.

- *Принцип якісного аналізу особливостей протікання психічних процесів хворого – важливо не тільки те, якої складності чи якого обсягу завдання хворий осмислив і виконав, а й те, як він осмислював, чим були зумовлені його помилки і труднощі. Саме аналіз помилок, що виникають у хворих у процесі виконання експериментальних завдань, є важливим матеріалом для оцінювання того чи іншого порушення психічної діяльності хворих. Один і той самий патопсихологічний симптом може зумовлюватися різними механізмами та бути індикатором різних станів. Так, порушення опосередкованої пам'яті чи нестійкість суджень можуть виникнути внаслідок порушень розумової працездатності хворого, порушень цілеспрямованості мотивів, або бути проявом дезадаптації дій. Характер порушень не є специфічним для того чи іншого захворювання. Він є лише типовим для них і може бути оцінений у комплексі з даними цілісного патопсихологічного дослідження.*

- *Патопсихологічне дослідження здійснюється за допомогою таких експериментальних завдань, які можуть актуалізувати розумові операції, якими користується людина у своїй життєдіяльності, мотиви, які спонукають цю діяльність. При цьому патопсихологічний експеримент повинен актуалізувати не лише розумові операції хворого, а й його особисте ставлення до роботи, самого себе, до результату роботи та ін.*

- *Будова патопсихологічного експерименту повинна надавати можливість виявляти не лише структуру змінених, а й збережених, форм психічної діяльності хворого. Це важливо для вирішення питання відновлення порушених функцій. Питання про збережені можливості постає особливо гостро для з'ясування, наприклад, працездатності хворого, можливості продовжувати навчання і т.д.*

- *У патопсихологічному дослідженні слід враховувати ставлення хворого до дослідження, яке залежить від його хворобливого стану. Так, здорові досліджувані намагаються виконати інструкцію, «приймають» завдання, а психічно хворі іноді не лише не намагаються виконати завдання, а неправильно тлумачать дослід чи чинять активний опір інструкції. Наприклад, якщо під час проведення асоціативного експерименту із здоровою людиною експериментатор попереджує, що будуть сказані слова, в які вона повинна вслухатись, то здоровий досліджуваний активно спрямовує свою увагу на сказані експериментатором слова. При проведенні цього самого експерименту з негативістським хворим часто вини-*

кає протилежний ефект: хворий активно не хоче слухати. За таких умов експериментатор вимушений проводити експеримент ніби «обхідним шляхом»: вимовляє слова ніби ненавмисне і реєструє реакції хворого. Нерідко доводиться експериментувати з хворим, який інтерпретує ситуацію дослідження ідеями маячення, наприклад, вважає, що експериментатор діє на нього «гіпнозом», «променями». Зрозуміло, що таке ставлення хворого до експерименту позначається на способах виконання завдання, він часто виконує прохання експериментатора навмисне неправильно, відтягує відповіді і т.д. У таких випадках побудова експерименту повинна бути змінена.

- У патопсихологічному дослідженні використовується *велика кількість методик*. Це пояснюється тим, що процес розладу психіки не відбувається однорівнево. Практично не буває так, щоб в одного хворого порушувались лише процеси синтезу і аналізу, а в іншого страждала б виключно цілеспрямованість особистості. При виконанні будь-якого експериментального завдання можна робити висновок про різні форми психічних порушень.

Однак, не дивлячись на це, не кожен методичний прийом дозволяє з однаковою очевидністю, чіткістю та достовірністю говорити про ту чи іншу форму чи міру порушення. Крім того, порушення психічної діяльності хворого буває часто нестійким. За поліпшення стану хворого деякі особливості його мислительної діяльності щезають, інші залишаються. При цьому характер виявлених порушень може змінюватися залежно від особливостей самого експериментального прийому; тому зіставлення результатів різних варіантів якого-небудь методу, багаторазово повторюваного, дає право робити висновок про характер, якість, динаміку порушень психіки хворого.

- *Патопсихологічне обстеження дітей не повинно обмежуватися встановленням якісної характеристики психічних порушень, а має виявляти потенційні можливості дитини.*

Запитання для самоперевірки

1. *Дайте визначення патопсихології.*
2. *Що вивчає патопсихологія?*
3. *У чому полягає завдання патопсихології?*
4. *У чому полягає значення патопсихології для психології?*

5. У чому полягає значення патопсихології для медичної практики?
6. Назвіть ознаки психічної патології.
7. З якими науками пов'язана патопсихологія?
8. Поясніть зв'язок патопсихології з педагогікою.
9. Назвіть основні принципи патопсихологічних досліджень.
10. Поясніть, чому патопсихологічне дослідження повинно давати можливість виявляти не лише структуру змінених, а й збережених форм психічної діяльності хворого?
11. Чому в патопсихологічному дослідженні використовують багато методик?
12. Для фахівців якого профілю важливі знання патопсихології?



Лекційне заняття 4.

Тема 6. ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАХВОРЮВАНЬ ТА РОЗЛАДІВ ПІЗНАВАЛЬНИХ ПСИХІЧНИХ ПРОЦЕСІВ

- 6.1. Розлади відчуття.
- 6.2. Розлади сприймання.
- 6.3. Розлади уваги.
- 6.4. Порушення пам'яті.

6.1. Розлади відчуття

До порушень відчуттів відносяться:

1. **Анестезія** – втрата здатності відчувати різні види подразнень, поширюється, як правило, на тактильну, больову та температурну чутливість.
2. **Гіпоестезія** – зниження здатності відчувати різні види подразнень.
3. **Гіперестезія** – підвищення здатності відчувати різні види подразнень.
4. **Парестезії** – проявляються неприємними відчуттями оніміння, поколювання, печіння, повзання мурашок та ін. Можуть виникати в різних частинах тіла, мати тенденцію до переміщення. При цьому людина стає метушливою, тривожною.

6.2. Розлади сприймання

Із специфічних і патологічних змін сприймання виділяють такі.

1. **Ілюзії** – викривлене сприймання реального об'єкта; це відхилення сприймання конкретного об'єкта за формою, кольором, величиною, консистенцією, віддаленістю від сприйнятого.

Зорові ілюзії проявляються у вигляді викривлення зорового образу (сприймання пальто, що висить у шафі, за реальну людину на основі схожості контурів).

Слухові ілюзії характеризуються порушенням сприймання реальних шумів, звуків, які можуть сприйматись як мовлення чи інші звуки (крик на вулиці може сприйматись як оклик на ім'я; різкий шум за дверима – як дзвінок у двері).

Смакові ілюзії проявляються видозміною звичного для об'єкта смаку (поява «присмаку»), нюхові ілюзії – запаху.

Часто трапляються **дотикові ілюзії**, що формуються на підставі реальних відчуттів (тактильних, больових, температурних).

Появі ілюзій сприяють якісь фізіологічні або психологічні (афективні) особливості.

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

Галюцинації виникають без залежності від існування об'єкта і в переважній більшості випадків супроводжуються переконаністю хворого в реальності галюцинаторних образів.

За реальністю проєкції галюцинаторного образу галюцинації бувають:

- **істинні** – людина вказує місце розташування образу, як правило, ззовні і на реальній для сприймання відстані (наприклад, образ людини, який вона бачить, бачить на вулиці, а не на місяці; звук чує за стіною, а не з відстані тисячі кілометрів чи з голови);
- **псевдогалюцинації** – помилкові образи без проєкції зовні.

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

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

5. **Агнозії** – розлади впізнавання. Це невпізнання знайомих образів (слухових, зорових, просторових), 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).

6. **Соматоагнозія** – розлад впізнавання частин власного тіла.

7. **Дереалізаційні розлади** – особливий вид розладів сприймання (психосенсорних розладів), при яких істотно змінюється сприймання об'єктів. Серед них:

- *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.

8. **Деперсоналізація** – викривлене сприймання власної особистості в цілому, окремих якостей, а також частин тіла.

Її 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.

9. **Порушення сприймання часу.**

- «зупинка часу» – відчуття того, що час ніби «зупинився», кольори у сприйманні хворого стають тьманими, об'ємні предмети – плоскими; людина відчуває ніби втратила зв'язки із зовнішнім світом, оточуючими людьми;

- *«розтягування часу»* – у відчуттях людини час переживається як більш довгий, ніж вона звикла; плоске здається тривимірним, живим, рухливим, а чорно-біле— кольоровим; людина стає розслабленою чи ейфоричною;

- *«втрата відчуття часу»* – людина говорить: «часу ніби немає», «звільнився від тягара часу». Це завжди супроводжується зміненням сприйманням світу. Предмети і люди здаються більш контрастними і більш приємними;

- *«сповільнення часу»* – рухи людей сприймаються уповільненими, а їх обличчя – похмурими;

- *«прискорення часу»* – людині час здається швидкоплинним, зміненням видається весь оточуючий світ і власне «Я».

Люди здаються метушливими. Гірше, ніж зазвичай, відчувають своє тіло. З помилками визначають час доби і тривалість подій;

- *«зворотне протікання часу»* – говорять: «час тече вниз», «час іде у зворотному напрямі», «я іду назад у часі». Груба помилковість відтворення давності уже пережитих подій (події, що відбулися хвилину-секунду тому, сприймаються як такі, що були давним-давно).

Такі розлади сприймання часу трапляються при ураженні правої півкулі головного мозку.

6.3. 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 в самостійний пізнавальний процес багато які дослідники ставлять під сумнів.

Трапляються такі види патології уваги.

1. **Слабкість активної уваги** (спрямованої зосередженості на вибраному об'єкті) – характерний симптом грубих органічних уражень головного мозку, астенічних станів. Досить помітно це при виконанні хворим тесту— віднімання від 100 по 7 чи 13.

Вже після перших 2-3 правильних відповідей хворий починає помилятися, а після короткого відпочинку може знову давати правильні відповіді.

2. **Підвищена зосередженість уваги** – спостерігається при депресіях, коли увага хворих зосереджена на невеликій кількості уявлень, як правило, неприємного змісту; при соматичних захворюваннях; при іпохондричних неврозах, епілепсії, що пояснюється малою рухливістю (інертністю) нервових процесів при цих недугах.

3. **Відвертання уваги** – це характерний симптом маніакальних станів. При цьому порушується процес зосередження, що лежить в основі активної уваги. Переважає пасивна увага (мимовільна), об'єктом якої бувають другорядні предмети і явища.

У дитячій практиці виділяють **синдром дефіциту уваги**. 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);
- зовнішні прояви незосередженості на звернене до людини мовлення;
- схильність губити речі, необхідні в школі і вдома (наприклад, олівці, іграшки, книги і т.д.);
- часте здійснення небезпечних дій (недоврахування наслідків). При цьому не шукає пригод чи гострих відчуттів (наприклад, перебігає вулицю, не оглядаючись по сторонах).

6.4. Порушення пам'яті

Патопсихологічні мнестичні порушення лежать в основі багатьох психічних захворювань.

Виділяють такі розлади пам'яті:

1. Амнезії – розлад пам'яті у вигляді порушення здатності запам'ятовувати, зберігати і відтворювати інформацію. Види амнезій:

- *ретроградна амнезія* – порушення пам'яті, при якому неможливо відтворити інформацію, набуту до епізоду порушення свідомості, що виник з людиною;
- *антероградна амнезія* – труднощі відтворення стосуються часу після епізоду порушеної свідомості;
- *антероретроградна амнезія* – порушення пам'яті, при якому неможливо відтворити інформацію, набуту до та після епізоду порушення свідомості.

2. Часткові порушення пам'яті (порушення пам'яті часткового характеру):

- *гіпомнезія* – зниження пам'яті,
- *гіпермнезія* – підвищення пам'яті, виникають на базі емоційних порушень, формуючи відповідно депресивний та маніакальний спектр симптомів.

3. Парамнезії:

- *конфабуляції*— обмани пам'яті, при яких нездатність закарбовувати події і відтворювати їх призводить до відтворення видуманих подій;
- *псевдоремінісценції*— порушення хронології в пам'яті, при якому окремі події минулого переносяться в теперішнє;
- *криптомнезії*— розлади пам'яті, при яких людина присвоює чужі думки, дії собі.

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.

За Р. Коннером, **порушення пам'яті за причинами їх виникнення** поділяються на:

1. Не викликані явними фізіологічними причинами – дисоціативні:

- *дисоціативна амнезія* (нездатність пригадати важливі події чи інформацію, пов'язані з особистим життям, зазвичай неприємного характеру, тобто люди страждають ретроградною амнезією, антероградна амнезія у них буває рідко);

- *дисоціативна fuga* (людина не лише забуває минуле, а й може відправитись у незнайоме місце і уявити себе новою особистістю), слідує зазвичай за сильним стресом, наприклад, воєнними діями чи стихійним лихом, хоча її може викликати і особистісний стрес – фінансові чи юридичні труднощі або депресивний епізод. Фуґи впливають лише на спогади про власне минуле, а не на універсальні чи абстрактні знання. Пам'ять у більшості людей з дисоціативною фуґою відновлюється повністю чи майже повністю, і в них не буває рецидивів;

- *органічний дисоціативний розлад особистості* (у людини присутні дві чи більше різних особистостей, які не завжди можуть пригадати думки, почуття і вчинки один одного).

2. Фізіологічні причини їх виникнення очевидні – органічні.

Органічними причинами порушення пам'яті можуть бути: черепно-мозкові травми, органічні захворювання, неправильне застосування лікарських препаратів. Порушення пам'яті, спричинені фізіологічними причинами – *амнестичні розлади* (зачіпають головним чином пам'ять). Люди з амнестичними розладами іноді страждають ретроградною амнезією, але в них майже завжди відзначається *антероградна амнезія*.

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 В (тіаміну).

Примітка. У телешоу та кінофільмах удари по голові зображаються як швидкий спосіб втратити пам'ять. У дійсності після легких черепно-мозкових травм – струсу мозку, наприклад, який не призводить до втрати свідомості, – у людей рідко бувають великі провали в пам'яті, а ті, які все-таки з'являються, звичайно щезають через декілька днів чи місяців. І навпаки, майже половина усіх тяжких черепно-мозкових травм стає причиною хронічних проблем з навчінням і пам'яттю як антероградною, так і ретроградною. Коли спогади нарешті повертаються, більш ранні, як правило, повертаються першими.

Деменції (впливають і на пам'ять, і на інші когнітивні функції, наприклад, абстрактне мислення чи мовлення).

Найпоширенішою формою деменції є *хвороба Альцгеймера* – зазвичай вражає людей, віком старших за 65 років. Може вперше про себе заявити у середньому віці, але частіше на неї хворіють після 65 років, її поширеність різко зростає серед людей у віці 80 років. Може тривати 20 років і більше. Починається з незначних порушень пам'яті, послаблення уваги, мовленнєвих і комунікативних проблем. З посиленням симптомів людина починає відчувати труднощі виконання складних завдань чи забувати про важливі зустрічі.

Врешті-решт у хворих виникають труднощі і з виконанням простих завдань, вони забувають про події, більш віддалені в часі, у них часто стають дуже помітними зміни особистості. Наприклад, чоловік може стати незвичайно агресивним.

Люди з хворобою Альцгеймера можуть спочатку заперечувати, що вони відчувають якісь труднощі, але скоро стають тривожними і пригніченими у зв'язку зі своїм психічним станом. З розвитком деменції вони все менше усвідомлюють свої недоліки. На пізніх стадіях хвороби вони можуть відмовитись від спілкування з оточуючими, погано орієнтуватись у часі і просторі, часто безцільно блукати і втрачати розсудливість. Поступово хворі стають повністю залежними від оточуючих людей. Можуть втратити майже всі свої попередні знання і здатність впізнавати обличчя навіть близьких родичів. Все гірше сплять ночами і дрімають впродовж дня.

Остання фаза розладу може тривати від двох до п'яти років, причому хворі потребують постійного догляду.

Жертви хвороби Альцгеймера звичайно залишаються у досить хорошому стані до пізніх стадій хвороби. Але з ослабленням їх психічних функцій вони стають менш активними і проводять більшу частину часу в

сидячому положенні чи лежачи у ліжку. В результаті у них виникає схильність до різних захворювань, наприклад, до пневмонії, які можуть закінчитися смертю.

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).

Запитання для самоперевірки

1. Назвіть розлади відчуттів та поясніть прояв кожного з них.
2. Назвіть основні розлади сприймання.
3. Чим відрізняються ілюзії від галюцинацій?
4. Опишіть види ілюзій.
5. Назвіть види галюцинацій.
6. Опишіть суть ейдетизму, сенестопатій, агнозій, соматоagnoзій.
7. Назвіть і опишіть види дереалізаційних розладів сприймання.
8. У чому полягає відмінність деперсоналізації від соматоagnoзії?
9. До якого виду розладів сприймання належить синдром Аліси у країні чудес?
10. Опишіть види порушень сприймання часу.
11. Назвіть та поясніть види патології уваги.
12. Чим можна пояснити те, що на сьогодні патологічні прояви уваги вивчені недостатньо?
13. Опишіть синдром дефіциту уваги.
14. Назвіть основні розлади пам'яті.
15. Поясніть суть амнезії та назвіть її основні види.
16. Поясніть суть часткових порушень пам'яті.
17. Опишіть види парамнезій.
18. У чому полягає закон формування мнестичних розладів Рібо?
19. Які види розладів пам'яті можна виділити за причинами їх виникнення?
20. Опишіть види дисоціативних розладів пам'яті.
21. Опишіть порушення пам'яті, викликані фізіологічними причинами.



Лекційне заняття 5.

Тема 7. ПАТОПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕННЯ ПРОЦЕСУ МИСЛЕННЯ ТА ІНТЕЛЕКТУ

7.1. Розлади мислення.

7.2. Розлади інтелекту.

7.1. Розлади мислення

Усі порушення мислення на поділяють на чотири групи.

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 особистісного 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.

Мислення може порушуватись по-різному. Розлади мислення бувають формальними і продуктивними.

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

До розладів мислення **за темпом** відносять:

- **Прискорення мислення** – збільшення кількості асоціацій за одиницю часу. Люди з підвищеним темпом мислення і відповідно – мови в певній ситуації (наприклад, лектори) можуть його контролювати. А за психічних захворювань свідома корекція прискореного мислення неможлива. При цьому асоціації виникають легко, частіше за зовнішньою подібністю, співзвучністю, вони різні і численні. Мова, попри багатослів'я, відстає від стрімкого потоку різних ідей. Хворі, не закінчуючи однієї думки, переходять до іншої, часто не помічаючи неповноти мовного виразу думки. Найвищий ступінь прискорення темпу мислення у поєднанні з відверненням уваги проявляється у стрибанні ідей (*fuga idearum*), коли вловити логіку думок хворого стає неможливим. Прискорення процесу мислення спостерігається при психічних порушеннях, що перебігають з підвищеним настроєм і сильним руховим збудженням.

- **«Стрибки ідей»** – максимальне збільшення кількості асоціацій за одиницю часу.

- **Уповільнення темпу мислення** – зменшення кількості асоціацій за одиницю часу. Можна помітити, розмовляючи з хворим: він дає відповіді після довгих пауз зі зниженням гучності голосу до шепоту. Можна відзначити також бідність асоціацій, загальну загальмованість, сповільнення рухів, пригнічення афективних реакцій.

- **Ментизм** – «наплив думок», «вихор ідей», збільшення кількості асоціацій за одиницю часу, що не супроводжується зміною мовлення хворого, виникає приступоподібно і мимовільно.

- **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; хворий проказує фразу граматично правильно

ну, але змістовний зв'язок між окремими частинами фрази відсутній, наприклад, «машина поїхала, тому що кіно загорілося з труби».

- *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; це проявляється невпорядкованим поєднанням окремих слів «земля... чоботи... пішов дощ... вперед»; безладність мислення частіше поєднується з розладами свідомості.

- *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. Наприклад, на запитання про здоров'я хворий відповідає: «Залежно від того, що означає це слово. Якщо від слова «здорово», то я не вельми здоровий, маю лише 60 кг маси, але це залежить від ваг і того, де вони стоять: якщо в нашому парку, то там гравітація висока, багато людей і неможливо довго там перебувати...».

- *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. Найчастіше нав'язливі ідеї проявляються такими станами: невідчепне мудрування, невідчепне рахування, невідчепні спогади, невідчепний страх, невідчепні сумніви, невідчепні потяги та ін.

- *Надцінні ідеї* (домінуючі) – ідеї, що виникають у зв'язку з реальною ситуацією, але надалі стають домінуючими 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. Вони посідають у свідомості і діяльності людини незаслужено велике місце. Надцінні ідеї супроводжуються високим емоційним напруженням і визначають напрям інших психічних процесів і поведінки. Саме інтенсивність емоційного тону процесу мислення є основною причиною переоцінки значення цих ідей. Зміст надцінної ідеї становить впевненість хворого, наприклад, у несправедливому ставленні до нього, утисканні його інтересів, подружній невірності, у наявності соматичних захворювань, у своїх особливих заслугах, високих здібностях, винахідливості та ін. 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 та ін.

- ✓ **Маячення значення:** хворі стверджують, що багато з того, що діється довкола, має для них особливий зміст і особливе значення. Наприклад, зустрічний чоловік зняв бриля і оглянув його верх, а хворий це сприймає як те, що його власний головний убір заражений радіоактивними речовинами. Або вранці повз вікна пройшла машина з написом «Хліб», а для хворого це означає, що в цьому році буде неврожай і голод.

- ✓ **Маячення відношення:** хворий уявляє, що розмови пасажирів у транспорті мають відношення до нього, випадкові жести зустрічного поліціонера вказують напрямок, куди хворому треба тікати, та ін.

- ✓ **Маячення переслідування:** хворі стверджують, що їх переслідують з наміром покарати, вбити, що вони є об'єктом спостереження органів поліції, рекетирів тощо.

- ✓ **Маячення фізичного впливу:** найчастіше стверджують, що існує група осіб, які діють секретними і часто магічними способами. Хворий впевнений, що перебуває під впливом апаратів, гіпнозу, космічних променів, радіаційно-променевих приладів. Ці прилади нібито вмонтовані в

стіни, стелю, телевизор, радіоприймач або у внутрішні органи хворого, в зуби тощо.

✓ **Маячення гіпнотичного впливу:** хворі впевнені, що на них навіюють гіпноз, який керує їхніми діями, думками, викликає різні почуття, бажання, потяги.

✓ **Маячні ідеї самозвинувачення:** хворі звинувачують себе в нездійснених правопорушеннях, зараженні інших людей невиліковними хворобами, створенні страшних соціальних і природних катаклізмів. Принижують свої фізичні, моральні, інтелектуальні та інші якості.

✓ **Іпохондричне маячення:** стосується стану внутрішніх органів хворого – хвороби внутрішніх органів, ідеї неповноцінності всього органу чи окремих його частин, смерті організму чи органів. Хворі стверджують, що не мають шлунка, їжа кудись «провалюється», і тому в них немає випорожнень, їхні внутрішні органи давно згнили, немає дихання, пульсу, залишилась мертва шкіра; висловлюють ідеї ураження сифілісом, СНІДом та іншими тяжкими недугами, призначають дату своєї смерті. До цього виду маячення відносять також ідеї дисморфофобії – зміни форми і величини тіла, частіше – обличчя. При цьому хворі не допускають навіть можливості помилкового твердження. Вони впевнені в тому, що в них змінюється обличчя, зменшуються розміри статевих органів, мимовільно виходять гази. Описаний випадок, коли хворий був упевнений у тому, що в нього росте ніс; він його вимірював щодня, а потім відрізав. Фоном для формування ідей іпохондричного маячення є знижений або тривожний настрій.

✓ **Маячення ревнощів:** головна тема – подружня невірність. Хворий переконаний у тому, що дружина зраджує його, він слідкує за нею, звинувачує в таємних зустрічах з коханцями, шукає доказів цього: сліди поцілунків, плями на білизні, записки, трамвайні квитки. Не маючи «доказів», такий хворий вимагає від дружини зізнання у зраді, жорстоко знущаючись над нею. Цей вид маячення є одним з найбільш суспільно небезпечних.

Інші маячні ідеї, а саме: величі, могутності, багатства, винахідництва, відкриття, високого походження – виникають на фоні підвищеного настрою, самовдоволення.

✓ **Маячення величі:** найчастіше буває при органічних ураженнях головного мозку з порушенням пам'яті та інтелекту, через що маячні ідеї мають безглуздий характер. Є правило: що нижчий інтелект, то безглуздіше маячення. Один із хворих з прогресивним паралічем запевняв, що

він флотоводець світу, командує усіма збройними силами земної кулі, володар Всесвіту, піднімає сонце вранці й опускає його ввечері і може залишати людство без світла.

✓ **Маячення багатства:** хворий вважає, що у нього зібране усе золото світу, він має тисячі вагонів коштовностей, дарує мільйони випадковим знайомим та ін.

✓ **Марення винахідництва і відкриття:** хворі «винаходять» різні машини, апарати, прилади, роблять «відкриття» в науці, техніці, різні «проекти» надсилають у науково-дослідні інститути, в Академію наук.

✓ **Маячення високого походження:** хворі впевнені, що їх батьки – відомі в країні політичні діячі, вчені, актори, які приховують свої родинні зв'язки з хворим в ім'я якихось державних інтересів, військової таємниці.

Маячення має такі **властивості:**

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

7.2. Розлади інтелекту

Інтелект – система усіх пізнавальних здібностей індивіда, і здатність до пізнання і вирішення проблем, що визначають успішність будь-якої діяльності.

Виділяють дві форми інтелектуальної поведінки:

- вербальний інтелект – включає запас слів, ерудицію, вміння розуміти прочитане; здатність вирішувати проблеми;
- практичний інтелект, включає вміння адаптуватись до оточуючої обстановки; він найбільше може змінювати поведінку людини, порушувати адаптацію.

Виділяють три **форми організації інтелекту:**

- *здоровий глузд* (процес адекватного відображення реальної дійсності, що ґрунтується на аналізі мотивів поведінки оточуючих людей і

використовує раціональний спосіб мислення; дозволяє уникати логічних помилок в інтерпретації зовнішніх ситуацій, обирати адекватний спосіб взаємодії з оточуючими);

- *розсудок* (спосіб діяльності, що базується на використанні формалізованих знань, трактуванні мотивів діяльності учасників комунікації);
- *розум* (найвищий ступінь логічності; сприяє формуванню теоретичних знань).

Для **зручності практичного вивчення рівня розвитку інтелекту та його порушень у клінічній психології виділяють:**

- 1) інвентар інтелекту – знання, надбані навички, уміння тощо;
- 2) передумови інтелекту – пам'ять, увага, мислення, мовлення, вольові процеси, мотивація тощо;
- 3) власне інтелект – здатність до узагальнення, абстрагування, міркування, думки, судження, здатність робити висновки тощо.

Розвиток інтелекту в цілому залежить від усіх його мозкових структур, біологічно закладених і набутих знань, умінь.

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.

Олігофренія в перекладі з грецького (*oligo* – мало; *phren* – розум) означає недоумкуватість – стан психічного недорозвинення. 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 фоні 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. Мова не розвивається, хворі видають лише нерозбірливі звуки, відсутня спрямована увага, спостерігаються тільки реакції на сильні звуки, біль. Хворі не відрізняють істинне від неістинного, нерідко пожадливі, неохайні.

При великій схожості загальних ознак ідіотії виділяють два її **різновиди**:

- характеризується розгальмованістю моторних функцій – хворі постійно перебувають у русі, хапають речі, пхають їх до рота, зустрічаючи протидію, виявляють невдоволення, верещать, плюються, кусаються;
- характеризується протилежними ознаками: хворі малорухливі, більше лежать, довго сплять.

При менш глибокій ідіотії хворі впізнають родичів, виявляють ознаки прихильності, вимовляють окремі слова. Патофізіологічні дослідження показали можливість умовнорефлекторної діяльності лише при легких ступенях ідіотії;

- *імбецильність* – середній ступінь психічного недорозвитку. При імбецильності хворі володіють невеликим запасом слів, їх мова хоч і дуже бідна, але послідовна. їх вдається навчити читанню, письму, елементарній лічбі, прищепити трудові навички (мести підлогу, приготувати собі просту їжу, погодувати домашніх тварин). Такі люди не здатні працювати самостійно, але під наглядом і контролем інших вони можуть виконувати нескладну роботу. Емоції при імбецильності одноманітні, часто примітивні – неадекватні;

- *дебільність* – це легкий ступінь олігофренії. Основа дебільності – нездатність до понятійного мислення, переважання конкретно-образного мислення над абстрактним. Ці хворі з ранніх років виявляють відставання у фізичному розвитку: пізніше починають ходити, говорити. До 4-6 років це відставання згладжується, діти своєчасно йдуть до школи, але вчаться погано.

У навчанні багато залежить від особливостей характеру. Старанні спокійні діти завдяки своїй посидючості під контролем батьків задовільно вчаться у нормальній школі, закінчують перші класи.

Частіше, однак, вони неспроможні осмислити елементарний навчальний матеріал і продовжують вчитися в допоміжній школі.

Психічне недорозвинення при дебільності може мати різні **ступені вираженості**.

○ *Виражена дебільність* – навчання грамоти дається з великими труднощами навіть у допоміжній школі. Трудові навички засвоюються краще. Навчені певного ремесла, хворі можуть бути працевлаштованими і забезпечені певним життєвим мінімумом.

Вони легко піддаються чужим впливам, тому часто стають співучасниками кримінальних злочинів. В осіб з вираженим ступенем досить добра механічна пам'ять, але більш ретельне дослідження дозволяє виявити цілковиту нездатність до абстрактного мислення, переважання конкретних асоціацій. Перехід від простих, конкретних понять до складніших, абстрактних узагальнень у них неможливий. У процесі навчання виявляється відсутність ініціативи, самостійності, уповільненість, інертність.

○ *Помірно виражена дебільність* – якщо хворі мають добру механічну пам'ять, вони інколи закінчують 7-8 класів, навчаються у професійно-технічних училищах, засвоюють яку-небудь професію, мають сім'ї, досить добре пристосовуються до колективу. У той самий час вони мають невеликий об'єм знань, нездатні користуватися складними поняттями, зрозуміти складне запитання. Вони мислять схемами-шаблонами, які за своїли або в школі, або в процесі життя. Зміна звичного способу мислення для них неможлива. Переважає конкретний тип мислення, хоча дещо і менше, ніж при вираженій дебільності. Емоційно-вольова сфера при цьому розвинута більше, а характерологічні особливості значно різноманітніші. Проте для них характерна слабкість самовладання і нездатність подолати свої потяги, недостатність обдумування своїх дій, деяка імпульсивність поведінки, піддатливість сторонньому впливові.

○ *Легка дебільність* – виявляється спеціальними психологічними дослідженнями, ґрунтується на оцінці дій хворих у ситуаціях, які вимагають застосування прогностичних функцій інтелекту, високого ступеня абстрагування. Такі люди можуть мати середню освіту, кваліфіковану професію, але в них переважає конкретний тип мислення, його шаблонність, трафаретність, відсутність оригінальності в оцінках зовнішніх подій, несамотійність.

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

3. Деменція – синдром недоумкуватості – стійке збіднення психічної діяльності, її спрощення і занепад. Вона 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 (прогресуючого типу, або як наслідок органічного ураження головного мозку різного походження). 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. Темп мислення дуже уповільнений. 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 (Мауглі). 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).

Запитання для самоперевірки

1. Які групи порушень мислення?
2. Опишіть суть формальних розладів мислення.
3. Опишіть суть розладів мислення за продуктивністю.
4. До якої групи розладів мислення належать амбівалентність, резонерство, розважність мислення?
5. Наведіть приклади маячних ідей.
6. Опишіть види розладів інтелекту.
7. Охарактеризуйте клінічні варіанти олігофренії.



Лекційне заняття 6.

Тема 8. ПОРУШЕННЯ МОВЛЕННЯ, ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ ТА ВОЛІ

- 8.1. порушення мовлення.
- 8.2. порушення емоційної сфери.
- 8.3. порушення волі.

8.1. порушення мовлення

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

Мова – це система мислення та спілкування з оточуючим середовищем. Виділяють специфічні психологічні операції, які забезпечують засвоєння мови і навички її використання. Так, формування звукових образів слів пов'язане з розвитком здібностей розрізняти за звучанням складовий і фонематичний склад слова, запам'ятовувати певну послідовність фонем у словах та звукові образи слів.

Неабияку роль у цьому відіграє і здатність мозкових механізмів аналізувати м'язові відчуття, які виникають при імітації дитиною окремих звуків і слів, а також зберігати їх (рухова пам'ять).

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.

Для організації мовленнєвого акту існують первинні, вторинні та третинні поля перекриття, які розміщені на межі аналізаторів, в основному це скронева та тім'яна частки.

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).

Функції мовлення:

- *номінативна, змістова, позначальна* – проявляється у віці до 7 місяців, у період немовляти; вона визначає розуміння дитиною значення вживання нею чи іншими людьми звукосполучення або цілого слова, яке відображає конкретний предмет чи істоту, дію або явище навколишнього середовища;
- *комунікативна, регулююча* – з'являється ще в перші місяці життя дитини – це реакція на голос матері – «комплекс пожвавлення»; пов'язує дитину з оточуючим світом, живими істотами; її розвиток залежить від потреб дитини у спілкуванні, а мовлення стає одним із засобів реалізації цих потреб; у випадку відсутності потреби спілкування, дана функція мовлення не розвивається, чи формується із запізненням; оскільки комунікативна сфера тісно пов'язана із емоційно-вольовим розвитком дитини; тому мовлення як засіб спілкування має функції регулювання поведінки;
- *ідеаторна (розумова)* – розвивається пізніше, поряд з формуванням функції мислення.

Структура мовлення:

- фонетика – акустичні та артикуляційні особливості звуків мовлення;
- фонематика – фонетичний, фонологічний, фізіологічний та психологічний аспекти мовлення;
- граматикика— устрій мови (форми словозмін, словосполучень, типи речень);
- лексика – уся сукупність слів мови чи діалекту.

Виділяють такі **порушення мовлення**.

1. Порушення розвитку 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); має три **рівні**:

1 – зародки загальнозастосовуваного мовлення (слова односкладної структури, міміка, рухи);

2 – більше слів, з'являються речення з неправильною граматичною структурою і спотвореною вимовою деяких звуків;

3 – страждає лексико-граматична структура мовлення;

✓ *алалія* – характеризується відсутністю і вродженою нерозвиненістю аспектів мовлення, в якому є локальне ураження мовленнєвих аналізаторів:

1 – *алалія моторна* – хворий розуміє мову, але не в змозі висловитись, недорозвиток мовленнєвого праксису (зона Брока);

2 – *алалія сенсорна* – не розуміє мовних сигналів і мовлення не розвивається (зона Верніке),

3 – *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).

2. 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:

- *моторна афазія* – характерна неспроможність до висловлення, побудови слів і речень (виражена *апраксія*), труднощі у відтворенні рухової програми мовлення;
- *акустико-гностична афазія* – порушення розуміння мови, її фонетики, предметності слова – хворий шукає слова для висловлення думки;

- *акустико-мнестична афазія* – порушення розуміння мови, дисоціація між відносно збереженою здатністю повторення окремих слів і порушення можливості повторення 3-4 слів – втрачається можливість сприйняття складних фраз; порушення експресивного мовлення, підбору речень, порушення читання і письма;
- *семантична афазія* – виникають специфічні мнестичні розлади – не може підібрати необхідне слово; важко скласти складні за змістом та граматичною побудовою речення, паралельно – порушення операцій лічби.

3. Порушення вимовної функції мовлення:

✓ *дизартрія* – це порушення вимовної сторони мовлення 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.

4. 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 заїкання – тягне звук, клонічні заїкання – «стрибає» звук).

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

8.2. Порушення емоційної сфери

Емоції (від лат. – *збуджувати, хвилювати*) – переживання нашого ставлення до зовнішнього середовища і до самого себе. 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. У процесі еволюції, як відомо, емоційні прояви стали більш різноманітними і різнорівневими. У дорослої людини це уже абстраговані суб'єктивні пережи-

вання, що являють собою форму вищої психічної діяльності. Емоційні стани можуть бути спричинені як зовнішніми факторами (фізичними подразниками, міжособистісними стосунками тощо), так і внутрішніми (розлади гомеостазу, вегетативної нервової системи).

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. Відповідно до цього визначають і *розлади настрою*:

1) **ейфорія** – підвищений настрій з відтінком благодушності, задоволення, радощів, що не відповідає ситуації і обставинам особистого життя хворого;

2) **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;

3) **депресія** – пригнічений, тужливий настрій, що може спостерігатись багато днів і місяців;

4) **емоційна лабільність** – коливання настрою, легкі переходи від благодушності до гнівливого чи пригніченого стану;

✓ **афект** – інтенсивний, короткочасний емоційний стан. Для нього характерні швидкий, бурхливий початок, виразні вегетативні симптоми; супроводжуються істотними змінами в поведінці; може призводити до дезорганізації поведінки і немотивованих вчинків. Афекти властиві усім людям. За певних умов (сумна звістка, нещастя, радісна подія) вважаються нормальними емоційними реакціями.

До **розладів афектів** відносять:

1. **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. Характеризується також порушенням орієнтації, надмірною жестикуляцією, мовною розгальмованістю; закінчується появою загальної слабкості, байдужістю до поточних подій і глибоким сном.

Після пробудження людина виглядає розгубленою, не пам'ятає, що з нею відбулось, нерідко пригнічена.

2. **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 (страх проектується назовні – страх гострих предметів, тварин...).

Для оцінювання міри патологічності страхів використовують **параметри**:

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

Якщо страх стає нав'язливим, тобто переживається часто, погано контролюється й істотно порушує самопочуття та діяльність людини, він позначається як **фобія**.

Види фобій:

- *агарофобія* – страх відкритих просторів (наприклад, страх переходу вулиць, якими рухається потік машин чи натовп людей; людину лякає не сам відкритий простір, а те, що вона може втратити свідомість, знепритомніти і бути затоптаною людьми чи збитою машиною у несвідомому стані);

- *клаустрофобія* – страх закритих приміщень (що перебування, наприклад, у ліфті стане перешкодою для надання людині допомоги у випадку, скажімо, непритомності);

- *соціофобії* – страхи, у яких людина побоюється засудження з боку оточуючих за якісь дії: почервоніти при людях, не втримати газу, розсміятись у незручний для цього час і т.д.;

- *нозофобії* – страхи захворіти на якісь недуги;

- *контрастні нав'язливості* – поєднання емоційних переживань і порушення мотивації, тобто страх з приводу можливих дій людини, які вона може, але не хоче здійснити (страх врізатись на повному ходу в натовп людей, які чекають автобуса, при явному усвідомленні згубності такої дії і небажанні її здійснювати).

3. **Тривога** – стан невмотивованого неспокою, хоча хворі намагаються пояснити свій стан і поведінку різними психологічно зрозумілими причинами. Це почуття внутрішньої напруженості, пов'язане з очікуван-

ням загрозливих подій (тривога частіше не проектується назовні – тривога за своє здоров'я, за роботу, за правильне виконання дій і т.д.).

Інші розлади емоцій:

- **слабодухість** – підвищена виснажливість емоцій, їх нетримання. Досить якого-небудь незначного подразника, щоб з'явилося почуття розчарування зі слізьми. Часто це трапляється в транспорті, театрі, на вулиці. Розуміння недоречності такої поведінки не стримує хворих від надмірної слізливості;

- **неадекватність емоцій** – парадоксальність емоційних реакцій: при сумних подіях спостерігається радісний настрій, а при радісних – тужливий. Такі розлади бувають у хворих на шизофренію. Ще називають **паратимією** – неадекватний афект, що кількісно і якісно не відповідає причині, яка його спричинила;

- **апатія** – хвороблива байдужість, відсутність емоцій. При цьому емоційні реакції або не виникають, або слабо виражені. Поєднується із звичайною втратою активності, ініціативи, повною бездіяльністю;

- **туга** – почуття напруження, що межує з біллю, яке хворі локалізують у ділянці серця (рухова загальмованість).

- **відчуття втрати почуттів** – переживання незворотної втрати можливості почувати;

- **амбівалентність** – одночасне співіснування протилежних почуттів;

- **алекситимія** – утруднення чи нездатність точно описати власні емоційні переживання (людина намагається пояснити свій стан на прикладах, порівняннях, але адекватно їх сформулювати не може);

- **ангедонія** – втрата людиною почуття радості, задоволення.

Синдроми розладу емоцій, афективні синдроми:

1) **маніакальний синдром** – характеризується тріадою симптомів: підвищений настрій, прискорене мислення, рухлива активність (при маніакально-депресивному психозі, шизофренії, травмах мозку, отруєнні деякими речовинами, інфекціях);

2) **депресивний синдром** – тріада симптомів: настрій тужливий, уповільнене мислення, рухова (моторна) загальмованість (при маніакально-депресивному психозі, шизофренії, судинних порушеннях тощо).

Розрізняють два **види недорозвитку емоцій**:

1) *загальний недорозвиток емоцій* – у структурі загального психічного недорозвитку (олігофренія), прояви емоцій можуть бути у формі стереотипних рухів, дій;

2) *парціальний недорозвиток емоцій* – синдром Каннера – дитячий аутизм (безпристрасне обличчя, відсутність співчуття, не дивляться у вічі, не проявляють мімічних ознак емоційних проявів).

8.3. Порушення 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**:

- 1) виникнення потягу (спонукання);
- 2) постановка мети і мотивація;
- 3) 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 на-

силу 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 некеріваність;

✓ **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)* – торкаються різних форм статевого життя. *Найчастіше трапляються:*

- *гомосексуалізм* – потяг до особи однойменної статі;
- *транссвестизм* – хворобливий потяг до переодягання в одяг протилежної статі;
- *ексгібіціонізм* – хворобливий потяг до оголення статевих органів у присутності жінок;
- *садизм* – потяг завдавати статевого 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 жіночого туалету.

4. Імпульсивні дії і потяг – 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.

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 де-

яких 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.

Запитання для самоперевірки

1. Назвіть основні порушення мовлення.
2. Охарактеризуйте порушення розвитку мовлення.
3. Охарактеризуйте розпад мовлення.
4. Охарактеризуйте порушення вимовної функції мовлення.
5. Назвіть та охарактеризуйте розлади настрою.
6. Назвіть та охарактеризуйте розлади афектів.
7. Перелічіть види розладів емоцій.
8. Поясніть, що таке фобія. опишіть види фобій.
9. Назвіть та опишіть синдроми розладу емоцій.
10. Назвіть та опишіть види недорозвитку емоцій.
11. Назвіть та опишіть розлади волі.
12. Охарактеризуйте розлади психомоторики.



Лекційне заняття 7.

Тема 9. РОЗЛАДИ СВІДОМОСТІ

9.1. Загальна характеристика свідомості, ознаки розладів свідомості та самосвідомості.

9.2. Характеристика основних станів порушеної свідомості.

9.1. Загальна характеристика свідомості, ознаки розладів свідомості та самосвідомості

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) – **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.

Самосвідомість як об'єкт психодіагностики

Самосвідомість – це процес, який визначає відношення людини до самої себе і особливості пізнання самої себе.

Самосвідомість визначається “Я-концепцією”, включає в себе 3 компоненти:

1) когнітивний – описовий компонент, включає наявність тих чи інших якостей, образ своїх якостей, здібностей, соціальної значимості;

2) афективний або емоційний – визначає відношення до себе або до окремих якостей (самоповага, самолюбство);

3) поведінковий або оціночно-вольовий – визначає готовність до дії по відношенню до себе, прагнення підвищити *самооцінку*, завоювати повагу.

У змісті “Я-образу” виділяють 2-і сторони:

1) система самоідентичності – включає знання про загальні риси і характеристики, що об’єднують суб’єкт з іншими суб’єктами;

2) диференційована система відчуття своєї унікальності і неповторності.

Такі дослідники як І. Джемс, К. Роджерс, М. Розенберг та інш. виділили різноманітні форми уявлень про себе: *за сферою прояву “Я-образу”*:

- “Я – соціальне”;
- “Я – духовне”;
- “Я – фізичне”;
- “Я – публічне”;
- “Я – інтимне”;
- “Я – моральне”;
- “Я – сімейне”;

за оцінкою своїх можливостей:

- “Я – реальне”;
- “Я – ідеальне”;

в часовій перспективі:

- Я – в минулому;
- Я – в сучасному;
- Я – в майбутньому.

Найбільш явно самосвідомість проявляється в самооцінці.

Самооцінка – оцінка особистістю самої себе, своїх можливостей, якостей і місця серед інших людей.

Від самооцінки залежать взаємовідносини з людьми, вимогливість до себе, відношення до успіхів і невдач.

Як людина приходиться до того чи іншого уявлення про себе, які внутрішні дії при цьому виконує, на що опирається в наукових дослідженнях?

Психодіагностика самосвідомості традиційно спрямована на виявлення продукту самосвідомості – уявлення про себе. При цьому допускається, а потім доводиться, що “Я – концепція” не просто продукт самосвідомості, але важливий фактор детермінації поведінки людини, таке внутрішньо-особистісне утворення, яке здебільшого визначає спрямованість її діяльності, поведінки в ситуації вибору, контакти з людьми.

Аналіз “Я – вибору” дозволяє виділити в ньому два аспекти: знання про себе і самовідношення. В процесі життя людина пізнає себе і накопичує про себе знання, які складають змістовну частину її уявлень про себе – “Я – концепцію”. Однак знання про себе їй небайдужі: те, що в них розкривається, виявляється об’єктом її емоцій, оцінок, стає предметом її більш або менш стійкого самовідношення.

Самооцінка тісно пов’язана з рівням домагань (вимог) людини, тобто степенню складності мети, яку вона ставить перед собою. Самооцінка не є постійною, вона змінюється в залежності від обставин.

Методи дослідження самосвідомості

В області психодіагностики самосвідомості використовуються основні класи методик:

- 1) стандартизовані самозвіти в формі описів і самоописів (тести, опитувальники);
- 2) вільні самоописи з наступною обробкою за допомогою контекст-аналізу;
- 3) проєктивні методики.

Стандартизовані самозвіти. До цього типу методик відносяться, перш за все, тести-опитувальники, які складаються з більш або менш розгорнутих стверджень, що стосуються відношення досліджуваного до самого себе в різних життєвих сферах; почуттів, думок відносно тих або інших подій або обставин в житті суб’єкта; поведінкових проявів; взаємовідношень з іншими людьми. Спосіб відповіді широко варіює в різних опитувальниках: використовується двох-, трьох-, чотирьох-, п’яти-, семи-альтернативний вибір, вербальна або невербальна згода.

Шкала самоповаги Розенберга – опитувальник для підлітків на вияв самовідношення. Складається із 10 стверджень. Опитувальник передбачає 4 варіанти відповідей: (“повністю згідний”, “згідний”, “не згідний”, “абсолютно не згідний”). Факторний аналіз результатів дослідження виявив два незалежних фактори, що впливають на відповіді: самоповага і само-

приниження. Показники, що вирівнюються з його допомогою, можуть бути пов'язані з депресивним станом, тривожністю, активністю в спілкуванні, лідерством, відношенням до досліджуваного зі сторони батьків.

Тест двадцяти стверджень на самовідношення – техніка, заснована на використанні нестандартного самоопису з наступним контент-аналізом.

Досліджуваного просять на протязі 12 хв. дати 20 різних відповідей на питання звернене до самого себе: “Хто я такий?” Досліджуваному також дається інструкція відповідати в тому порядку, в якому вони спонтанно виникають, і не думати про послідовність, граматику і логіку. Аналіз даних досліджень дозволяє виділити ряд категорій, які використовуються в контент-аналізі: соціальні групи (стать, вік, національність, релігія, професія), ідеологічні переконання (філософські, релігійні, політичні і моральні), інтереси і захоплення, цілі, самооцінки.

Без знання соціокультурних і статевовікових норм інформативним виявляються лише найбільш нетипові випадки, як, наприклад, вказування тільки своїх недоліків або своїх індивідуальних ідентичностей.

Символічні завдання на вияв “соціального Я”. Діагностичний інструмент представляє собою серію оригінальних символічних проєктивних проб, спрямованих на вимір самовідношення і самоідентичності.

Розрахунки методики виходили із припущення, що фізична дистанція на листі паперу між кругами, що символізують “Я” і значимих інших може бути інтерпретована як психологічна дистанція, позиція лівіше інших – як переживаєма ціннісність “Я”, в середині фігури складеної із кругів “інших” – як включеність і залежність, зовні – як незалежність “Я”.

Самооцінка визначається як сприйняття суб'єктом його цінності, значимості в порівнянні з іншими. Досліджуваному на листі паперу пропонується рядок, що складається із восьми кругів, і пропонується вибрати круг для себе і для інших людей із оточення досліджуваного. Чим лівіше розміщений круг, що означає себе, тим вище самооцінка досліджуваного.

Сила визначається як перевага, рівність або підлеглість у відношенні до певних авторитетних фігур. Мірою сили є більш високе положення круга, що означає “Я”, в порівнянні півкільця, що складається із інших кругів, той, який означає іншу людину (батька, вчителя, начальника).

Індивідуалізація – переживання, мислення схожість або відмінність від інших людей. Досліджуваному пропонують лист паперу з розміщени-

ми на ньому у випадковому порядку кругами, що позначають інших людей; внизу розміщуються два круга, штриховка одного із них співпадає зі штриховкою інших кругів. Досліджуваному пропонують визначити, який із двох лишніх кругів означає його “Я”.

Соціальна зацікавленість – сприйняття себе частиною групи або окремим від інших. Досліджуваному пред’являється лист паперу з зображенням на ньому трикутником, вершинами якого є круги, що позначають інших людей (наприклад: батьків, учителів, друзів). Досліджуваний має розмістити круг, що позначає його “Я”. Якщо круг розміщується в середині трикутника, досліджуваний сприймає себе як частину цілого, якщо зовні – то він сприймає себе окремим від соціального цілого.

Ідентифікація – включення або не включення себе в “Ми”, утворене з конкретним іншим. Досліджуваному пред’являються горизонтальні ряди кругів, ліві крайні з яких позначають конкретних людей (матір, батька, друга, вчителя і т. д.). Досліджуваний повинен вибрати круг в кожному ряду, що позначає його “Я”. Чим більше кругів між “Я” і “іншими”, тим слабше “Ми”.

В другому завданні досліджуваному пропонується намалювати в будь-якому місці два круги, що позначають його самого і другого (друга, батька, матір і т. д.). Чим ближче круги один від одного, тим більша ідентифікація з іншою людиною.

Егоцентричність – сприйняття себе “фігурою” або “фоном”. Досліджуваний розміщує круг, що позначає “Я”, і круг, що позначає іншого, всередині великого круга. Якщо свій круг досліджуваний розміщує ближче до центру, ніж круг іншого, це свідчить про егоцентричність.

Простота і оригінальність “символічних завдань”, можливість їх застосування на різних контингентах досліджуваних (починаючи з трирічних дітей і закінчуючи дорослими) звернули на цю методику велику увагу. В літературі представлені значні дані, що свідчать про надійність і валідність завдань.

Проективна методика “Намалюй людину”.

Досліджуваному пропонується олівцем намалювати людину. При інтерпретації отриманих даних береться до уваги, що малюнок є вираженням “Я” досліджуваного. Значна увага приділяється аналізу різних деталей малюнка, перш за все, особливостям зображення основних частин тіла. Діагностичне значення мають: стать, форма частин, пропуск деталей, орієнтація малюнка на листі.

Проте ці особливості часто не мають достатнього теоретичного і емпіричного обґрунтування.

Тематичний аперцептивний тест – опис героя відображає уявлення оповідача про себе.

Питальник самовідношення представляє собою багатомірний психодіагностичний інструмент, заснований на принципі стандартизованого самозвіту; містить 62 пункти у вигляді стверджень типу “Інколи я сам себе погано розумію”, “Випадковому знайомому я скоріше всього покажусь людиною приємною”, “Стороння людина на перший погляд знайде у мені багато відштовхуючого”, “Навряд чи мене можна любити по-справжньому”.

Даний опитувальник може використовуватися в “ситуації клієнта” для вироблення цілей психотерапевтичного впливу, тобто в умовах добровільного звернення за психологічною допомогою, а також для наукових цілей. Пряма форма більшості запитань і відсутність корекційних шкал не дозволяють поки що використовувати опитувальник в експертних ситуаціях.

Методика керованої проекції. Основний принцип методики в тому, що досліджуваному представляють його власний словесний портрет під іменем портрета нашої особи, а також портрет під іменем портрета іншої особи, а також портрет його видуманої протилежності. Портрет має бути коротким і складати не більше 3-4 машинописних рядків.

Словесний портрет досліджуваного складається на основі його відповідей на опитувальник Р. Кеттела, підписується видуманим іменем і видається за портрет реальної людини, що раніше проходила тестування (персонаж А). В портреті вказується вік, близький віку досліджуваного, така сама стать, подібна професія або соціальний статус та ін.

Портрет протилежної статі (персонаж В) складається за тими ж значимими факторами, але за їх протилежними значеннями (наприклад якщо в портрет А ввійшла характеристика “емоційно стриманий”, то в портрет В має ввійти характеристика “слабо володіє своїми емоціями”), приписується така сама стать, вік, що і в досліджуваного, однак професія повинна бути контрастною професії досліджуваного (наприклад якщо “А” – “лікар”, то “В” – “фізик” і навпаки).

Експериментальні дослідження показали, що більшість досліджуваних ідентифікуються зі схожою на них особою (“А”), причому більша частина свідомо, менша – несвідомо.

Критерієм “включеності” досліджуваного в ситуації діагностики є явне привнесення в опис подробиць, відсутніх у портреті, об’єм тексту, емоційна насиченість тексту.

Відношення, виражене до схожого персоналу “А”, відображає, таким чином, самовідношення, а до персоналу “В” – відношення до відсутніх у досліджуваного особистісним рисам, до “не-Я”.

Методика може бути використана в умовах психологічного консультування, тобто в “ситуації конфлікту”, і може давати важливу інформацію про форму і характер самовідношення.

К. Ясперс (німецький психіатр) протиставляв усвідомлення власного «Я» предметній свідомості і виділив чотири формальних ознаки самосвідомості, порушення яких веде до психічної патології:

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

За критерії затьмареної свідомості беруть:

- 1) дезорієнтацію в часі, місці, ситуації;
- 2) відсутність чіткого сприймання оточуючого;
- 3) різні міри незв'язності мислення;
- 4) 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.

9.2. Характеристика основних станів порушеної 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.

Легкий ступінь оглушення має назву *обнубіляції* свідомості; стан, при якому можливі лише відповіді тільки на сильні больові, звукові, світлові подразники у вигляді малодиференційованих реакцій – повертання голови, рухи кінцівок – *сопор*; стан, при якому втрачаються функції усіх аналізаторів і відсутні будь-які реакції на зовнішні подразники, не викликаються неврологічні рефлекси, – *кома*.

б) деліріозне затьмарення свідомості.

Різно 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 фоні 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 говорі.

При наростанні делірію обмани відчуттів стають сценopodobними: міміка нагадує глядача, який слідкує за сценою. Вираз обличчя стає то тривожним, то радісним, міміка виражає то страх, то допитливість. Нерідко в стані делірію хворі стають збудженими. 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»; часто трапляється фантастика з характером величезності: хворі присутні «при загибелі міста», бачать, «як руйнуються будівлі», «прова-

люється метро», «розколюється земна куля, розпадається і носить ку-сками в космічному просторі».

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.

Онейроїдна свідомість характеризується глибоким розладом само-свідомості. Хворі виявляються не лише дезорієнтованими, у них також відзначається фантастична інтерпретація оточуючого.

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.

Під час сутінкового стану свідомості хворі зберігають можливість виконання автоматичних звичних дій (наприклад, якщо в поле зору такого хворого потрапляє ніж, то хворий починає здійснювати звичну з ним дію – різати, незалежно від того, перед ним хліб, папір чи людська рука).

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 автоматиму» (мимовільне блукання). Хворі, які страждають цим розладом, вийшовши з дому з пев-

ною метою, можуть раптом незрозумілим для себе чином опинитися в іншому кінці міста. Під час цієї несвідомої мандрівки вони механічно переходять вулиці, їдуть у транспорті і створюють враження заглиблених у свої думки людей.

Характеризується раптовим настанням, нетривалістю і раптовим припиненням, внаслідок чого його називають транзиторним, тобто перехідним. Виникає при епілепсії, черепно-мозкових травмах, при судинних захворюваннях головного мозку. Триває від декількох хвилин до кількох днів.

Приступ сутінкового стану свідомості закінчується критично, нерідко з наступним глибоким сном. Характерна риса – наступна амнезія (спогади про період затьмарення повністю відсутні).

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.

Запитання для самоперевірки

1. *На основі яких характеристик оцінюється свідомість людини?*
2. *Порушення яких ознак самосвідомості веде до психічної патології?*
3. *Що є критеріями порушеної свідомості?*
4. *Назвіть стани порушеної свідомості.*
5. *Охарактеризуйте приглушений стан свідомості.*
6. *Охарактеризуйте делірій.*
7. *Охарактеризуйте сутінковий стан свідомості.*
8. *Назвіть розлади самосвідомості.*
9. *Охарактеризуйте псевдодеменцію.*
10. *Охарактеризуйте деперсоналізацію.*



Лекційне заняття 8.

Тема 10. РОЗЛАДИ ОСОБИСТОСТІ

10.1. Структура особистості.

10.2. Порушення опосередкованості та ієрархії мотивів.

10.3. Порушення смислоутворення.

10.4. Порушення підконтрольності поведінки.

10.1. Структура особистості

Складові структури особистості будуть об'єктами вивчення: В неї (структуру) входять:

1) **Мотиваційно-смилова**: стиль цілепокладання визначається ідеалом, до якого прагне людина, системою потенційних і актуально діючих мотивів;

– порівняння здобутого кінцевого результату з тим, який планувався.

2) **Емоційно-вольова**: особистість переживає та організовує свою поведінку, реагує на зовнішні подразники (адаптується);

– виражені емоційно-вольові риси: рішучість, імпульсивність, наполегливість, сміливість пристрастність.

3) **Конституційна**: особливості вищої нервової діяльності, тип темпераменту, фізичні задатки.

4) **Актуалізаційно-діяльнісна сфера**: всі види практичної, теоретичної й духовно-практичної (спілкування) діяльності, втілені в цій сфері.

5) **Когнітивна сфера досвіду**: пізнавальна (когнітивна) сфера особистості виконує роль внутрішнього організатора досвіду.

Групи методів вивчення особистості:

1. *Спостереження* і близькі до нього методи: (бесіда, інтерв'ю, вивчення біографії, вивчення продуктів діяльності).

Спостереження – один із основних емпіричних методів психологічного дослідження, що полягає у систематичному, цілеспрямованому сприйнятті психічних явищ з метою вивчення їх специфічних змін в певних умовах.

Стандартизоване спостереження – це спостереження за поведінкою людей, яке передбачає наявність певної схеми спостереження, в якій відображається те, яким чином вести спостереження і представляти його результати.

Види спостереження:

- 1) стороннє – є певна програма спостереження: дослідник фіксує те, що цікавить;
- 2) включене – дослідник включається в діяльність, за якою спостерігається.

II. Соціально-експериментальні. Входять різні види експериментів.

Експеримент – метод наукового дослідження, що передбачає створення деяких штучних (експериментальних) умов і спрямований на виявлення причинно-наслідкових залежностей, що існують між вивчаємими змінними.

Види експерименту:

- 3) лабораторний – проводиться в спеціально організованих умовах: досліджуваний знає, що за ним спостерігають;
- 4) природний – проводять у звичайних для людей умовах;
- 5) формуючий – дозволяє не обмежуватися реєстрацією виявляємих факторів, а через створення спеціальних ситуацій, розкривати закономірності, механізми, динаміку, тенденції психічного розвитку, становлення особистості, визначаючи можливості оптимізації цього процесу.

III. Особистісні питальники і методи, що базуються на вивченні оцінки і самооцінки.

Питальники – обширна група психодіагностичних методик, завдання яких представлені у вигляді запитань (або стверджень). Питальники використовуються для отримання об'єктивних або суб'єктивних даних зі слів досліджуваного.

10.2. Порушення опосередкованості та ієрархії мотивів

Ускладнення мотивів, їх опосередкованість та ієрархічна побудова починається у дитини вже у дошкільному віці і відбувається далі протягом усього життя: мотиви втрачають свій безпосередній характер, починають опосередковуватися свідомо поставленою метою, відбувається підпорядкування одних мотивів іншими.

Наприклад: бажання оволодіти якоюсь професією як загальний мотив поведінки включає у себе цілу низку часткових: оволодіти потрібними знаннями, засвоїти певні навички та ін.

Кожна з цих цілей, у свою чергу, розбивається в реальній діяльності на низку дрібніших, які і визначають у кожному конкретному випадку поведінку людини. Тому діяльність людини відповідає завжди не одній, а декільком потребам і відповідно спонукається декількома мотивами. Однак у конкретній діяльності можна виділити провідний мотив. Саме він надає усій поведінці певного сенсу.

Наявність провідних мотивів не усуває необхідності мотивів додаткових, що безпосередньо стимулюють поведінку. Однак без провідних мотивів зміст діяльності позбавляється особистісного сенсу. Саме цей провідний мотив забезпечує можливість опосередкування та ієрархії мотивів. Ієрархія мотивів є відносно стійкою і цим обумовлює відносну стійкість усієї особистості, її інтересів, позицій, цінностей.

Аналізуючи історії психічних хвороб, за яких спостерігається порушення особистості, можна виділити два питання:

- формування патологічно зміненої потреби;
- порушення ієрархії мотивів.

Приклад формування патологічно зміненої потреби.

Вживання алкоголю не входить до природних потреб людини і саме по собі не має спонукальної сили. Тому спочатку його вживання викликається іншими мотивами (відзначити день народження, весілля). Спочатку вживання алкоголю викликає підвищений настрій, активність, стан сп'яніння притягує багатьох і як засіб полегшення контактів. З часом може з'явитись прагнення знову і знову відчути цей приємний стан: воно може почати опрідметнюватись в алкоголі і людину починають приваблювати вже не самі по собі події (святкування, зустріч друзів тощо), а можливість вживання алкоголю. Алкоголь стає самостійним мотивом поведінки, він

починає спонукати самостійну діяльність, і тоді вже самі події стають приводом. Відбувається той процес, називають «зсув мотиву на мету», формується новий мотив, який спонукає до нової діяльності, а відповідно, і нова потреба (в алкоголі).

Зсув мотиву на мету тягне за собою усвідомлення цього мотиву, оскільки щодо діяльності мотив відіграє смислотвірну роль.

Прийняття алкоголю набуває певного особистісного смислу. Таким чином, механізм зародження патологічної потреби спільний з механізмом її утворення в нормі. Але хвороба створює інші, ніж у нормальному розвитку, умови для подальшого її формування.

Залежно від того, що спонукає людину, будуються її інтереси, переживання і прагнення – зміни в змісті потреб означають і зміни будови особистості людини.

У хворих змінюється не лише зміст потреб і мотивів, змінюється їхня структура: вони стають все менш опосередкованими.

Лише в тому випадку, коли потреба стає опосередкованою (свідомо поставленою метою), можливо свідомо управляти нею.

У хворих, у яких немає можливості опосередкування свідомою метою, потреби некеровані – вони набувають будови потягів.

Опосередкованість потреб, мотивів пов'язана з їхньою ієрархічною побудовою. Чим більше опосередкований характер мотивів і потреб, тим більше виражений їхній ієрархічний зв'язок.

Якщо мотиви ієрархічно побудовані, то не відбувається жорсткої фіксації на засобі задоволення потреби.

Приклад (продовження). Під впливом алкоголізму у хворих порушується попередня ієрархія мотивів. Деколи у хворих з'являється бажання працювати, прагнення до спілкування зі старими друзями, хворий здійснює якісь рухи, керуючись попередньою ієрархією мотивів, але усі ці спонукання не стійкі. Головним мотивом, що спрямовує діяльність хворого, стає задоволення потреби в алкоголі. Перебудова ієрархії мотивів хворих особливо яскраво проявляється у способі задоволення потреби в алкоголі і способі знаходження засобів для її задоволення.

Починає виділятися ланцюг допоміжних дій. На їх виконання з часом іде уся свідомо активність хворого. У них відображається нове ставлення до оточуючого світу; це веде до нових оцінок ситуацій, людей. З часом усі проблеми починають вирішуватися через алкоголь, з його допомогою, і алкоголь стає смислотвірним мотивом поведінки.

У міру того, як у ході хвороби алкоголь стає сенсом життя, попередні установки, інтереси відходять на задній план. Робота перестає цікавити хворих – вона потрібна лише як джерело грошей.

Сім'я з об'єкту турбот стає гальмом на шляху задоволення пристрасті. Таким чином поступово порушується попередня ієрархія потреб, мотивів і цінностей, що склалися до хвороби, і формування взамін її нової ієрархії. Руйнуються вищі потреби і установки особистості. Звужується коло інтересів, втрачаються соціальні зв'язки із світом. Змінюються мотиви особистості.

Зміна ієрархії мотивів та їх опосередкованості означає втрату складної організації діяльності людини. Діяльність втрачає специфічно людську характеристику: з опосередкованої вона стає імпульсивною. Щезають дальні мотиви, потреба в алкоголі переходить у потяг, який стає домінуючим у житті хворого.

10.3. Порушення смислотворення

Мотиви мають спонукальну та смислотвірну функції, які не завжди піддаються розрізненню. Нерідко буває так, що людина усвідомлює мотив, заради якого дія повинна здійснитися, але цей мотив залишається знаним і не спонукає до дії. Таке явище часто трапляється в дітей молодшого шкільного віку. Наприклад, дитина може знати, що для оволодіння майбутньою професією треба добре вчитись, але, не дивлячись на це розуміння, мотив до навчання не має достатньої спонукальної сили і доводиться підключати якісь додаткові мотиви.

Саме це злиття обох функцій мотиву – спонукальної і смислотвірної – надає діяльності людини характеру свідомо регульованої діяльності. Послаблення і викривлення цих функцій – смислотвірної і спонукальної— призводить до порушень діяльності.

Це виражається в одних випадках у тому, що смислотвірна функція мотиву послаблюється, мотив перетворюється на лише знаний. Так, хворий знає, що до близьких треба добре ставитись, але при цьому він принижує свою матір.

В інших випадках виступає звуження кола смислових утворень: мотив, зберігаючи до певної міри спонукальну силу, надає смислу відносно меншому колу явищ, ніж до захворювання.

В результаті багато з того, що раніше мало для хворого особистісний смисл (наприклад, навчання, дружба, робота, ставлення до батьків і т.д.), поступово втрачає його. В результаті втрачається і спонукальна сила мотиву.

10.4. Порушення підконтрольності поведінки

Порушення підконтрольності, критичності поведінки – один з найбільш яскравих проявів порушення особистості. Воно може набувати різних форм і виступати:

- у структурі різних процесів: мислення, сприйняття;
- у неправильній оцінці своєї особистості, своїх дій;
- у некритичності до своїх психопатичних переживань.

Яких би форм не приймала некритичність, вона означає порушення діяльності в цілому. Критичність утворює «вершину особистісних якостей людини». Прийоми, спрямовані на вивчення критичності, є найбільш адекватними для аналізу особистісних особливостей. Некритичність може змінювати діяльність хворого по-різному: деякі з них можуть стати розгалуженими, в інших втрата контролю своїх дій приводить до бездіяльності.

Запитання для самоперевірки

1. Назвіть види порушень особистості.
2. У чому проявляється порушення опосередкованості та ієрархії мотивів?
3. Що таке провідний мотив? Яка його роль?
4. У чому полягає значення додаткових мотивів?
5. Поясніть, як може формуватися патологічно змінена потреба.
6. Що веде за собою зміна ієрархії мотивів та їх опосередкованості?
7. Які функції виконують мотиви?
8. До чого веде послаблення і викривлення функцій мотиву?
9. Поясніть суть порушення смислоутворення як розладу особистості.
10. У чому проявляється порушення підконтрольності поведінки?



Лекційне заняття 9.

Тема 11. ПАТОПСИХОЛОГІЧНИЙ РОЗВИТОК ЯК ФАКТОР ДЕВІАНТНОЇ ПОВЕДІНКИ

11.1. Поняття про девіантну поведінку як фактор патопсихологічного розвитку.

11.2. Типи девіантної поведінки як фактору патопсихологічного розвитку.

11.3. Причини формування девіантної поведінки як фактору патопсихологічного розвитку.

11.4. Форми вияву девіантної поведінки як фактору патопсихологічного розвитку.

11.1. Поняття про девіантну поведінку

Девіантна поведінка – система вчинків чи окремі вчинки, які суперечать прийнятним у суспільстві нормативам і проявляються у вигляді:

- незбалансованості психічних процесів;
- не адаптивності;
- порушенні процесу само актуалізації;
- у вигляді ухиляння від морального та естетичного контролю за власною поведінкою.

Для того щоб оцінити девіантну поведінку людини, необхідно проаналізувати її взаємодію з реальністю, оскільки головний принцип (адаптивність) виходить з пристосування до чогось чи когось, тобто реального оточення.

Способи взаємодії індивіда з реальністю

1. ***Пристосування*** – обирає гармонійна людина (гармонійна людина може обирати і спосіб втечі від реальності, коли реальність може бути негармонійною, наприклад: *добровільне пристосування до умов авто-*

ритарного режиму, поділ його цінностей і вибір відповідної поведінки не можуть розглядатись як гармонійні).

2. **Боротьба (протидія)** – індивід активно намагається руйнувати ненависну йому дійсність, змінювати її відповідно до власних установок і цінностей. Людина переконана, що усі проблеми, з якими вона стикається, зумовлені факторами дійсності, і єдиним способом досягнення своїх цілей є боротьба з дійсністю, спроба переробити реальність під себе чи максимально витягти вигоду з поведінки, що порушує норми суспільства. Тому відповідно зі сторони суспільства виникає також протидія, вигнання чи спроба змінити індивіда, підлаштувати його під вимоги реальності. Протидія реальності трапляється при кримінальній та делінквентній поведінці.

3. **Хворобливе протистояння** – зумовлене ознаками психічної патології і психопатологічними розладами (зокрема, невротичними), при яких навколишній світ сприймається ворожим у зв'язку із суб'єктивним викривленням його сприймання і розуміння. Симптоми психічного захворювання порушують можливість адекватно оцінювати мотиви вчинків оточуючих і внаслідок цього – ефективна взаємодія з оточенням стає ускладненою. Якщо при протистоянні реальності здорова людина усвідомлено обирає шлях боротьби з дійсністю, то при хворобливому протистоянні у психічно хворої людини такий спосіб є єдиним і вимушеним.

4. **Втеча від реальності** – її свідомо чи несвідомо обирають люди, які розцінюють реальність негативно і опозиційно, вважаючи себе нездатними адаптуватися до неї. Вони можуть також *орієнтуватись на небажання пристосуватись до дійсності, «яка не заслуговує того, щоб до неї пристосовувались» через недосконалість, консерватизм, одноманітність, пригнічення екзистенційних цінностей чи відверто антигуманну діяльність.*

5. **Ігнорування** – проявляється в автономізації життя і діяльності людини, коли вона не бере до уваги вимог і норм реальності, існуючи у власному вузькопрофесійному світі. При цьому не відбувається ні зіткнення, ні протидії, ні втечі від реальності. Кожен існує ніби сам по собі. Такий варіант взаємодії з реальності – рідкість, трапляється лише у невеликої кількості підвищено обдарованих, талановитих людей з гіперздібностями в якійсь одній сфері.

Щоб оцінити типи девіантної поведінки, треба знати, від яких саме норм суспільства вони можуть відхилятися.

Норми: правові, моральні, естетичні, норми сексуальної поведінки. **Норма** – це явище групової свідомості у вигляді уявлень, що поділяються групою, і найбільш частих суджень членів групи про вимоги до поведінки з врахуванням їх соціальних ролей, які створюють оптимальні умови буття, з якими ці норми взаємодіють і, відображаючи, формують його.

11.2. Типи девіантної поведінки

Залежно від способів взаємодії з реальністю і порушення тих чи інших норм суспільства **девіантна поведінка поділяється на п'ять типів:**

1 – делінквентна – девіантна поведінка, яка у крайніх своїх проявах є діями, що тягнуть за собою кримінальне покарання.

Характерна для людей:

- з нестійким внутрішнім світом; людина здійснює злочин під впливом обставин, що склалися, чи оточуючих осіб;
- з високим рівнем правосвідомості, але пасивним ставленням до інших порушників правових норм;
- можуть лише випадково вчинити злочин.

У цих людей у межах вольової свідомої дії в силу індивідуально-психологічних особливостей порушується чи блокується процес передбачення майбутнього результату делікту (проступу) – не має істотної суспільної небезпеки.

У таких людей сила спонукального мотиву гальмує аналіз негативних його наслідків. Часто делінквентні дії опосередковуються ситуаційно-імпульсивними чи афективними мотивами. Ці мотиви реалізуються без етапу попереднього планування і вибору адекватних об'єктів, цілей, способів і програми дії для задоволення актуальної потреби.

Делінквентна поведінка може проявитися, зокрема, в бешкетництві і бажанні порозважатись (*наприклад, підліток з цікавості і за компанію може кидати з балкону важкі предмети чи їжу в перехожих, отримуючи задоволення від точності попадання в «жертву»; людина може зателефонувати в диспетчерську аеропорту і попередити про нібито закладену в літаку бомбу; щоб привернути до себе увагу, молодий чоловік може спробувати залізити на телевізійну башту*).

2 – адиктивна поведінка – одна з форм девіантної поведінки з формуванням прагнення до втечі від реальності шляхом штучної зміни свого психічного стану через вживання деяких речовин чи постійну фіксацію уваги на певних видах діяльності, що спрямоване на розвиток і підтримання інтенсивних емоцій.

Основний мотив особистостей, схильних до адиктивних форм поведінки, – активна зміна психічного стану, що не задовольняє їх і розглядається ними як «сірий», «нудний», «монотонний», «апатичний».

Такій людині не вдається виявити в реальній дійсності якісь сфери діяльності, здатні привабити надовго її увагу, захопити, викликати якусь істотну і виражену емоційну реакцію.

Життя їй бачиться нецікавим через його буденність і одноманітність. Людина не сприймає того, що вважається в суспільстві нормальним: необхідності щось робити, чимось займатись, дотримуватися прийнятих у сім'ї чи суспільстві традицій і норм.

Адиктивна активність має вибіркового характер – у тих сферах життя, які хоч на якийсь час, але приносять людині задоволення і виривають її із світу емоційної нечутливості (стагнації), вона може проявити велику активність для досягнення мети.

Особливості людей з адиктивними формами поведінки:

- знижена витривалість до труднощів повсякденного життя поряд з хорошою витривалістю у кризових ситуаціях;
- прихований комплекс неповноцінності, який поєднується із перевагою, яка зовнішньо виявляється;
- зовнішня соціабельність, яка поєднується зі страхом перед стійкими емоційними контактами;
- прагнення говорити неправду;
- прагнення звинувачувати інших, знаючи, що вони невинні;
- прагнення до втечі від відповідальності у прийнятті рішень;
- стереотипність, повторюваність поведінки;
- залежність;
- тривожність.

Передбачуваність, заданість власної долі – дратуючий момент адиктивної особистості. Кризові ситуації з їх непередбачуваністю, ризиком і вираженими афектами є для них тим ґрунтом, на якому вони набувають впевненості у собі, самоповаги, відчуття переваги над іншими. Відзначається феномен «спраги гострих відчуттів».

Е. Берн виділив шість типів голоду, які є в людини:

- за сенсорною стимуляцією;
- за визнанням;
- за контактом і фізичним прогладжуванням;
- сексуальний;
- структурний, або за структуруванням часу;
- за інцидентами.

У межах адиктивного типу виділені типи загострюються – людина не знаходить задоволення відчуття голоду в реальному житті і прагне зняти дискомфорт і незадоволення реальністю, стимуляцією тих чи інших видів діяльності. Вона намагається досягти підвищеного рівня сенсорної стимуляції (віддає перевагу інтенсивним впливам, голосному звуку, різким запахам, яскравим зображенням), визнання неординарністю вчинків (в тому числі сексуальних), наповненістю часу подіями.

Погана витривалість до труднощів повсякденного життя і догорання у непристосованості і відсутності життєлюбства зі сторони близьких формують в адиктивних особистостей прихований «комплекс неповноцінності» – вони страждають, що відрізняються від інших, що нездатні «жити як люди». Цей комплекс повертається гіперкомпенсаторною реакцією – від заниженої самооцінки людина переходить відразу до завищеної (обминаючи адекватну); з'являється відчуття переваги над іншими, це захисна психологічна функція, що сприяє підтриманню самоповаги у несприятливих мікросоціальних умовах (наприклад, за конфронтації з сім'єю чи колективом).

На адиктивну людину діє великий вплив соціуму, їй доводиться підлаштовуватись під норми суспільства, вона навчається формально виконувати ті соціальні ролі, які їй нав'язуються суспільством (зразкового сина, уважного співрозмовника, порядного колеги).

Зовнішня соціабельність, легкість налагодження емоційних контактів супроводжується маніпулятивною поведінкою і поверхневістю емоційних зв'язків.

Така людина боїться стійких і тривалих емоційних контактів через швидку втрату інтересу до однієї й тієї самої людини чи виду діяльності, через страх відповідальності за якусь справу (наприклад, мотивом поведінки «закоренілого холостяка», коли переважають адиктивні форми поведінки, може бути страх відповідальності за можливу дружину і дітей та залежності від них).

Намагаючись приховати власний «комплекс неповноцінності», людина проявляє прагнення говорити неправду, обманювати оточуючих, звинувачувати інших у власних помилках і промахах.

Однією з основних рис у поведінці адиктивної особистості є прагнення до втечі від реальності.

«Втеча» полягає в тому, що взамін гармонійної взаємодії з усіма аспектами дійсності відбувається активація в якомусь одному напрямі; при цьому людина зосереджується на вузько спрямованій сфері діяльності (часто негармонійній і такій, що руйнує особистість), ігноруючи решту.

Виділяють чотири види «втечі» від реальності:

- «втеча в тіло» – переорієнтація на діяльність, спрямовану лише на власне фізичне чи психічне удосконалення; гіперкомпенсаторним стає захоплення оздоровчими заходами («параноя здоров'я»), сексуальними взаємодіями, власною зовнішністю, якістю відпочинку і способами розслаблення;
- «втеча в роботу» – дисгармонійна фіксація на службових справах;
- «втеча в контакти чи самотність» – спілкування стає або єдино бажаним способом задоволення потреб, заміщуючи інші, або кількість контактів зводиться до мінімуму;
- «втеча в фантазії» – схильність до роздумів і відсутність бажання щось утілювати в життя.

3 – патохарактерологічний тип девіантної поведінки – поведінка, зумовлена патологічними змінами характеру, які сформувались у процесі виховання: розладами особистості (психопатії), явно вираженими акцентуаціями характеру, невротичним розвитком особистості.

Дисгармонійність рис характеру призводить до того, що змінюється уся структура психічної діяльності людини.

Найбільш характерні мотиви:

- прагнення до реалізації неадекватно завищеного рівня домагань;
- тенденція до домінування і володарювання;
- впертість;
- образливість;
- нетерплячість до протидії;
- схильність до самозвинувачення і пошуків приводів для розрядки афективного напруження;
- егоцентризм;
- жага визнання;

- завищена самооцінка;
- прагнення маніпулювати оточуючими і контролювати їх (оточення розглядається лише як засіб, що повинен служити задоволенню потреб даної людини).

За невротичного розвитку особистості девіації проявляються у вигляді невротичних нав'язливостей та ритуалів, які пронизують усю життєдіяльність людини та мають за мету зняти стан емоційного напруження і тривоги (наприклад, людина з нав'язливими ритуалами може довго і на збитки своїм планам здійснювати стереотипні дії: відкривати і закривати двері, певну кількість разів пропускати тролейбус, що підходить до зупинки).

4 – психопатологічний тип девіантної поведінки – ґрунтується на психопатологічних симптомах чи синдромах, що є проявами тих чи інших психічних захворювань. Як правило, мотиви поведінки психічно хворого залишаються незрозумілими до тих пір, поки не будуть виявлені основні ознаки психічних розладів.

Людина може проявляти девіантну поведінку через:

- порушення сприймання – галюцинації чи ілюзії (наприклад, закривати чимось вуха, до чогось прислухатись, шукати неіснуючий об'єкт, розмовляти із собою),
- порушення мислення (наприклад, висловлює, відстоює і намагається досягти поставленої мети на основі неадекватного тлумачення дійсності, активно обмежувати сфери свого спілкування з оточуючим світом через нав'язливі ідеї і страхи),
- порушення вольової активності (здійснює нерозумні і незрозумілі вчинки чи місяцями бездіє, здійснює стереотипні рухи чи надовго застигає в одноманітній позі).

Різновидом патохарактерологічного та психопатологічного типу девіантної поведінки є саморуйнівна (аутодеструктивна) поведінка – система вчинків людини, спрямована не на розвиток і особистісне зростання, і не на гармонійну взаємодію з реальністю, а на деструкцію особистості.

Агресія спрямовується на себе, дійсність розглядається як щось опозиційне, що не дає можливості повноцінно жити і задовольняти наявні потреби.

Аутодеструкція проявляється у вигляді суїцидальної та парасуїцидальної поведінки, наркотизації й алкоголізації, інших видів девіацій.

Мотиви саморуйнівної поведінки:

- адикції, нездатність поратись з буденним життям;
- патологічні зміни характеру;
- психопатологічні симптоми і синдроми.

5 – девіації, зумовлені гіперздібностями людини – людина, здібності якої значно перевищують середньостатистичні, розглядається як така, що виходить за рамки нормальної (це прояв обдарованості, таланту, геніальності у якійсь одній з діяльностей людини).

Відхилення в бік обдарованості в одній сфері часто супроводжується девіаціями у повсякденному житті. Така людина часто виявляється непридатною до «побутового, приземленого» життя.

Вона нездатна правильно розуміти і оцінювати вчинки та поведінку інших людей, виявляється наївною, залежною і неготовою до труднощів повсякденного життя.

Якщо при делінквентній поведінці спостерігається протиборство з реальністю, при адиктивній – втеча від реальності, при патохарактерологічному і психопатологічному— хворобливе протистояння, то при поведінці, пов'язаній з гіперздібностями,— ігнорування реальності.

Людина існує в дійсності («тут і тепер») і одночасно ніби живе у власній реальності, не роздумуючи про необхідність «об'єктивної дійсності», у якій діють інші оточуючі люди.

Вона розцінює звичайний світ як щось малозначуще, неістотне і тому не бере ніякої участі у взаємодії з ним, не виробляє стилю емоційного ставлення до вчинків інших, приймає будь-яку подію відсторонено.

Вимушені контакти сприймаються як необов'язкові, тимчасові, а не як значущі для її особистісного розвитку.

Зовні в повсякденному житті вчинки такої людини можуть бути дивакуватими (наприклад, вона може не знати, як користуються побутовими приладами, як здійснюються побутові дії; весь інтерес зосереджений на діяльності, пов'язаній з неординарними здібностями).

Тип девіантної поведінки детермінує форму її виявлення (одна форма може зумовлюватися різними типами).

11.3. Причини формування девіантної поведінки

В основі формування девіантної поведінки лежить взаємодія біологічних чинників та факторів навколишнього середовища.

Біологічні фактори ризику: генетичний ризик (при цьому не доведено, що існує пряма залежність передачі девіантної поведінки через ген, мається на увазі передача конституційно-типологічних рис), гормональні фактори (наприклад, андрогени статевих залоз хлопчиків-підлітків пов'язані з агресивною поведінкою), нейрохімічні чинники, нейрофізіологічна реактивність.

Соціальні стресові фактори: сімейні фактори (психічні захворювання батьків, алкоголізм, наркоманії; стійкі та тяжкі проблеми у стосунках між батьками, а також жорстокість та занедбаність; імпульсивно-агресивний стиль поведінки в родині), вплив малої референтної групи, особливо з асоціальними формами поведінки, економічні негаразди, проблема зайнятості тощо.

При цьому наявність названих чинників не обов'язково приводить до формування девіантної поведінки. Так, підліток може і відійти від попередньої девіантної поведінки, що може бути пов'язане з позитивним впливом значущих для нього людей, зміною товариства, вибором позитивного партнерства, високим інтелектом, здатністю до постійного затримування у школі, на роботі тощо.

11.4. Форми вияву девіантної поведінки

Девіантна поведінка має такі форми вияву:

✓ **Агресія** – фізична або вербальна поведінка, спрямована на завдання шкоди кому-небудь. Може виявлятися у *прямій формі* (людина виказує погрози або виявляє агресію в дії) та *непрямій* (виявляє негативне ставлення до іншої людини з особистою неприязню).

Види агресивних дій:

- фізична агресія (напад);
- непряма агресія (злісні плітки, крики, тупотіння ногами тощо);
- схильність до виявлення негативних реакцій за будь-яких обставин;
- негативізм (опозиційна лінія поведінки від пасивності до боротьби);

- образа, ненависть до навколишніх людей (усі погані, усі винуваті);
- вербальна агресія (крики, загроза, прокляття, лайка).

✓ **Аутоагресія** – агресія, спрямована на себе (фізична і вербальна).

Форми аутоагресії:

- суїцидальна поведінка (самогубство)
- самоушкодження.

Виділяють **три основних види суїцидальної поведінки:**

- «**аномічна**» (пов'язана із кризовими ситуаціями у житті людини, її особистими трагедіями),
- «**альтруїстична**» (виконується самогубство заради блага інших),
- «**егоїстична**» (обумовлена конфліктом, який формується у зв'язку з непринадністю для конкретного індивіда соціальних умов або соціальних норм поведінки суспільства).

Виділяють **два види самоушкодження або парасуїцидальних дій:**

- **мотивовані дії** з метою виводу себе зі стану емоційної нечутливості шляхом гострих афективно-шокових відчуттів;
- **немотивовані дії** – імпульсивні дії, пов'язані з блокадою захисних реакцій хворобою.

Суїцидальні та парасуїцидальні дії можуть зумовлюватися такими **психопатичними синдромами:**

- депресивним,
- іпохондричним,
- дисморфобічним,
- вербальним імперативним галюцинозом,
- маяченням (ці хворобливі прояви поведінки спонукають людину до суїцидальних дій або самоушкоджень).

✓ **Зловживання речовинами, які зумовлюють стани зміненої психічної діяльності** (алкоголізм, наркоманії, токсикоманії).

✓ **Порушення їстівної поведінки** (переїдання, голодування).

Під їстівною поведінкою розуміють ціннісне ставлення до їжі та її вживання, стереотип споживання їжі у щоденних умовах та в стані стресу, орієнтацію на образ свого тіла та діяльність з його формування. Для пору-

шень їстівної поведінки характерні заклопотаність контролем за масою власного тіла, спотворення його образу, зміна місця їжі в ієрархії цінностей.

Основними клінічними формами порушення їстівної поведінки є:

- *нервова анорексія,*
- *нервова булімія.*

Ознаки нервової анорексії: відмова від їжі, пов'язана з незадоволенням індивіда своїм зовнішнім виглядом, ідеєю своєї надмірної повноти, неадекватним сприйняттям «образу свого тіла», орієнтацією на свою особисту думку або уявлення референтної групи щодо краси тіла.

Різновиди анорексії:

1) нервова анорексія в нормі – слідкування за масою тіла для досягнення модних стандартів;

2) синдром дисморфофобії або дисморфоманії – надцінна ідея своєї повноти;

3) нервова анорексія малят (в основі лежить немотивоване зниження апетиту внаслідок гіпоталамічної недостатності або наявності несприятливої для малечі ситуації споживання їжі).

Нервова булімія – це напади переїдання, що виникають періодично, неможливість навіть короткий час бути без їжі та надмірна занепокоєність контролем за масою свого тіла. Ознаки нервової булімії: постійне занепокоєння їжею і потяг до їжі навіть в умовах відчуття ситості, спроба протидіяти ожирінню різними способами, нав'язливий страх ожиріння. Булімія буває при синдромах тривоги та стресових станах, при адиктивній поведінці (відбувається відхід від реального світу у світ «їстівного»).

✓ **Аномалії сексуальної поведінки** (девіації і перверзії).

Сексуальні девіації (відхилення) – це будь-яке кількісне або якісне відхилення від сексуальної норми. При цьому діагностичні критерії відхилень у сексуальній поведінці людини дуже складні та суперечливі.

Сексуальні перверзії або *парафілії* – це сексуальні відхилення, які не відповідають критеріям сексуальної норми, спотворюють її за морально-етичними нормами і законами суспільства та кваліфікуються як правопорушення або злочини. Розрізняють **явні девіації та приховані**.

За векторами сексуальної орієнтації можна виділити такі форми девіацій сексуальної поведінки.

1. За вектором інтенсивності фідії (сила лібідо):

- **Гіперсексуальність** – це одна з базових характеристик, які сприяють формуванню різних сексуальних девіацій та перверзій.

Вона характеризується значним підвищенням цінності сексуального життя для людини і витісненням інших цінностей. При цьому гіперсексуальність стає не стільки засобом для досягнення задоволення, а й самоціллю. З'являються різні форми, що відхиляються від норм права, моралі та естетики сексуальної поведінки: секс як пиха, як розвага, як спорт. Відомо, що в рамках гармонійності метою людини при сексуальних контактах є, як правило, задоволення комунікативної потреби, а мотивом – інтерес, альтруїзм тощо. При гіперсексуальності такі цілі і мотиви відходять на другий план, а на перший виходить егоїстичний мотив. При девіантній гіперсексуальності людина використовує статевий контакт не для отримання взаємного сексуального задоволення, а швидше, для себе – здійснюється сексуальний контакт без врахування згоди партнера – за кількістю, тривалістю, часом, місцем та формою реалізації. При цьому можуть використовуватись засоби сексуального контакту з приниженням партнера, залякуванням його тощо.

Гіперсексуальність може проявлятися як сексуальна взаємодія з метою поставити рекорд за кількістю партнерів або за тривалістю статевого акту – формується сексуальна поведінка за типом промискуїтету (безладні статеві зв'язки). Нерідко в таких випадках у суб'єкта з'являється нав'язливий або надцінний характер поведінки в пошуках об'єкта сексуальної взаємодії, і партнер може знецінюватись до рівня «персоніфікуючого збуджуючого об'єкта». Може бути у формі фантазій.

Гіперсексуальна поведінка може бути або варіантом аддиктивної поведінки або психопатичних розладів. Її різновид – провокуюча поведінка без прагнення до статевого контакту (інколи буває при імпотенції, як надцінна ідея за неможливості її реалізації).

- **Асексуальна поведінка** – людина знижує значущість і цінність сексуального життя або відкидає її суттєвість повністю і виключає із свого життя дії, спрямовані на сексуальні контакти.

Асексуальність – біологічна (імпотенція, хромосомні розлади) та психологічна (імпотенція), або при шизоїдній та астенічній (залежні) акцентуаціях.

2. За вектором спрямованості – партнерства. Вибір сексуального партнера в нормі здійснюється із врахуванням вікового фактору. При цьому адекватною для дорослої людини є спрямованість на особу близької до її вікової групи. Вибір може бути зумовлений, а з одного – естетичними критеріями, при яких норма оцінюється на основі моральних установок суспільства у віковій різниці партнера, з іншого боку, характеристикою зрілості. Виділяють такі **основні форми сексуальних перверзій**, діагностика яких ґрунтується на невідповідності вікової спрямованості потягу:

- **Педофілія** – це спрямованість сексуального потягу і еротичного задоволення дорослої людини до дитини. Форми педофільних контактів різні – від коїтальних до ексгібіціонізму та петтінгу. Цей різновид може бути при патохарактерологічному та психопатологічному відхиленнях поведінки, а також при адиктивному типі – прагнення отримати яскраві, нові переживання.
- **Ефедофілія** – потяг до підлітків. Мотив – «незайманість» підлітка, відсутність сексуального досвіду. Входять у структуру усіх видів девіантної поведінки.
- **Геронтофілія** – це сексуальний потяг до партнера похилого віку, при цьому старече тіло відіграє роль своєрідного фетиша.

Буває при органічній деменції, алкоголізмі, психопатіях.

3. За вектором спрямованості сексуального потягу на інший об'єкт розрізняють такі перверзії.

- **Зоофілія** – сексуальний потяг до тварин (собак, свиней, коней тощо). При цьому тварина розглядається людиною із зоофільною орієнтацією як така, що замінює сексуальний об'єкт.

При цьому використовується коїтальний генітально-анальний контакт чоловіка чи жінки із твариною. Найчастіше це буває при акцентуаціях шизоїдного типу, інколи астеничного, при невдалій спробі сексуального контакту гетерогенної спрямованості.

- **Некрофілія** – сексуальний потяг, або швидше реалізація його при використанні мертвого тіла (у моргах – олігофрени, алкоголіки, психопати).
- **Фетишизм** – одна з найбільш поширених девіацій або перверзій; яка характеризується заміщенням об'єкта або суб'єкта сексуального потягу яким-небудь символом (частиною його одягу, особистим предме-

том, фотокарткою), який стає достатнім для здійснення сексуального збудження і оргазму. Проявляється при патохарактерологічних рисах характеру та психопатіях.

- **Нарцисизм (аутоеротизм)** – спрямованість сексуального потягу на себе, це самозакоханість, завищена самооцінка, підвищений інтерес до своєї зовнішності, своїх статевих органів, сексуальності. Нерідко в таких осіб виявляються істероїдні риси характеру.

4. Вектор засобу реалізації потягу. Найвідоміші яскраві приклади таких перверзій – **садизм, мазохізм, садомазохізм**. Вони дуже близькі за сексуальною девіацією, тому що мають витоки з гіперрольової поведінки (маскулінної або фемінної) і включають здобуття сексуальної насолоди з насильством і агресією, спрямованою на себе або на партнера, чи на обох.

- **Садистська поведінка** – проявляється у прагненні отримати сексуальне задоволення шляхом нанесення больової або психологічної агресивної дії. Така поведінка допомагає знайти найвище органістичне задоволення. Це реалізація потреби людини у володарюванні, домінуванні в житті, чого їй не завжди вдається досягти іншим способом. При **мазохізмі** відбувається зворотний процес – людина прагне бути приналежною, що призводить до оргазму. Іноді в людини можуть бути два протилежних спрямування – **садомазохізм**.
- **Експібіціонізм** – досягнення сексуального задоволення шляхом демонстрації своїх статевих органів або свого сексуального життя. Суть експібіціонізму – це гіперкомпенсаторне переборювання відчуття сорому у зв'язку з демонстрацією своїх статевих органів для зняття емоційного та сексуального збудження. Різновид – **кандаулезизм** – демонстрація голої партнерки. Відомо, що експібіціонізм частіше буває у людей з нав'язливими страхами, при маніакальному синдромі.
- **Вуайеризм** – форма девіантної сексуальної поведінки, при якій сексуальну насолоду людина отримує при підгляданні (або підслухуванні) за роздягненими людьми або статевими актами (секс по телефону).
- **Мастурбація, онанізм** – це самореалізація статевого потягу через стимуляцію своїх статевих органів різними способами. Може бути у дітей, підлітків, людей різного віку, коли реалізація сексуального потягу з якихось причин не можлива нормальним способом.

5. Вектор тілесного образу. Особливу групу сексуальних девіацій або уподобань становлять нетрадиційна гетеросексуальна орієнтація та порушення ідентифікації із своєю статтю. До цієї групи належать:

- **Гомосексуалізм** – сексуальна орієнтація людини спрямована на осіб своєї статі без суттєвої зміни ідентифікації із своєю статтю.
- **Трансвестизм подвійної ролі** – носіння одягу протилежної статі з метою отримання сексуального задоволення від тимчасового відчуття своєї приналежності до протилежної статі, але без бажання більш постійної зміни статі чи хірургічної корекції.
- **Транссексуалізм** – суттєво порушується ідентифікація із своєю статтю, людина усвідомлює себе представником іншої статі внаслідок чого вибирає відповідний спосіб та манеру поведінки, яка активно спрямована на гормональну або хірургічну зміну статі з метою зняття внутрішнього конфлікту та дискомфорту, що зумовлений невідповідністю усвідомлення своєї статевої ролі і зовнішньо нав'язаним їй стереотипом поведінки. Механізми формування різні: біологічні (хромосомні) та психологічні.

До сексуальних злочинів належать такі види сексуальних парafilій: **зґвалтування, сексуальний садизм, сексуальне вбивство, інцест, інцестне зґвалтування, а також педофілія та ефедофілія, геронтофілія, ексгібіціонізм та інші форми перверзій.**

Внаслідок сексуальних злочинів у випадку виживання потерпілих серйозну проблему становлять їх соматичні та психічні порушення (тілесні ушкодження різної тяжкості, дефлорація, вагітність, венеричні захворювання, СНІД; психічні травми можуть призвести до розвитку неврозу, афективної шокової реакції, психогенної депресії; у сексуальному плані з'являються сексуальна гіпостезія та аноргазмія, койтофобія, вагінізм, сексуальна аверсія). Такі наслідки сексуальних злочинів потребують психотерапевтичної корекції, яку слід проводити як систему заходів за допомогою сучасних методів психотерапії, адекватних до порушень, що виникли у потерпілих.

✓ **Надцінні психологічні захоплення** («трудоголізм», гемблінг, колекціонування, «параноя здоров'я», фанатизм – релігійний, спортивний, музичний тощо). Усі характеристики захоплення посилюються до гротеску. Об'єкт захоплення або надцінної діяльності стає визначальним векто-

ром поведінки людини, який відсуває на другий план або повністю блокує іншу діяльність.

Ознаки надцінних захоплень психологічного рівня:

- глибока і довготривала зосередженість на об'єкті захоплення;
- пристрасне емоційно насичене ставлення до об'єкта захоплення;
- втрата відчуття контролю за часом, який відводиться на це;
- ігнорування будь-якої іншої діяльності або захоплення;
- поява відчуття дискомфорту при втраті можливостей реалізувати своє захоплення.

Ознаки окремих надцінних психологічних захоплень:

1) **трудоголізм** – передбачає втечу людини від реальності у сферу діяльності і досягнень, при цьому захопленням стає робота або інша діяльність, де людина хоче досягнути великих успіхів;

2) **гемблінг** – надцінне захоплення азартними іграми, коли людина повністю присвячує себе грі, виключаючи іншу діяльність;

3) **фанатизм** – захоплення якою-небудь діяльністю у крайньому ступені вираження із формуванням культу та повною йому підлеглистю людини, її індивідуальності;

4) **«параноя здоров'я»** – захоплення оздоровчими вправами, коли усі засоби досягнення здоров'я переходять у самоціль, і людина від цього отримує задоволення;

5) **колекціонування** – колекціонування без визначеної мети та змісту цього захоплення.

✓ **Надцінні психопатологічні захоплення** («філософічна інтоксикація», сутяжництво і кверулянтство і т. ін.).

Синдром «філософічної інтоксикації» трапляється у підлітків у нормі як складова частина психологічного підліткового комплексу і в патології при шизофренії. При цьому людина має підвищений інтерес до філософських умовиводів, постійну потребу аналізу навколишніх ситуацій, що не завжди зрозуміло для інших людей.

Сутяжництво і кверулянтство – це потяг писати нарікання та скарги до різних інстанцій. **Кверулянт** – це людина із підвищеним почуттям справедливості, яка бажає добитись правди навіть у незначному, але вона не розуміє реальних негативних фактів та свого хибного способу боротьби із ними.

✓ **Розлади потягів (клептоманія, дромоманія, піроманія)** – здатні призвести до внутрішньої дезорганізації особистості, а також до суттєвих зовнішніх проявів дисгармонії. Відмінність понять «захоплення» та «потяги» полягають у тому, що захоплення характеризується усвідомленням мети та мотиву, їх динаміка безперервна і вони можуть з'являтися після складної боротьби мотивів. Потяги ж виникають імпульсивно, без мети та мотиву, періодично, при цьому свідомість у цей час звужена і спрямована на реалізацію цього потягу.

До порушень поведінки, яка спричиняються розладами потягів належать:

- **клептоманія** – тяжке непереборне прагнення індивіда скоїти крадіжку;
- **дромоманія** – тяжке непереборне прагнення індивіда до бродяжництва;
- **піроманія** – тяжке непереборне прагнення індивіда до скоєння підпалів.

✓ **Патологічні звичні дії і діюства** (яктація, оніхофагія, смоктання пальця, трихотиломанія).

Яктація – це розгойдування головою або усім тулубом, що спостерігається у розумово-відсталих людей, при афективно-шоковій реакції після стресу, у маленьких дітей у стані психологічної депривації.

Оніхофагія – обкусування та жування нігтів, що може спостерігатись у стані наявної або прихованої тривоги.

Дерматоманія, трихотилломанія – нав'язливе чи неподоланне прагнення людини до ушкодження своєї шкіри або волосяного покриву на голові, віях, бровах тощо.

✓ **Характерологічні і патохарактерологічні реакції** (емансипації, групування, опозиції, компенсації, гіперкомпенсації тощо).

✓ **Комунікативні девіації** (аутизація, гіперкомунікативність, конформізм, псевдологія, нарцисична поведінка та ін.). Можуть стосуватись тільки спілкування, котре, як відомо, має у своєму складі потреби, мотиви до спілкування та засоби спілкування (мовлення, жести, рухи, міміка з емоційними реакціями тощо).

Тому розлади комунікативної сфери залежать від того, що порушується у людини: потреби і мотиви чи засоби спілкування.

Розглядають такі **основні форми комунікативних девіацій**.

1. Вроджені комунікативні девіації (вади).

- **Недорозвиток потреб і засобів спілкування** – трапляється при розумовій відсталості і характеризується недорозвитком усіх сфер

психіки, у тому числі й комунікативної. При цьому у розумово відсталій людині виявляється недорозвиток потреб у спілкуванні, що призводить до унеможливлення формування вищих мотивів спілкування, їх недостатнього рівня і спрямованості. Олігофрен не розуміє, навіщо йому потрібне спілкування, і використовує його для реалізації своїх нижчих потреб, часто фізіологічного напрямку. Крім того, має місце і недорозвиток засобів спілкування (мовлення, рухів, емоційних реакцій). Рівень недорозвитку комунікацій збігається із загальним рівнем недорозвитку психіки.

- **Частковий недорозвиток комунікацій і спілкування** стосується, насамперед, недорозвитку засобів спілкування. Так, у дітей із загальним недорозвитком мовлення блокується один із засобів спілкування, що обмежує реалізацію їх потреби у спілкуванні та комунікаціях. Але така дитина знаходить альтернативні засоби спілкування – жести, міміку, рухи та пропонує «свою мову». При цьому, може порушуватись правильне і своєчасне за віком та змістом формування мотивів спілкування, що часто спричинює вторинні невротичні розлади у дитини.

- **Спотворення або відсутність потреб і засобів спілкування – ранній дитячий аутизм (РДА)**, був описаний австрійським психологом і психіатром Каннером у 1943 р. Клінічні прояви РДА:

- а) **первинний аутизм** – відсутність потреб у контакті із людьми та живими істотами;

- б) **порушення соціальної перцепції** – неприйняття себе як особистості (до 5 років не диференціює своє «Я»), не помічає і не контактує із живим світом, а спілкується і виявляє інтерес тільки до неживих предметів;

- в) **своєрідний недорозвиток комунікативної функції мовлення** – пізня її реалізація, переважає монологічна мова, а діалогічна виявляється тільки у 4-5 років, називає себе на своє ім'я, «він», а не «Я», характерна неправильна граматична побудова речень;

- г) **спотворення і недорозвиток емоцій** – дитина не виражає своїх емоційних реакцій – «обличчя принца»;

- г) **«симптом тотожності»** – предметний світ повинен бути таким, як завжди, а при його зміні виникає незворотній страх;

- д) **негативізм**, який виникає при зміні життєвого стереотипу (їжа, помешкання), а також при спробі нав'язати дитині контакт (стають рухливо збудженими, кричать, полишають свої навички самообслуговування та загальмовують сечовиділення або акт дефекації; в цілому поведінка стає схожою на поведінку розумово відсталій дитини);

е) рівень розвитку когнітивної сфери не завжди можна визначити, особливо у спілкуванні, але в них розвинутий пошуково-дослідницький рефлекс.

Такі діти дуже рано спроможні зробити усякі справи, розбирати і правильно збирати іграшки, побутову апаратуру.

Вступати у контакт з такою дитиною слід, не нав'язуючи їй свого спілкування: не дивитись на неї, не торкатись, краще відгородитись папером, дощечкою, контактувати через дзеркало. Такі діти краще себе почувають в «обмеженому стінами» просторі.

Корекція цього виду комунікативної девіації довготривала, індивідуальна і дуже складна, має свої особливі методи і техніки.

2. Набуті комунікативні девіації.

- **Тотальний розпад психіки і з цієї причини – порушення комунікації людини.** Втрачаються потреби та мотиви спілкування, а із засобів – зникає мовлення, залишаються тільки емоційні недиференційовані реакції нижчого рівня, які вказують на фізичні потреби організму людини.

- **Психогенно-зумовлені комунікативні девіації.** Психогенний ступор – тотальне загальмування моторних, вольових, емоційних, когнітивних та комунікативних функцій психіки людини, яке з'являється під впливом стресової ситуації і проявляється у повній нерухомості, без жодної відповіді на спроби спілкування з цією людиною. Частіше це відбувається у формі істеричного ступору.

- **Часткове психогенно-зумовлене порушення засобів спілкування**, а саме, реалізації мовлення – емоціогенний аутизм (мовчання). Внаслідок стресової ситуації або під впливом несприятливої та значущої для людини ситуації порушується спроможність висловлювати свої думки – невротичний «злам» комунікативної функції мовлення. Людина, частіше дитина, не може говорити у тій ситуації, яка спричинює стрес. При цьому емоціогенний аутизм може бути вибіркоvim до значущої ситуації або тотальним, загальним і проявляється у будь-якій ситуації.

- **Адаптаційні (патохарактерологічні) реакції та стани.**

- ✓ **Парааутистична реакція** – проявляється в тому, що людина під впливом психотравмуючої ситуації або штучного обмеження контактів втрачає потреби у спілкуванні через спотворення мотивів комунікацій. При цьому вторинно блокуються засоби спілкування – мовлення, міміка,

рухи. Реакція пасивного протесту теж призводить до обмеження комунікацій. При депресивному стані в основі загальмування потреби у спілкуванні лежить розлад емоцій – депресія.

✓ **Аморальна поведінка.** Аморальною називають поведінку, що проявляється у вигляді дій та діяльності, результати яких об'єктивно суперечать моральним нормам незалежно від оцінки їх особистістю, яка їх чинить.

✓ **Неестетична поведінка.** Це поведінка людини, яка не наслідує законів прекрасного, духовного тощо. У патології така поведінка може траплятись у дементних хворих або в олігофренів.

Таку ж поведінку можуть демонструвати люди із протестними реакціями тощо.

Запитання для самоперевірки

1. *Дайте визначення девіантної поведінки.*
2. *На основі чого оцінюють девіантну поведінку?*
3. *Опишіть способи взаємодії індивіда з реальністю.*
4. *Назвіть типи девіантної поведінки.*
5. *Опишіть суть делінквентної поведінки.*
6. *Дайте визначення адиктивної поведінки.*
7. *Поясніть причини виникнення адиктивної поведінки.*
8. *Опишіть людину, схильну до адиктивної поведінки.*
9. *Як проявляється патохарактерологічний тип девіантної поведінки?*
10. *Чим зумовлений патохарактерологічний тип девіантної поведінки?*
11. *Чим відрізняється психопатологічний тип девіантної поведінки від патохарактерологічного?*
12. *Як проявляється психопатологічний тип девіантної поведінки?*
13. *Різновидом якого типу девіантної поведінки є аутодеструктивна поведінка?*
14. *Як проявляються девіації, зумовлені гіперздібностями людини?*
15. *Назвіть причини формування девіантної поведінки.*
16. *Перелічіть форми вияву девіантної поведінки.*
17. *Опишіть порушення істотної поведінки.*
18. *Охарактеризуйте аномалії сексуальної поведінки. Вкажіть, за якими векторами сексуальної орієнтації виділяють девіації сексуальної поведінки.*

19. *Опишіть девіації сексуальної поведінки за вектором інтенсивності фідії.*
20. *Опишіть різні види перверзій за вектором спрямованості – партнерства.*
21. *Опишіть різні види перверзій за вектором спрямованості сексуального потягу на інший об'єкт.*
22. *Опишіть різні види перверзій за вектором засобу реалізації потягу.*
23. *Опишіть різні види перверзій за вектором тілесного образу.*
24. *Які парафілії відносять до сексуальних злочинів?*
25. *У чому суть надцінних психологічних захоплень?*
26. *Назвіть надцінні психопатологічні захоплення.*
27. *У чому проявляються розлади потягів?*
28. *Поясніть суть комунікативних девіацій.*
29. *Назвіть патологічні звичні дії і дієства, що є формою прояву девіантної поведінки.*
30. *Назвіть патохарактерологічні реакції, що є формою прояву девіантної поведінки.*



Лекційне заняття 10.

Тема 13. ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ПРИ РОЗЛАДАХ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ

13.1. Принципи побудови патопсихологічного обстеження дітей.

13.2. Роль даних про порушення розвитку дитини в оптимізації навчально-виховного процесу.

13.1. Принципи побудови патопсихологічного обстеження дітей

У патопсихологічному обстеженні дітей важливо враховувати таке.

1. Чим молодша дитина, тим важливішу роль відіграють особливості патологічно змінених проявів нормального вікового розвитку. Тому передусім необхідно вивчити ті психологічні утворення, які на даному віковому етапі мають вирішальне значення у психічному розвитку її.

Саме ці психологічні утворення особливо насичені ознаками хворобливої симптоматики.

Наприклад, затримка розвитку мовлення в ранньому дитячому віці (3-4 р.), її специфічне викривлення (збереження автономної мови, неологізми, аутична спрямованість і т.д.) властиві ранній дитячій шизофренії. У віці 4-5 років ознаки цієї хвороби проявлятимуться уже не в особливостях мови, а в змісті рольової гри дитини, її малюнках, фантазіях. Аналізуючи продукти цієї провідної для даного віку діяльності, можна виявити емоційні розлади (страхи, агресивні тенденції), інтелектуальні порушення (патологічні асоціації, неадекватність розумової діяльності).

2. Оскільки психіка дитини перебуває в постійному розвитку, **у патопсихологічній характеристиці обстежуваного треба розрізнати два види симптомів:**

а) **первинні**, тобто безпосередньо пов'язані зі шкідливим впливом (хвороба, травма тощо);

б) **вторинні** – є результатом порушення психічного розвитку внаслідок хворобливого процесу (що триває або вже завершився).

Наприклад, у молодшому шкільному віці формуються поняття про збереження числа, об'єму, автоматизуються навички читання та письма. Ураження або недорозвиток психічних функцій, що не дають змоги опанувати даною інформацією, призводять до недостатності (затримки) формування логічного мислення, здатності прогнозування.

Спираючись на ці принципи, патопсихолог у ході дослідження психіки дитини розв'язує такі **завдання:**

а) виявляє порушення психічної діяльності та дає їм патопсихологічну кваліфікацію;

б) проводить структурний аналіз помічених порушень, виділяє первинні та вторинні симптоми;

в) розробляє програму коригуючих заходів.

Два підходи до розв'язання цих завдань психологом:

1 – проблемний підхід до дослідження психіки дитини.

Описаний, в основному у працях зарубіжних авторів (когнітивна, позитивна психотерапія). За цього підходу психолог з'ясовує:

- чи існує проблема;
- для кого вона найпекучіша (наприклад, порушення поведінки можуть бути досить байдужими для самого учня, але турбувати вчителя та батьків);
- можливі шляхи вирішення цієї проблеми;
- обирає оптимальний шлях вирішення проблеми, виходячи із зацікавленості усіх задіяних сторін;
- реалізовує обраний шлях.

У даному підході поєднані психодіагностика та психокорекція.

2 – психодіагностичний підхід до дослідження психіки. Його основи у вітчизняній психології розробляли Л. Бурлачук, О. Лічко, та ін.

За цього підходу перед патопсихологом постають такі **завдання**:

- дослідити функції психічних процесів та виявити відхилення;
- визначити можливості поліпшення результатів під час надання допомоги;
- діагностика особистісних особливостей дитини;
- зіставлення отриманих результатів з «нормативними» та постановка патопсихологічного діагнозу;
- визначення можливостей розвитку дитини та шляхів вирішення її соціальних проблем.

Випадки, в яких використовується проблемний підхід:

- при вирішенні завдань, пов'язаних з порушенням поведінки, негативними особистісними особливостями (тобто, коли мала вірогідність того, що причиною звернення до психолога можуть бути порушення розвитку психічних процесів);
- коли необхідна довготривала психологічна корекція, то він дає змогу визначити сферу прикладання зусиль психолога, позицію дитини та інших учасників проблемної ситуації, налагодити стосунки співробітництва.

Випадки, в яких використовується діагностичний підхід:

- вирішення експертних питань, насамперед пов'язаних з навчанням дитини та вибором місця навчання;
- у випадках високої вірогідності наявності в дитини відхилень у психічному розвитку;
- за необхідності – проведення психотренінгових заходів;
- при з'ясуванні причин соціальної дезадаптації дитини.

Сучасна патопсихологія використовує багато експериментальних методик дослідження психічних процесів і станів. Суть їх застосування полягає в моделюванні проблемних ситуацій. їх вирішення потребує від обстежуваного того виду психічної діяльності, яка є об'єктом дослідження.

Наприклад, у дослідженні інтелекту роль «функціональної проби» виконують експериментальні завдання, що дають змогу аналізувати розумові операції, якими людина користується звичайно у своєму реальному житті.

Орієнтовна схема психологічного дослідження порушень психічної діяльності дитини молодшого та середнього шкільного віку

1. Дослідження розумової працездатності з виявленням показників виснаженості; утрудненої впрацьовуваності, коливань працездатності.

2. Вивчення уваги – її обсягу, здатності дитини до довільної концентрації, розподілу та переключення.

3. Дослідження процесів запам'ятовування та відтворення.

4. У деяких випадках – вивчення процесу сприймання (якщо виникає підозра щодо порушення цього процесу).

5. Вивчення інтелекту: рівень розвитку вербального та невербального інтелекту, формування шкільних умінь та навичок, життєвої орієнтованості, можливостей розвитку інтелекту у процесі навчання.

6. Дослідження процесу мислення: пошук специфічних феноменів мислення, характерних для порушень психічного розвитку (конкретність, інертність або спотворення мислення). Вивчення процесу мислення має проводитися в усіх випадках, коли є підозра щодо порушення психічного розвитку, та незалежно від визначеного рівня розвитку інтелекту.

7. Дослідження особливостей мови: розвиток та збереження смислової, змістовної структури мови, наявність порушень у вигляді фонетичних дефектів, заїкання, недостатність функції читання та письма. Докладніше вивчення мовного розвитку дитини належить до компетенції логопеда.

8. Вивчення емоцій: переважаючий емоційний фон, наявність різних коливань емоцій, феномени страхів, тривожності взагалі та шкільної особливо, наявність схильності до концентрації негативних емоцій.

9. Дослідження особистісних особливостей: головна мотивація діяльності, самооцінка та ставлення до оточуючих, рівень домагань та його динаміка у випадку успіху та невдачі, наявність внутрішньо особистісних конфліктів та механізмів компенсації, реакції у стані фрустрації; параметри екстраверсії, нейротизму, особливості темпераменту тощо.

На підставі отриманих даних психолог може дійти таких висновків:

- чи є взагалі в даної дитини порушення психічної діяльності, чи її проблеми пов'язані тільки з недоліками мікросоціальної ситуації розвитку;
- якщо є порушення, то який тип порушень переважає в даному випадку, які механізми привели до його формування (структура первинного та вторинного дефектів, явище ретардації, асинхронії тощо);
- чи потребують виявлені феномени втручання (тобто чи є соціальна дезадаптація, чи формується вторинний дефект, стан погіршення і т.д.);

- яка зона найближчого розвитку дитини;
- хто та на якому рівні може провести корекцію порушень розвитку (варіанти: достатньо зміни виховного підходу;
- бажано змінити місце та форми навчання; необхідна консультація спеціаліста іншого профілю – лікаря, логопеда; необхідні психокорекційні та психотерапевтичні заходи).

Особливості патопсихологічного обстеження підлітків:

- звичайне обстеження;
- дослідження наявності і типу акцентуацій характеру;
- обстеження мотиваційної структури особистості;
- дослідження спрямованості особистості;
- дослідження самооцінки;
- діагностика реакції адаптації;
- діагностика порушень у формуванні потягів;
- з'ясування особистісних криз.

Для ефективного патопсихологічного обстеження дітей важливо:

- встановити хороший контакт з дитиною, вміти зацікавити дитину завданнями, задати позитивно насичений емоційний тон;
- обміркувати стиль спілкування з підлітком, а також те, як пояснити йому мету обстеження;
- мати окреме приміщення, куди не заходили б під час експерименту сторонні, де не було б яскравих предметів, що відвертатимуть увагу, бажано, щоб якомога менше проникав шум;
- обстеження проводиться індивідуально; якщо дитині менше ніж шість років, то допускається присутність матері;
- не слід проводити обстеження, якщо дитина перевтомлена або, навпаки, сильно збуджена, якщо вона голодна чи тільки-що поїла, якщо вона нездужає, відчуває біль або інші види дискомфорту;
- за необхідності повторних обстежень бажано проводити їх в один і той самий час;
- патопсихологічне обстеження дітей проводиться у формі навчаючого експерименту; якщо в дитини виникають труднощі, їй треба допомагати: це можна зробити у вигляді загальної стимуляції (підбадьорювання, похвала), організації діяльності, навідних запитань, прямої підказки, показу або навчання на матеріалі аналогічного завдання з наступним контро-

лем за перенесенням способу дії. Під час аналізу отриманих результатів слід враховувати, який вид допомоги та якою мірою був наданий дитині і наскільки ця допомога сприяла виконанню завдання;

- необхідно фіксувати вислови та емоційно-рухові прояви дитини, але оскільки спілкування психолога з дитиною має бути жвавим, безпосереднім, то не слід відволікатись під час обстеження на тривалі записи, тому інформацію треба
- здебільшого запам'ятовувати.

13.2. Роль даних про порушення розвитку дитини в оптимізації навчально-виховного процесу

Незалежно від того, хто був ініціатором патопсихологічного обстеження дитини, про його результати слід повідомити батькам (або особам, які їх замінюють). Необхідно надати батькам повну інформацію про дитину:

- її можливості та обмеження;
- перспективи подальшого розвитку;
- причини порушень психічної діяльності, їхню структуру (наприклад, які труднощі в навчанні пов'язані з органічною недостатністю нервової системи, тобто первинним дефектом, а які мають вторинний характер та спричинені педагогічною занедбаністю);
- запропонувати шляхи корекції.

Разом з батьками треба намітити подальшу програму дій, пояснити, що й для чого треба робити, як працювати з дитиною, як будувати стосунки з нею, на що звернути увагу (необхідно враховувати умови життя конкретної сім'ї, її склад, культурний рівень, матеріальні та побутові умови, щоб поради психолога не здавались батькам надмірними, не викликали почуття безпорадності та безнадійності), вирішити, що та як повідомити класному керівникові.

Приховувати результати обстеження не можна, оскільки саме на основі висновків психолога та його рекомендацій вчитель зможе правильно організувати навчально-виховний процес у класі, де навчається дитина. Якщо педагог не знає, в чому полягає справжня причина аномальної поведінки учня, він може тлумачити його дії неадекватно. Це призводить до посилення соціальної дезадаптації дитини.

Але далеко не завжди можна надавати вчителю інформацію про дитину в повному обсязі. Особливо це стосується термінів, назви діагнозу (може перетворитись на образливі прізвиська учнів).

Тому, даючи рекомендації вчителю щодо учнів з відхиленнями в психічному розвитку, краще користуватися фразами типу:

- запальний характер (замість збудливий психопат);
- досить скромні здібності (замість психічний недорозвиток);
- надто дитяче сприйняття світу (замість дисгармонійний психічний інфантілізм).

Даючи рекомендації педагогу, слід враховувати й те, як він ставиться до учня, його батьків, та, за необхідності, розпочинати коригувальну роботу з нормалізації цих стосунків.

Залежно від результатів патопсихологічного обстеження дитини психолог пропонує різні способи корекції її розвитку шляхом відповідної організації навчально-виховного процесу.

Зміна соціальної ситуації розвитку.

Навіть за відсутності первинного дефекту, спричиненого хворобливим процесом, психічний розвиток дитини може бути порушений під впливом негативних факторів мікросоціального оточення. Несприятлива сімейна атмосфера, психічна депривація призводять до психопатичного та невротичного розвитку, затримки психічного розвитку та ін. Тому коригування сімейних стосунків, формування правильного ставлення батьків до дитини є обов'язковою умовою оптимізації виховного процесу.

За наявності первинного дефекту навіть благополучна сімейна обстановка автоматично не гарантує сприятливої соціальної ситуації розвитку дитини, особливо в шкільному віці. Усвідомлення дитиною своєї неспроможності в навчальній діяльності (не може так швидко, як однокласники, виконати завдання) є психотравмувальним фактором. Якщо ж учитель та батьки починають картати дитину за погану успішність, то така соціальна ситуація розвитку призводить до формування вторинного дефекту, появи негативних особистісних якостей, психогенної шкільної дезадаптації.

Тому **корекція** у даному випадку може полягати в:

- зміні ставлення до учня;
- переведенні дитини в інший клас;

– переведенні дитини у відповідну школу: логопедичну, допоміжну, для дітей із затримкою психічного розвитку і т.д. (якщо порушення психічного розвитку значно ускладнюють навчання).

Корекція виявлених порушень психічної діяльності дитини.

Якщо в дитини виявлені відхилення в мовному розвитку, слід проконсультуватись у логопеда, дефектолога. Обов'язково направляються до психіатра діти, в яких виявлено ознаки порушеного та спотвореного розвитку, а також в усіх випадках прогресуючого погіршення будь-якого стану. При усіх видах порушені психічного розвитку бажано звертатися до спеціаліста.

Так, звертання до психолога потрібне у випадку необхідності застосування психотренінгових (розвивальних) методів, психотерапевтичних методів.

Психотренінгові (розвивальні) методи.

Якщо на основі результатів патопсихологічного обстеження і дитини констатовано недорозвиток будь-якої функції, то слід організувати спеціальне навчання, спрямоване або на розвиток цієї функції, або на формування компенсаційних механізмів. Для цього організують спеціальні психотренінгові заходи, тобто такі де під час гри, змагань або в іншій, цікавій для дитини формі діяльності, розвиваються пам'ять, увага і т. д.

Психотерапевтичні методи.

Спрямовані на корекцію порушень у формуванні особистості.

Діти з відхиленнями в особистісному розвитку потребують складної роботи психолога щодо подолання негативних стереотипів їхньої поведінки та вироблення адекватних навичок реагування

Ці методи застосовують під час надання психологічної допомоги сім'ї, в якій виховується дитина з відхиленнями в психічному розвитку.

Залежно від результатів патопсихологічного обстеження після консультації з психіатром психолог підбирає для дитини ті чи інші заходи. Наприклад, при затримці психічного розвитку: направлення до психіатра з метою вирішення питання про місце навчання; переведення учня в клас підвищеної уваги та включення до групи для психотренінгових занять з розвитку саморегуляції.

Запитання для самоперевірки

1. Що необхідно враховувати у патопсихологічному обстеженні дітей?
2. Які завдання стоять перед психологом у дослідженні психіки дитини?
3. Як саме реалізовується проблемний підхід до дослідження психіки дитини?
4. Які завдання реалізовує психолог за психодіагностичного підходу до дослідження психіки дитини?
5. У яких випадках реалізують проблемний підхід до дослідження психіки дитини?
6. У яких випадках реалізують діагностичний підхід до дослідження психіки дитини?
7. Що передбачає психологічне дослідження порушень психічної діяльності дитини молодшого та середнього шкільного віку?
8. Які висновки може робити психолог на основі даних дослідження порушень психічної діяльності дитини?
9. Що передбачає патопсихологічне обстеження підлітків?
10. Про що повинен пам'ятати психолог, проводячи патопсихологічне обстеження дітей, підлітків?
11. Яку інформацію про результати психологічного дослідження психолог повинен надати батькам?
12. Яку інформацію про результати патопсихологічного дослідження психолог має надати вчителю?
13. Чому зміна соціальної ситуації розвитку дитини важлива в оптимізації виховного процесу?
14. Як саме можна змінювати соціальну ситуацію розвитку дитини?
15. Якими методами можна реалізовувати допомогу дитині, в якій виявлено певні психічні порушення?



Лекційне заняття 11.

Тема 14. МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОРУШЕНЬ ПСИХІЧНИХ ПРОЦЕСІВ, СТАНІВ І ОСОБИСТІСНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ

- 14.1. Особливості дослідження психічних процесів і станів у дітей.
- 14.2. Патопсихологічне обстеження дітей дошкільного віку.
- 14.3. Дослідження психічних процесів дітей шкільного віку.
- 14.4. Загальна характеристика методів дослідження відхилень в особистісному розвитку дітей.

14.1. Особливості дослідження психічних процесів і станів у дітей

У межах дитячої патопсихології важливо дослідити **пізнавальні процеси**, бо вони визначають успішність навчальної діяльності дитини. Тому більшість експериментальних завдань, що пропонуються дітям, спрямовані на вивчення уваги, пам'яті, мислення, сприймання.

Перебіг **емоційно-вольових процесів** у дітей аналізується в **ході експерименту шляхом:**

- спостереження за їх поведінкою, реакціями на успіх чи невдачу;
- виходячи з даних, отриманих у ході бесіди.

- Краще користуватись **непрямими запитаннями** (якщо дитина мала, у неї не розвинуті навички самоаналізу, вона ще не може давати узагальнених оцінок явищам, і її відповіді на прямі запитання часто відображають не реальний стан речей, а бажання відгадати, чого від неї хоче дорослий; якщо ж розмова ведеться із старшими дітьми, підлітками, то вони можуть свідомо перекручувати інформацію, видаючи соціально схвалювані відповіді на особливо значущі для них запитання). Наприк-

лад, замість того, щоб запитати: «У вас дружна сім'я?», краще з'ясувати, як у сім'ї заведено проводити вільний час, як розподіляються домашні обов'язки і т. д. Або замість того, щоб запитати: «Чому ти пропускаєш уроки?», краще повести мову про те, що деякі діти прогулюють уроки, а тоді поставити запитання: «Як ти думаєш, чому?».

- Якщо з реакції дитини видно, що **тема для неї болюча**, що вона не хоче розповідати, краще **перейти до розмови про інше** (позначивши цей момент у протоколі), а потім отримати інформацію про афектогенні (болючі) зони використавши **проективні методи**.

- Теми бесід з дитиною залежать від **завдань конкретного** пато-психологічного обстеження, і повинні охоплювати **головні сфери життєдіяльності**: сім'я, школа, інтереси, позашкільне оточення, спілкування, думка дитини про себе, свої можливості, здібності. Детальніше розглядаються ті теми, які важливі для досягнення мети обстеження.

- Необхідно наперед **спланувати схему бесіди**, наприклад: симптом (тобто ознака, важлива для обстеження), у чому він проявляється, з якою інтенсивністю проявляється, як давно проявляється, як реагує на це сама дитина. Якщо ця схема буде зашифрована (наприклад, латинізована), то **підкресленням** можна легко фіксувати інформацію в ході дослідження, не привертаючи уваги дитини тривалими записами.

- Якщо з дитиною **не вдається встановити контакт**, можна запропонувати їй **розглянути малюнок, іграшку чи дати спочатку нескладне завдання**, щоб зацікавити, похвалити і таким чином зняти напруженість, скутість, тривогу, страх перед дорослим (**утрудненість чи легкість встановлення контакту** є діагностичним показником, тому ці параметри слід фіксувати у протоколі).

- У бесіді з підлітками слід **виступати в ролі співрозмовника**, який серйозно сприймає свого партнера, поважає його погляди, цікавиться його проблемами та дотримується норм етикету.

- Бесіду з підлітком слід **розпочати з пояснення мети дослідження**. Не завжди слід називати справжні причини і, звичайно, не у такій формі, яка зачіпає самоповагу дитини. Наприклад, не слід говорити, що будуть перевірятися розумові здібності учня, краще сказати, що вимірюють працездатність, рівень перевтоми у результатах навчальної діяльності, що мета дослідження – підказати нові засоби засвоєння інформації. Найкращим поясненням необхідності дослідження психічних процесів і станів у підлітків є посилання на профорієнтацію.

- Після експериментального дослідження проводиться **заключний етап бесіди** з дитиною, де психолог з'ясовує: **які завдання сподобалися дитині, а які – ні**, що було важким, а що легким, як дитина оцінює свої успіхи, як дитина себе почуває.

Протягом усього патопсихологічного дослідження використовується спостереження одночасно з використанням експериментальних методів.

Особливості проведення **спостереження** за дітьми з метою дослідження порушень у психічному розвитку:

- Інформація 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.).

- Протокол спостереження починають з **оцінювання зовнішнього вигляду** дитини:

- **особливості будови тіла** (наявність диспропорцій і фізичних вад, відповідність віку фізичному розвитку, схильність до маскулінізації (у дівчаток) чи фемінізації (у хлопчиків), надлишкова повнота чи худорлявість, тип будови тіла: астеничний, 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** дитини;

- адекватність **міміки** і **жестів**;

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

- **мовлення** дитини:

- якщо нечітко вимовляє слова, **шепелявить, гнусає**, то можна робити припущення про наявність психічного недорозвитку;

- **словниковий запас**, точність висловлювання думки, вміння будувати складні речення – усе це свідчить про міру розумового розвитку та культурного рівня дитини;
- наявність у мові дитини **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;
- інформація про **емоційно-вольові** прояви дитини:
- **темп роботи** і його зміни протягом обстеження;
- міра **наполегливості** при виконанні завдань;
- **зосередженість або відволікання**;
- як швидко з'являються ознаки **втоми**;
- чи намагається дитина **проаналізувати** завдання, що стоять перед нею, знайти різні варіанти вирішення, чи має вигляд безпорадної та розгубленої;
- як реагує на **невдачу** (чи реагує агресивно, чи звинувачує зовнішні обставини у невдачі, чи себе; чи намагається хитрувати, вгадуючи правильну відповідь, чи виправдовується та запевняє, що її помилки випадкові, чи сприймає невдачу байдуже);
- як **реагує** на підказку психолога, його зауваження та похвалу.

Діти, в яких немає порушень у розвитку психічної діяльності та відхилень у поведінці, під час обстеження поведуться серйозно, вони зібрані й активні, їм цікавий процес роботи, оцінка результатів, радіють успіху й похвалі. При невдачі засмучуються але не втрачають самовладання, намагаючись подолати труднощі.

14.2. Патопсихологічне обстеження дітей дошкільного віку

Патопсихологічне обстеження дітей дошкільного віку проводиться в **ігровій формі**. Завдання, спрямовані на виявлення рівня розвитку пізнавальних процесів, доцільно об'єднати в один ігровий сюжет.

Для цього вводять **персонажа чи ряд персонажів**, заради яких виконуються усі завдання. Персонажі беруть участь в оцінюванні діяльності дитини: радіють за правильного виконання, засмучуються за неправильного, дають поради, підказують, просять.

Порядок пропонування завдання – довільний, головне, щоб дитина не втрачала зацікавленості.

Дослідження уваги, сенсомоторної сфери та наочно-дійового мислення.

1. Дитині пропонують 10 кубиків розміром 8 см³. Показують побудовану з них «башту», «потяг», «міст».

У 3 роки: дитина сама будує «башту» з дев'яти кубиків, копіює модель «потяга» (4 кубики в ряд), будує за показом «міст» (1 кубик на 2-х).

У 3,5 роки: дитина сама копіює «міст» з моделі і виконує найпростіші завдання з кубиками Кооса, копіюючи їх із зразка, виконаного з кубиків такого самого розміру.

Після 4-х років: дитина виконує ці завдання (кубики Кооса), копіюючи із зразка, виконаного на папері в натуральну величину.

З 5-ти років: зразок – у зменшеному розмірі, норма – дитина виконує перші 6 таких завдань.

2. Завдання з геометричними формами:

- **Методика «Дошки Сегена»** (коло, трикутник, квадрат). Дитині демонструють зібрану дошку, яка потім у неї на очах «ламається». Дитину просять її «поремонтувати», знайти кожному шматку своє місце так, щоб стало усе рівненько, гладенько.

У віці 3 років дитина легко пореється з цим завданням і починає виконувати вже складніші – складання фігур з елементів.

У 4 роки – може зібрати перші три з усіх дошок Сегена, **у 5 років** – виконує усі завдання.

- **Сортування різнокольорових (3-5 кольорів) геометричних фігур** за кольором, формою. **З 4 років дитина** вже починає узагальнювати за формою та кольором не тільки спеціальний стимульний матеріал, але й вирізняє ці ознаки в будь-яких предметах.

- **Завдання:** знайти серед викладених на столі карток із зображенням знайомих предметів (30-40 карток) картку з аналогічним такому зображенням (дитині дають картку). Дитині дають картку, питають, що на ній зображено, та пропонують знайти на столі таку саму картинку. Коли вона правильно виконує завдання, обидві картки забирають з її поля зору та пропонують наступну (всього 10 проб). **У віці 3 років** дитина знаходить 5-6 зображень, **у 3,5 року** — 8-10.

Оцінювання пам'яті.

- Дитині показують набір з 10 карток із зображеннями нескладних та знайомих їй предметів. Показуючи картки по одній (2 секунди), просять назвати їх. Поклавши картки у свою руку віялом, протилежною до дитини стороною, психолог говорить: «Відгадай, які картки у мене в руці? Ті, що відгадаєш, я віддам тобі».

Після того, як дитина відгадає декілька карток, їй показують ті, що залишились, по одній та просять її знову назвати їх. За необхідності повторюють ці дії. **З 3-х років** діти вгадують 3-6 карток після шести повторів; **з 4-х років** – до 7 карток, але вже при меншій кількості повторів; **у 5 років** – 8-9 карток.

- Дитину просять виконати декілька дій підряд, наприклад, встати зі стільця, обійти навколо столу, взяти книжку, розкрити її, закрити, підійти з нею до дверей, постукати рукою в двері, відчинити їх та повернутися на місце. З віку **3-х років** дитина виконує 4-6 дій, **після 4,5 року** – усі дії.

- Дитину просять повторити фразу з 6-7 слів, потім ряд цифр (3-4 цифри). У **3 роки** дитина повторює просту фразу з 6-7 слів та сполучення з 3-х цифр. З **4-х років** повторює складні фрази та сполучення з 4-5 цифр. У **5 років** з набору 10 слів запам'ятовують 6-7.

Дослідження процесів мислення.

- Дошки Сегена, кубики Косса.
- Методика складання малюнків, спочатку розрізаних на 3-4 рівних частини, а потім – на більшу кількість частин із складнішою конфігурацією.

- Класифікація предметів за родовою і функціональною ознакою (для чого призначений), розуміння змісту сюжетних картинок.

У **3 роки** дитина правильно називає усе, що зображено на малюнку, пояснює, хто та що робить, орієнтується в часі дії.

У **4 роки** дитина чітко орієнтується ще й у порах року.

У **5 років** дитина може згрупувати малюнки за сюжетами.

За нормального розвитку дитини в **кінці дошкільного віку** такі операції мислення, як аналіз, порівняння, узагальнення вже виконуються згорнуто.

Специфічні форми прояву емоційно-вольової сфери дошкільнят:

- **ускладнюється встановлення контакту** – у дітей із підвищеним рівнем тривожності, загальмованістю, невротичними реакціями;
- **відхід від контакту** – в аутичних дітей;
- **легкість контакту**, що поєднується з поверховістю – може бути пов'язана з інтелектуальним недорозвитком;
- **відсутність реакції на похвалу** – або не розуміє змісту і значення похвали, або байдужа до оцінки дорослого;
- **різке поліпшення результативності виконання завдань після похвали** – властиве невротизованим дітям;
- **відсутність реакції на зауваження** – це ознака або зниження інтелекту (не розуміє його значення), або розбещеність (обмеження та вказівки незвичні для дитини);
- **реакції на труднощі і невдачу в діяльності:**
 - самі помічають свої невдачі («Ой!», «Неправильно», «Не так»), зосереджено переробляють завдання, намагаючись досягти правильного результату та звертаючись, за необхідності, до дорослого – в нормі;
 - починає хаотично перебирати варіанти рішень, прагне виконати завдання до кінця – невротизованість;
 - невиправдано гучний сміх або плач – у дітей з невротичними реакціями, а також у розбещених дітей;
 - рухова розгальмованість у відповідь на невдачу – наявність мінімальної мозкової дисфункції та більш серйозних церебральних порушень (швидко та неадекватно маніпулює об'єктами, втрачає мету дій і не доводить виконання завдання до кінця);
 - активна відмова від виконання завдання (агресивні дії) – при органічній збуджуваності й патохарактерологічних особливостях;
 - пасивна відмова (мовчки перериває роботу і не робить спроб виправити помилку) – у дітей з інертністю психічних процесів;
 - якщо дитина, якій більше 3-х років, постійно звертається до дорослого, питаючи, чи правильно вона виконує завдання, це може бути ознакою інфантилізму або результатом виховання за типом гіперопіки.

14.3. Дослідження психічних процесів дітей шкільного віку

Найчастіше перед шкільним психологом, який працює з 6-7-річними дітьми, стоїть **завдання** – визначити ступінь готовності дитини до навчання у школі. Якщо в процесі навчання першокласників з'ясовується, що вони не встигають засвоювати навчальну програму, то в них теж визначають **шкільну зрілість**.

Для цього **оцінюють**:

- рівень розвитку довільної уваги;
- рівень саморегуляції (вміння діяти за правилами);
- ступінь розвитку сенсомоторних зв'язків і тонкої моторики руки;
- недоліки у мовному розвитку;
- зорово-просторову орієнтацію.

Для діагностики рівня шкільної зрілості використовують такі **методики**:

- тест шкільної зрілості Керна-Йерасика;
 - методику «Будиночок»;
 - завдання, спрямовані на впізнавання, розрізнення та порівняння звуків (для оцінювання стану фонематичного сприймання);
 - методики дослідження психічних процесів:
- **обстеження уваги, темпу сенсомоторних реакцій і стану працездатності** проводиться традиційними методами: коректурна проба, лічба за Крепеліним, відрахування та віднімання чисел, пошук числа за таблицями Шульте, проби на перенесення уваги;
 - **обстеження пам'яті**: тест зорової пам'яті, тест слухової пам'яті, методика запам'ятовування 10 слів, методика піктограм (опосередковане запам'ятання);
 - **дослідження процесів мислення та рівня інтелекту**: тест Векслера, шкала інтелекту Біне-Сімона, шкала розвитку Гезелла, складання малюнків та відрізків, кубики Кооса, прогресивні матриці Равена, методики класифікації та вилучення предметів, методика «Створення аналогій» та ін.

У випадку нерівномірності показників успішності функціонування пізнавальної сфери необхідно використовувати **методи нейропсихологічної діагностики**. Наприклад:

- якщо дитина з нормально розвиненим інтелектом не може оволодіти навичками читання (**дислексія**), письма (**дисграфія**), лічби (**дискалькулія**);
- якщо дитина з нормальним станом зору та інтелекту не може зрозуміти зв'язків і співвідношення між деталями малюнка, збагнути його зміст;
- якщо дитина 4-7 років, добре розуміючи звернену до неї мову, не може говорити (при зовнішньо нормальній будові мовного апарату) і спілкується за допомогою жестів або нечленороздільних звуків (**моторна алалія**).

Причини порушення психічного розвитку:

- органічні ураження головного мозку на ранніх етапах онтогенезу;
- загальні неспецифічні розлади мозкової діяльності, що відображають дискоординацію кірково-підкіркових функціональних відношень:

а) розлади загальної нейродинаміки (виявляються у підвищеній виснаженості, порушенні темпу і рухливості психічних процесів, порушенні працездатності і т.д.);

б) порушення довільності та цілеспрямованості пізнавальної діяльності (відсутність чи нестійкість пізнавальних мотивів, нестійкість довільної уваги та контролю, труднощі планування заданої психічної операції).

I. Марковська розробила нейропсихологічну методику, призначену для дослідження порушень психічного розвитку дітей, починаючи з 7 років.

На підставі результатів за цією методикою можна скласти **індивідуальний «профіль»** нейропсихологічних характеристик дитини:

- інтенсивність (тяжкість) та екстенсивність (поширеність) порушень психічних функцій;
- визначення провідного фактора, який перешкоджає виконанню завдань, а отже і засвоєнню шкільних навичок.

Наприклад,

✓ якщо дитина з усіх завдань отримує оцінки «4» – «3», то провідним фактором є порушення нейродинаміки (тобто виснаженість, знижена працездатність, порушення темпу й рухливості нервових процесів);

✓ якщо більшість завдань дитина виконує на «4»–«5», а тільки з деяких (навіть з одного) має «2», то це свідчить про наявність порушення функцій кори головного мозку;

✓ якщо з усіх завдань дитина отримує не більше «3» балів, то це свідчить про серйозне порушення вищих форм регуляції (програмування цілісних дій та контроль за їх виконанням).

14.4. Загальна характеристика методів дослідження відхилень в особистісному розвитку дітей

Вивчаючи особистісний розвиток дитини, якій властиві відхилення в поведінці, психолог стикається з низкою **проблем**:

1) немає такого методу, який може цілком розкрити справжню сутність людини; тому, використовуючи ту чи іншу методику, **психолог отримує відомості про часткові особистісні прояви, на основі яких складає цілісне уявлення про особистість**;

2) якщо поведінка дитини відхиляється від суспільно схвалюваних норм, це може бути пов'язане з порушеннями в розвитку психіки, **зумовленими як біологічними, так і соціальними факторами**;

3) зважаючи на те, що процес становлення особистості дітей спрямовується дорослими, необхідно проводити дослідження особистості дитини у загальному контексті **соціальної ситуації її розвитку**.

У зв'язку з цим вибір методів дослідження в особистісному розвитку дитини складніший, ніж аналогічне завдання в роботі з дорослим пацієнтом.

Умовно методи дослідження особистості можна розподілити на дві групи:

а) методи інтегральної оцінки особистості дитини у контексті соціальної ситуації її розвитку:

- **проективні методи** (призначені для діагностики особистості, для них характерний глобальний підхід до оцінки особистості, істотною ознакою є використання невизначених стимулів, які досліджуваний повинен сам доповнювати, інтерпретувати, розвивати і т.д.; приклади завдань у проективних методиках: виконати малюнок на задану тему, проінтерпретувати запропоновані картинки, завершити речення і т.д.; вважається, що характер відповідей обстежуваного обумовлений особливостями його особистості, які проектується у його відповідях);

- методи спостереження;
- вивчення взаємин батьків і дітей;

б) **методи дослідження структурних компонентів особистості**, які використовуються для вивчення конкретних особистісних проявів за допомогою моделювання ситуацій, конкретних видів діяльності, застосування особистісних опитувальників та ін.

Запитання для самоперевірки

1. Чому у патопсихологічному дослідженні дітей важливо досліджувати пізнавальні процеси?
2. Яким чином досліджуються пізнавальні процеси дітей?
3. Яким чином досліджуються емоційно-вольові процеси дітей?
4. Складіть перелік рекомендацій щодо проведення бесіди з дітьми з метою з'ясування порушень у психічному розвитку.
5. У чому полягають особливості проведення спостереження за дітьми з метою дослідження порушень у психічному розвитку?
6. Назвіть методи, за допомогою яких досліджують увагу, сенсомоторну сферу та наочно-дійове мислення дошкільнят.
7. Назвіть методи, за допомогою яких досліджують пам'ять дошкільнят.
8. Назвіть методи, за допомогою яких досліджують процеси мислення дошкільнят.
9. Наведіть приклади специфічних форм прояву емоційно-вольової сфери дошкільнят.
10. Які параметри оцінюють для визначення шкільної зрілості першокласників?
11. За допомогою яких методик оцінюють шкільну зрілість?
12. Назвіть причини порушень психічного розвитку дітей шкільного віку.



Лекційне заняття 12.

Тема 15. СУЧАСНІ МЕТОДИ ПСИХОКОРЕКЦІЇ ТА КОНСУЛЬТУВАННЯ

15.1. Мета та принципи консультативно-коригуючої роботи.

15.2. Індивідуальна та групова психологічна корекція.

15.3. Види психокоригувальної допомоги при порушеннях розвитку.

15.4. Психотренінг.

15.1. Мета та принципи консультативно-коригуючої роботи

Психологові, який працює в системі освіти, часто доводиться проводити психокоригувальну роботу.

Психокорекція – метод комплексного психологічного впливу на мету, мотиви та структуру поведінки суб'єкта, а також на розвиток певних психічних функцій: пам'яті, уваги, мислення.

Головне **завдання** – навчання та тренінг, засвоєння нових навичок поведінки, спілкування, запам'ятання тощо.

Консультація – метод психологічної допомоги, мета якого – з допомогою спеціально організованого спілкування активізувати у клієнта додаткові психологічні сили та здібності, які можуть забезпечити спосіб виходу з важкої життєвої ситуації.

Види психокоригувальної роботи:

- індивідуальне психокоригування;
- групове психокоригування,
- психотренінг;
- консультативна робота із сім'єю.

Принципи консультативно-коригувальної роботи:

- відкритість для дітей;
- співпереживання дитині та цінування її;

- терплячість до сутності дитини;
- ставлення до внутрішнього світу дитини з добротою, ласкою та ніжністю;
- конфіденційність – усе, що розповідає дитина психологові в ході бесіди, не може бути повідомлене педагогам і навіть батькам дитини. Виняток – інформація має загрозливий для життя та здоров'я оточуючих характер (наприклад, підліток повідомляє про підготовку вбивства, підпалу, втечі і т.д.);
- якщо інформація торкається здоров'я самого підлітка (вагітність, венеричне захворювання, вживання наркотиків, прагнення до самогубства), бажано разом з ним прийти на консультацію до лікаря відповідного профілю та переконати підлітка розповісти про те, що сталося, батькам.

15.2. Індивідуальна та групова психологічна корекція

Індивідуальна психокорекція в найпростішому варіанті проводиться в ході психодіагностики: дитина заохочується за правильного виконання завдань, з нею разом виробляється оптимальна стратегія навчання, здійснюються спроби корекції самооцінки.

Показання для проведення:

- дошкільний вік дитини;
- наявність істотних дефектів зовнішності або тяжких соматичних захворювань;
- ситуації «швидкої допомоги» (виявлені в ході обстеження інтенсивні агресивні та аутоагресивні тенденції);
- інтимний характер проблем (потерпілі від сексуального насильства, дисморфоманії та ін.);
- кризи втрати сенсу буття;
- шизоїдна акцентуація та психопатія.

Якщо у підлітка психічне захворювання, то проводити психокорекцію психолог повинен з лікарем хворого.

Спроби психокорекції таких станів, як маячення, виражена депресія, немотивована агресія, сексуальні девіації, в умовах роботи шкільного психолога неприпустимі.

Напрями, за якими може проводитись індивідуальна психокорекція, такі.

1. Ігрова терапія (Г. Лендрет) – з дітьми 3-10 років та старшого віку за наявності в них затримки психічного розвитку або тяжких порушень спілкування. Допомагає при таких порушеннях:

- трихотиломанія (висмикування волосся);
- порушення спілкування;
- порушення емоційного стану після стресу;
- труднощі в навчанні та мовному розвитку;
- заїкання;
- висока тривожність;
- занижена самооцінка та ін.

Тривалість занять – 30-15 хв. Мета – дати можливість дитині розрядити свої переживання, дати вихід нагромадженим негативним емоціям, сформувані оптимальні навички спілкування та взаємодії.

2. Психодрама (Д. Морено) – використовується в роботі з дітьми та підлітками 10-17 років. Допомагає при:

- конфліктних ситуаціях з батьками;
- страхах;
- шкільній тривожності;
- внутрішньоособистісному конфлікті;
- нервовій анорексії;
- порушенні потягів.

Психодрама створює умови для вираження емоцій та усвідомлення можливостей по-новому оцінити ситуацію. У деяких випадках вдається змінити мотивацію поведінки або знайти нові способи досягнення мети.

3. Логотерапія (В. Франкл) – метод парадоксальної інтенції – підлітку з яким-небудь страхом чи нав'язливою ідеєю пропонують не пригнічувати його, а, навпаки, свідомо його демонструвати. Це сприяє зменшенню чи зникненню тривожності щодо такого стану, а інколи – і ліквідації самих проявів неврозу.

4. Нейролінгвістичне програмування (Р. Бендлер і Д. Гріндер) – може використовуватись у роботі з дітьми й підлітками будь-якого віку та при будь-яких формах особистісних порушень.

Неефективне при вираженій розумовій відсталості; для дітей з нормальним інтелектом може використовуватися з 4-5-річного віку. Мета – зміна набутих дитиною стереотипів спілкування, навчання більш ефективних.

Групова психокорекція – успішна при: страхах, заїканні, високій агресивності, порушеннях спілкування, неадекватній самооцінці та соціальної дезадаптації, епізодичному наркоживанні.

Протипоказання для групової психокорекції:

- наявність психічних розладів (маячення, галюцинації, недоумство);
- виражена рухова розгальмованість;
- проблеми інтимно-особистісного характеру (сексуальні порушення, пережиті психотравми тощо);
- виражена шизоїдна психопатія;
- наркоманія I–II стадії;
- активне небажання підлітка працювати у групі.

Принципи відбору до групи:

- 1) відносна однорідність групи за віком (різниця не більша 3-х років);
- 2) максимальна різnorodність з акцентуаціями;
- 3) у дошкільнят та молодших школярів можливе функціонування групи хлопчиків та дівчаток разом, у підлітків – краще окремо;
- 4) оптимальна чисельність групи – 5-10 осіб;
- 5) бажана закритість групи.

Перед початком роботи в групі обов'язково проводять ретельне патопсихологічне обстеження дітей, консультації з лікарем, який лікує дану дитину, згода самої дитини та її батьків на таку форму роботи.

15.3. Види психокоригувальної допомоги при порушеннях розвитку

Кожен тип порушень потребує специфічної психологічної корекції. Важливим завданням психолога є робота з батьками хворої дитини, оптимізація їх спілкування, надання розвиваючої допомоги дитині.

➤ При **недорозвитку з переважним порушенням функції мови** необхідна специфічна стимуляція, спрямована на використання слів та речень. Мати повинна формувати в дитини потребу спілкування. Не вар-

то негайно задовольняти кожне бажання дитини, треба дати їй можливість виразити своє прохання доступними засобами. Мати повинна сама вимовити потрібне слово, потім робиться пауза, доки дитина не повторить його. Якщо дитина робить це, мати радісно посміхається, хвалить її та задовольняє прохання. Під час ігор мати наслідує звуки, які вимовляє дитина, а потім спонукає вимовляти нові звуки та слова.

➤ При **олігофренії**— довго не формується розуміння інструкцій, зверненої до дитини мови. Усі інструкції мають бути короткими, супроводжуватись наочним показом, жестом. Виконання інструкцій треба завжди заохочувати. У навчанні мови важливо, щоб дитина розуміла значення слів. Легше вона їх засвоює на наочному показі, за можливості маніпулювати з предметом, який називається.

➤ При **затримці психічного розвитку** – за рівнем інтелекту ці діти в більшості випадків здатні засвоїти знання та вміння, відповідні їх вікові, але незрілість емоційно-вольової, мотиваційної сфери перешкоджає цьому. Усі заняття слід проводити в ігровій формі, максимально заохочувати прояви власних пізнавальних інтересів дитини, її самостійності. У молодшому шкільному віці багато хто з дітей цього типу не здатен самостійно виконувати домашні завдання, їм потрібна організуюча допомога дорослих.

Для цих дітей особливо важливим є дотримання режиму дня, розкладу підготовки до уроків, охайне робоче місце. Поступово слід зменшувати контроль та організуючу допомогу для того, щоб до 3-го класу дитина могла самостійно впоратися з домашніми завданнями, виконувати доручення дорослих – сходити до крамниці, прибрати і т.д.

Вчителям та батькам слід знати, що в дітей із затримкою психічного розвитку недостатньо сформована навчальна мотивація, а засвоєння програми масової школи може бути дуже ускладненим. Тому слід максимально заохочувати дитину за будь-які досягнення і не вимагати від неї відмінного навчання.

За необхідності можна проводити з такими дітьми психотренінгові вправи, спрямовані на розвиток уваги та пам'яті. Бажано, щоб під час цих вправ дитина інколи мінялася місцем з дорослим, виконуючи роль «тренера», «вчителя». Це допомагає їй зрозуміти специфіку навчальної діяльності, необхідність дисципліни у школі.

Вчителям та батькам слід знати, що в дітей із затримкою психічного розвитку недостатньо сформована навчальна мотивація, а засвоєння

програми масової школи може бути дуже ускладненим. Тому слід максимально заохочувати дитину за будь-які досягнення і не вимагати від неї відмінного навчання.

➤ При **органічних ураженнях центральної нервової системи** навчальна і розвиваюча функція навчання має бути спрямована на компенсацію дефекту, максимальне використання збережених можливостей психіки. Так, при порушеннях моторного розвитку дитини, церебральних паралічах проводяться масаж, стимуляція активних дій із предметами. Мати показує малюку іграшку, виконує дії, супроводжуючи їх словами та реченнями. Таким чином дитина набуває мовних вражень, у неї розвивається здатність наслідувати рухи та мову оточуючих. Але не слід спонукати таких дітей до мовлення. Інструкції типу «скажи», «повтори» можуть викликати в них спазм мускулатури, посилення мимовільних рухів.

➤ Для дітей з **порушеннями працездатності (підвищеній втомилюваності, утрудненій впрацьовуваності)** особливе значення мають психогігієнічні заходи: чіткий режим дня, достатній сон, наявність відпочинку, пауза під час виконання домашніх завдань.

➤ При **міжпівкульній дисфункції** діти потребують допомоги в ході засвоєння абстрактних, особливо математичних, понять. Тому їх важливо навчити фіксувати головне в завданні, його умову, малювати «ілюстрації» до засвоєної теми. Це дає змогу досягти більшого розуміння дитиною та допомагає дорослому проконтролювати її знання. Рекомендують також вправи психотренінгу.

➤ Діти з **викривленим психічним розвитком, раннім дитячим аутизмом** потребують спеціальної допомоги психолога, спрямованої не лише на корекцію та розвиток психіки дитини, а й формування нормальної системи стосунків дитини з батьками. Опис системи цієї роботи поданий у книгах А. Співаковської.

Основним методом корекції в роботі з такими дітьми виступають ігрові заняття. Їх мета – встановити всебічний контакт з дитиною, створити стійку спільну гру, розвинути навички спілкування.

За тяжких ступенів аутизму (I-II рівні) можна застосовувати процедуру холдингу, під час якої мати тривалий час тримає дитину обличчям до себе, долаючи її опір, лагідно розмовляючи з нею. Батьки мають враховувати схильність свої дитини до стереотипів, її жах, коли виникають зміни оточення, режиму дня.

Будь-які зміни слід запроваджувати поступово, обов'язково пояснюючи, навіщо вони. Важливо створювати умови для розвитку рухів дитини з аутизмом: драбинка, канати, гойдалки. У багатьох дітей цього типу пізно формуються навички самообслуговування; батькам слід приділяти цьому додаткову увагу, заохочуючи самостійність дитини, її побутову орієнтованість.

15.4. Психотренінг

Це комплекс вправ, спрямованих на розвиток психічних процесів: уваги, пам'яті, мислення та ін. Широко застосовується для поліпшення успішності в дітей із затримкою психічного розвитку. Заняття можуть проводитись індивідуально або в невеликих групах (3-6 чол.). Тривалість заняття 30-45 хв. Окремі вправи можна включати й у хід звичайного уроку та застосовувати в роботі вдома (з батьками). Як наочні матеріали бажано використовувати альбоми типу «Розвивайте розум дітей».

Важливим та часто застосовуваним видом психотренінгу є аутотренінг. **Аутогенне тренування** – активний метод психопрофілактики та психогієни, який підвищує можливість саморегуляції довільних функцій організму.

Аутогенне тренування з успіхом використовується при неврозах, психосоматичних захворюваннях, станах тривоги, розладах сну тощо.

Протипоказання: стан гострого психозу, порушення свідомості, низький інтелектуальний рівень, дошкільний вік дитини.

Навчання аутотренінгу проводиться переважно в групі для того, щоб її члени надалі застосовували його самостійно в міру виникнення потреби.

Заняття вимагає певного приміщення й обладнання. Приміщення має бути добре провітрюваним і теплим, ізольованим від зовнішнього шуму. Бажаним є несліпуче освітлення. Умеблювання: м'які крісла з підлокітниками та кушетка з подушками.

Бажана також наявність магнітофона або іншої музичної апаратури. Одне заняття триває 30-40 хв., курс розрахований на 9-10 занять з частотою 2-3 рази на тиждень.

Результативність аутогенного тренування вимірюється здатністю особи підтримувати бажаний бадьорий стан протягом дня і спокійно засинати ввечері.

Будь-які корекційні та тренінгові заняття може проводити психолог, який має відповідну кваліфікацію, пройшов підготовку на курсах, прослухав тренінг-семінари з обраного ним типу коригувальної роботи.

Використання методів, які включають біоенергетичний вплив або викликають зміни станів свідомості в дітей та підлітків, неприпустиме.

Запитання для самоперевірки

- 1. Які види психокоригувальної роботи здійснює психолог на основі результатів, отриманих у ході патопсихологічного дослідження?*
- 2. Яких принципів консультативно-коригувальної роботи повинен дотримуватися психолог?*
- 3. Назвіть показання для проведення індивідуальної психокорекції.*
- 4. Як саме може проводитись індивідуальне психокоригування?*
- 5. У яких випадках проводять групове психокоригування?*
- 6. Назвіть протипоказання для групового психокоригування.*
- 7. На що слід звернути увагу під час коригування в разі недорозвитку з переважним порушенням функції мови?*
- 8. На що слід звернути увагу в процесі коригування при олігофренії?*
- 9. На що слід звернути увагу у корекції при ЗПР?*
- 10. На що слід звернути увагу в процесі коригування при органічних ураженнях НС?*
- 11. На що слід звернути увагу в процесі коригування при порушеннях працездатності?*
- 12. На що слід звернути увагу в процесі коригування при міжпівкульній дисфункції?*
- 13. На що слід звернути увагу в процесі коригування при ранньому дитячому аутизмі?*
- 14. У чому суть психотренінгу?*
- 15. Чи може психолог, надаючи психологічну допомогу дітям, підліткам з порушеннями психічного розвитку, застосовувати біоенергетичний вплив?*

РОЗДІЛ 2.

ПРАКТИЧНІ ЗАНЯТТЯ



Практичне заняття 1.

Тема 1. КЛІНІЧНА ПСИХОЛОГІЯ. ОБ'ЄКТ, ПРЕДМЕТ, ЗАВДАННЯ, ПРИНЦИПИ

- 1.1. Функціональні поняття, об'єкт, предмет клінічної психології.
- 1.2. Зв'язок клінічної психології з іншими науками.
- 1.3. Методологічні принципи клінічної психології.
- 1.4. Структура патопсихологічного синдрому.

Основні поняття: клінічна психологія, об'єкт клінічної психології, предмет професійної діяльності клінічного психолога, методологія, клінічний психіатричний метод, експериментально-психологічний метод, психофізіологічний метод, патопсихологічний висновок, мета патопсихологічного дослідження, синдромальний підхід, психологічний, системний якісний аналіз, принципи патопсихологічного дослідження: системний, якісний аналіз дослідження порушень психічної діяльності, різноманітність і велика кількість методик, що використовуються у процесі дослідження, етапи психологічного дослідження, параметри патопсихологічного синдрому: оцінювання порушень мотиваційної сфери особистості, особливості афективного (або емоційного) реагування характеру особистості, операційне оснащення – збереженість інтелектуально-мнестичної діяльності, динамічний аспект діяльності.

Література:

Основна

1. Галецька І. Клініко-психологічне дослідження: навчальний посібник. Львів: ЛНУ імені Івана Франка, 2015. 242 с.
2. Ніконенко Ю.П. Клінічна психологія: навчальний посібник. Київ: КНТ, 2016. 369 с.
3. Мартинюк І.А. Патопсихологія. Практикум: [навч. посіб. для студ. вищ. навч. закладів]. Київ: Каравела, 2017. 184 с.

4. Максименко С.Д., Чуприков А.П., Рожкова Є.М. та ін. Патопсихологія: навч. посіб. Київ: КММ, 2010. 208 с.
5. Федосова Л.О. Клінічна психологія: навчальний посібник. Київ: Вид. дім «Персонал», 2013. 248 с.

Допоміжна

1. Бочелюк В.Й. Психологія людини з обмеженими можливостями: навч. посіб. Київ: Центр учбової літератури, 2011. 264 с.
2. Карпенко Н.В. Діагностика психічного розвитку в роботі педагога (вчителя, вихователя): навч. посіб. [2-ге вид.]. Київ: Каравелла, 2010. 248 с.
3. Клінічна психологія: словник-довідник / авт.-уклад. С.В. Діденко Київ: Академвидав, 2012. 320 с.
4. Максименко С.Д., Цехмістер Я.В., Коваль І.А., Максименко К.С. Медична психологія / за заг. ред. С.Д. Максименка. Київ, 2014. 520 с.
5. Панчук Н.П. Методи психологічного виходу з ситуацій, що призводять до синдрому вигорання в процесі професійної діяльності. *Психічне здоров'я персоналу освітніх організацій та його профілактика*: матеріали Всеукраїнського науково-практичного семінару, м. Кам'янець-Подільський / Подільський спеціальний навчально-реабілітаційний соціально-економічний коледж. Кафедра соціальної роботи та психології. Кам'янець-Подільський, 2020. С. 57-61.

Аудиторна робота

1. Дайте відповіді на питання.

Обговорення теоретичних питань:

1. Кваліфікаційна характеристика медичного психолога.
2. Місце медичного психолога у психології та медицині.
3. Методи дослідження в медичній психології.
4. Принципи та етапи клінічного опитування пацієнта.
5. Феноменологія клінічних виявів.
6. Феноменологічний принцип обстеження хворого.
7. Первинне інтерв'ю, психологічне консультування.

2. Практична робота.

Тема: Психологічне дослідження.

Завдання: опишіть вимоги та рекомендації до проведення психологічного дослідження хворого.

3. Підведення підсумку заняття.

4. Самостійна робота.



Практичне заняття 2.

Тема 2. ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я: НОРМА ТА ПАТОЛОГІЯ

- 2.1. Історія понять норми та патології.
- 2.2. Визначення та критерії психічного здоров'я.
- 2.3. Підходи до визначення психічної норми і патології.
- 2.4. Діагностичні принципи-альтернативи.

Основні поняття: неврози; психози; шизофренічний процес, загальне здоров'я, психічне здоров'я, критерії психічного здоров'я, норма, статистичний підхід, адаптаційний підхід, психопатологічний підхід, синдромальний підхід, гуманістичний підхід, культурально-релятивістичний підхід, рівні психічного здоров'я, принципи-альтернативи: хвороба-особистість, нозос-патос, реакція-стан-розвиток, психотичне-непсихотичне, екзогенне-ендогенне-психогенне, дефект-одужання-хроніфікація, адаптація-дезадаптація, негативне-позитивне, компенсація-декомпенсація, фаза-приступ-епізод, ремісія-рецидив-інтермісія, тотальність-парціальність, типовість-атиповість, патогенне-патопластичне, симуляція-дисимуляція-агравація.

Література:

Основна

1. Галецька І. Клініко-психологічне дослідження: навчальний посібник. Львів: ЛНУ імені Івана Франка, 2015. 242 с.
2. Ніконенко Ю.П. Клінічна психологія: навчальний посібник. Київ: КНТ, 2016. 369 с.
3. Мартинюк І.А. Патопсихологія. Практикум: [навч. посіб. для студ. вищ. навч. закладів]. Київ: Каравела, 2017. 184 с.
4. Максименко С.Д., Чуприков А.П., Рожкова Є.М. та ін. Патопсихологія: навч. посіб. Київ: КММ, 2010. 208 с.
5. Федосова Л.О. Клінічна психологія: навчальний посібник. Київ: Вид. дім «Персонал», 2013. 248 с.

Допоміжна

1. Бочелюк В.Й. Психологія людини з обмеженими можливостями: навч. посіб. Київ: Центр учбової літератури, 2011. 264 с.
2. Карпенко Н.В. Діагностика психічного розвитку в роботі педагога (вчителя, вихователя): навч. посіб. [2-ге вид.]. Київ: Каравелла, 2010. 248 с.

3. Клінічна психологія: словник-довідник / авт.-уклад. С.В. Діденко Київ: Академвидав, 2012. 320 с.
4. Максименко С.Д., Цехмістер Я.В., Коваль І.А., Максименко К.С. Медична психологія / за заг. ред. С.Д. Максименка. Київ, 2014. 520 с.
5. Панчук Н.П. Методи психологічного виходу з ситуацій, що призводять до синдрому вигорання в процесі професійної діяльності. *Психічне здоров'я персоналу освітніх організацій та його профілактика*: матеріали Всеукраїнського науково-практичного семінару, м. Кам'янець-Подільський / Подільський спеціальний навчально-реабілітаційний соціально-економічний коледж. Кафедра соціальної роботи та психології. Кам'янець-Подільський, 2020. С. 57-61.

Аудиторна робота

1. Дайте відповіді на питання.

Обговорення теоретичних питань:

1. Принципи розрізнення психологічних феноменів та психопатологічних симптомів.
2. Діагностичні принципи-альтернативи.
3. Хвороба–особистість.
4. Нозос–патос.
5. Реакція–стан–розвиток.
6. Психотичне–непсихотичне.
7. Екзогенне–психогенне–ендогенне.
8. Дефект–одужання–хроніфікація.
9. Адаптація–дезадаптація.
10. Компенсація–декомпенсація.
11. Негативне–позитивне.

2. Практична робота.

Тема: Підходи до визначення психічної норми і патології

Завдання: складіть таблицю і заповніть її для надання характеристики підходів до визначення психічної норми і патології. Самостійно визначте критерії, на основі яких будете проводити порівняльну характеристику.

Критерій	Порівняльна характеристика	
	норма	патологія

3. Підведення підсумку заняття.

4. Самостійна робота.



Практичне заняття 3.

Тема 5. ВСТУП ДО ПАТОПСИХОЛОГІЇ: ПРЕДМЕТ І ЗАВДАННЯ, ПРИНЦИПИ

5.1. Загальне поняття про патопсихологію, її завдання та значення.

5.2. Поняття про психічну патологію.

5.3. Зв'язок патопсихології з іншими галузями наукового знання та практики.

5.4. Принципи патопсихологічних досліджень.

Основні поняття: патопсихологія; завдання патопсихології; ознаки психічної патології, принципи вітчизняних патопсихологічних досліджень: психологічний експеримент повинен давати можливість досліджувати психічні порушення як порушення діяльності; принцип якісного аналізу особливостей протікання психічних процесів хворого; характер порушень може бути оцінений у комплексі з даними цілісного патопсихологічного дослідження; патопсихологічне дослідження здійснюється за допомогою таких експериментальних завдань, які можуть актуалізувати розумові операції, якими користується людина у своїй життєдіяльності, мотиви, які спонукають цю діяльність; виявляти не лише структуру змінених, а й збережених, форм психічної діяльності хворого; слід враховувати ставлення хворого до досліду; велика кількість методик; патопсихологічне обстеження дітей не повинно обмежуватися встановленням якісної характеристики психічних порушень, а має виявляти потенційні можливості дитини.

Література:

Основна

1. Галецька І. Клініко-психологічне дослідження: навчальний посібник. Львів: ЛНУ імені Івана Франка, 2015. 242 с.
2. Ніконенко Ю.П. Клінічна психологія: навчальний посібник. Київ: КНТ, 2016. 369 с.
3. Мартинюк І.А. Патопсихологія. Практикум: [навч. посіб. для студ. вищ. навч. закладів]. Київ: Каравела, 2017. 184 с.
4. Максименко С.Д., Чуприков А.П., Рожкова Є.М. та ін. Патопсихологія: навч. посіб. Київ: КММ, 2010. 208 с.

5. Федосова Л.О. Клінічна психологія: навчальний посібник. Київ: Вид. дім «Персонал», 2013. 248 с.

Допоміжна

1. Бочелюк В.Й. Психологія людини з обмеженими можливостями: навч. посіб. Київ: Центр учбової літератури, 2011. 264 с.
2. Карпенко Н.В. Діагностика психічного розвитку в роботі педагога (вчителя, вихователя): навч. посіб. [2-ге вид.]. Київ: Каравелла, 2010. 248 с.
3. Клінічна психологія: словник-довідник / авт.-уклад. С.В. Діденко Київ: Академвидав, 2012. 320 с.
4. Максименко С.Д., Цехмістер Я.В., Коваль І.А., Максименко К.С. Медична психологія / за заг. ред. С.Д. Максименка. Київ, 2014. 520 с.
5. Панчук Н.П. Методи психологічного виходу з ситуацій, що призводять до синдрому вигорання в процесі професійної діяльності. *Психічне здоров'я персоналу освітніх організацій та його профілактика*: матеріали Всеукраїнського науково-практичного семінару, м. Кам'янець-Подільський / Подільський спеціальний навчально-реабілітаційний соціально-економічний коледж. Кафедра соціальної роботи та психології. Кам'янець-Подільський, 2020. С. 57-61.

Аудиторна робота

1. Дайте відповіді на питання.

Обговорення теоретичних питань:

1. Дайте визначення патопсихології.
2. Що вивчає патопсихологія?
3. У чому полягає завдання патопсихології?
4. У чому полягає значення патопсихології для психології?
5. У чому полягає значення патопсихології для медичної практики?
6. Назвіть ознаки психічної патології.
7. З якими науками пов'язана патопсихологія?
8. Поясніть зв'язок патопсихології з педагогікою.
9. Назвіть основні принципи патопсихологічних досліджень.
10. Поясніть, чому патопсихологічне дослідження повинно давати можливість виявляти не лише структуру змінених, а її збережених форм психічної діяльності хворого?
11. Чому в патопсихологічному дослідженні використовують багато методик?
12. Для фахівців якого профілю важливі знання патопсихології

2. Практична робота.

3. Підведення підсумку заняття.

4. Самостійна робота.



Практичне заняття 4.

Тема 6. ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ТА РОЗЛАДІВ ПІЗНАВАЛЬНИХ ПСИХІЧНИХ ПРОЦЕСІВ

- 6.1. Розлади відчуття.
- 6.2. Розлади сприймання.
- 6.3. Розлади уваги.
- 6.4. Порушення пам'яті.

Основні поняття: анестезія; гіпоестезія; гіперестезія; парестезії; ілюзії; галюцинації; ейдетизм; сенестопатії; агнозії; соматоagnoзія; дереалізаційні розлади; деперсоналізація; синдром Аліси в країні чудес; порушення сприймання часу; слабкість активної уваги; підвищена зосередженість уваги; відвертання уваги; синдром дефіциту уваги; амнезії; часткові порушення пам'яті; парамнезії; закон формування мнестичних розладів рібо; диссоціативна амнезія; дисоціативна fuga; органічний дисоціативний розлад особистості; антероградна амнезія; корсаківський амнестичний синдром; деменції; хвороба Альцгеймера.

Література:

Основна

1. Галецька І. Клініко-психологічне дослідження: навчальний посібник. Львів: ЛНУ імені Івана Франка, 2015. 242 с.
2. Ніконенко Ю.П. Клінічна психологія: навчальний посібник. Київ: КНТ, 2016. 369 с.
3. Мартинюк І.А. Патопсихологія. Практикум: [навч. посіб. для студ. вищ. навч. закладів]. Київ: Каравела, 2017. 184 с.
4. Максименко С.Д., Чуприков А.П., Рожкова Є.М. та ін. Патопсихологія: навч. посіб. Київ: КММ, 2010. 208 с.
5. Федосова Л.О. Клінічна психологія: навчальний посібник. Київ: Вид. дім «Персонал», 2013. 248 с.

Допоміжна

1. Бочелюк В.Й. Психологія людини з обмеженими можливостями: навч. посіб. Київ: Центр учбової літератури, 2011. 264 с.

2. Карпенко Н.В. Діагностика психічного розвитку в роботі педагога (вчителя, вихователя): навч. посіб. [2-ге вид.]. Київ: Каравелла, 2010. 248 с.
3. Клінічна психологія: словник-довідник / авт.-уклад. С.В. Діденко Київ: Академвидав, 2012. 320 с.
4. Максименко С.Д., Цехмістер Я.В., Коваль І.А., Максименко К.С. Медична психологія / за заг. ред. С.Д. Максименка. Київ, 2014. 520 с.
5. Панчук Н.П. Методи психологічного виходу з ситуацій, що призводять до синдрому вигорання в процесі професійної діяльності. *Психічне здоров'я персоналу освітніх організацій та його профілактика*: матеріали Всеукраїнського науково-практичного семінару, м. Кам'янець-Подільський / Подільський спеціальний навчально-реабілітаційний соціально-економічний коледж. Кафедра соціальної роботи та психології. Кам'янець-Подільський, 2020. С. 57-61.

Аудиторна робота

1. Дайте відповіді на питання.

Обговорення теоретичних питань:

1. Назвіть розлади відчуттів та поясніть прояв кожного з них.
2. Назвіть основні розлади сприймання.
3. Чим відрізняються ілюзії від галюцинацій?
4. Опишіть види ілюзій.
5. Назвіть види галюцинацій.
6. Опишіть суть ейдетизму, сенестопатій, агнозій, соматоagnoзій.
7. Назвіть і опишіть види дереалізаційних розладів сприймання.
8. У чому полягає відмінність деперсоналізації від соматоagnoзії?
9. До якого виду розладів сприймання належить синдром Аліси у країні чудес?
10. Опишіть види порушень сприймання часу.
11. Назвіть та поясніть види патології уваги.
12. Чим можна пояснити те, що на сьогодні патологічні прояви уваги вивчені недостатньо?
13. Опишіть синдром дефіциту уваги.
14. Назвіть основні розлади пам'яті.
15. Поясніть суть амнезії та назвіть її основні види.
16. Поясніть суть часткових порушень пам'яті.
17. Опишіть види парамнезій.
18. У чому полягає закон формування мнестичних розладів Рібо?
19. Які види розладів пам'яті можна виділити за причинами їх виникнення?
20. Опишіть види дисоціативних розладів пам'яті.

21. Опишіть порушення пам'яті, викликані фізіологічними причинами.

2. Практична робота.

Тема: Характеристика психічних захворювань та розладів пізнавальних психічних процесів.

Завдання 1: Опишіть синдром дефіциту уваги.

Завдання 2: Опишіть порушення пам'яті, викликані фізіологічними причинами.

3. Підведення підсумку заняття.

4. Самостійна робота.



Практичне заняття 5.

Тема 7. ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ТА РОЗЛАДІВ ПІЗНАВАЛЬНИХ ПСИХІЧНИХ ПРОЦЕСІВ

7.1. Розлади мислення.

7.2. Розлади інтелекту.

Основні поняття: мовлення; мова; акустичний аналізатор, кінестетичний аналізатор; порушення розвитку мовлення: затримка мовленнєвого розвитку (ЗМР); загальний недорозвиток мовлення; алалія, розпад мовлення: афазія, порушення вимовної функції мовлення: дизартрія, дислалія, порушення ритму мовлення: заїкання, порушення комунікативної функції мовлення: мутизм, розлади настрою: ейфорія, дисфорія, депресія, емоційна лабільність; афект, розлади афектів: патологічний афект, страх, види фобій: агарофобія, клаустрофобія, соціофобії, нозофобії, контрастні нав'язливості, тривога, слабодухість, неадекватність емоцій, апатія, туга, відчуття втрати почуттів, амбівалентність, алекситимія, ангедонія, синдроми розладу емоцій, афективні синдроми: 1) маніакальний синдром, 2) депресивний синдром; види недорозвитку емоцій: 1) загальний недорозвиток емоцій, 2) парціальний недорозвиток емоцій; розлади волі: незрілості і недорозвитку волі, надмірної активності, гіпобулія, парабулія, амбітендентність, розлади потягу: послаблення і посилення харчового потягу, послаблення і посилення статевого потягу, перекручення потягу: розлад інстинкту самозбереження, перекручення статевого потягу (перверзії): гомосексуалізм, трансвестизм, ексгібіціонізм, садизм, мазохізм, педофілія, некрофілія, зоофілія (скотолозтво), фетишизм; імпульсивні потяг і дії; види потягу: піроманія, kleptomанія, дромоманія; розлади психомоторики: недорозвиток психомоторики; гіпокінезії, гіперкінезії; ехопраксії; ехолалії; ехомімії; паракінезії, гіперкінези.

Література:

Основна

1. Галецька І. Клініко-психологічне дослідження: навчальний посібник. Львів: ЛНУ імені Івана Франка, 2015. 242 с.

2. Ніконенко Ю.П. Клінічна психологія: навчальний посібник. Київ: КНТ, 2016. 369 с.
3. Мартинюк І.А. Патопсихологія. Практикум: [навч. посіб. для студ. вищ. навч. закладів]. Київ: Каравела, 2017. 184 с.
4. Максименко С.Д., Чуприков А.П., Рожкова Є.М. та ін. Патопсихологія: навч. посіб. Київ: КММ, 2010. 208 с.
5. Федосова Л.О. Клінічна психологія: навчальний посібник. Київ: Вид. дім «Персонал», 2013. 248 с.

Допоміжна

1. Бочелюк В.Й. Психологія людини з обмеженими можливостями: навч. посіб. Київ: Центр учбової літератури, 2011. 264 с.
2. Карпенко Н.В. Діагностика психічного розвитку в роботі педагога (вчителя, вихователя): навч. посіб. [2-ге вид.]. Київ: Каравелла, 2010. 248 с.
3. Клінічна психологія: словник-довідник / авт.-уклад. С.В. Діденко Київ: Академвидав, 2012. 320 с.
4. Максименко С.Д., Цехмістер Я.В., Коваль І.А., Максименко К.С. Медична психологія / за заг. ред. С.Д. Максименка. Київ, 2014. 520 с.
5. Панчук Н.П. Методи психологічного виходу з ситуацій, що призводять до синдрому вигорання в процесі професійної діяльності. *Психічне здоров'я персоналу освітніх організацій та його профілактика*: матеріали Всеукраїнського науково-практичного семінару, м. Кам'янець-Подільський / Подільський спеціальний навчально-реабілітаційний соціально-економічний коледж. Кафедра соціальної роботи та психології. Кам'янець-Подільський, 2020. С. 57-61.

Аудиторна робота

1. Дайте відповіді на питання.

Обговорення теоретичних питань:

1. Назвіть основні порушення мовлення.
2. Охарактеризуйте порушення розвитку мовлення.
3. Охарактеризуйте розпад мовлення.
4. Охарактеризуйте порушення вимовної функції мовлення.
5. Назвіть та охарактеризуйте розлади настрою.
6. Назвіть та охарактеризуйте розлади афектів.
7. Перелічіть види розладів емоцій.
8. Поясніть, що таке фобія. Опишіть види фобій.
9. Назвіть та опишіть синдроми розладу емоцій.
10. Назвіть та опишіть види недорозвитку емоцій.
11. Назвіть та опишіть розлади волі.
12. Охарактеризуйте розлади психомоторики.

2. Практична робота.

Тема: Ситуаційні завдання.

Завдання 1: Хвора на запитання лікаря: «Як ви себе почуваете?» відповіла: «Дивлячись, що ви розумієте під словом «почуваете». Якщо ви маєте на увазі відчуття, що йдуть від моїх внутрішніх органів, то вам необхідно проаналізувати результати моїх параклінічних досліджень. Якщо ви маєте на увазі мій психічний стан, то ви можете це зрозуміти по виразу мого обличчя».

Яке порушення мислення у хворої?

Завдання 2: Хворому 23 роки. Народився з допомогою акушерських щипців. З перших днів відставав в психомоторному розвитку. До 9 років мав енурез. Не зміг засвоїти програму допоміжної школи. Жив під опікою батьків, виконуючи просту роботу по дому. Місяць тому виник стан психомоторного збудження зі злобністю, агресією, сексуальним потягом до матері. При експериментально-психологічному дослідженні за методикою Векслера: IQ=30.

1. Вкажіть рівень інтелектуального недорозвитку.

2. Як називається таке збудження?

3. Підведення підсумку заняття.

4. Самостійна робота.



Практичне заняття 6.

Тема 8. ПОРУШЕННЯ МОВЛЕННЯ, ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ ТА ВОЛІ

- 8.1. Порухення мовлення.
- 8.2. Порухення емоційної сфери.
- 8.3. Порухення волі.

Основні поняття: мовлення; мова; акустичний аналізатор, кінестетичний аналізатор; порушення розвитку мовлення: затримка мовленнєвого розвитку (ЗМР); загальний недорозвиток мовлення; алалія, розпад мовлення: афазія, порушення вимовної функції мовлення: дизартрія, дислалія, порушення ритму мовлення: заїкання, порушення комунікативної функції мовлення: мутизм, розлади настрою: ейфорія, дисфорія, депресія, емоційна лабільність; афект, розлади афектів: патологічний афект, страх, види фобій: агарофобія, клаустрофобія, соціофобії, нозофобії, контрастні нав'язливості, тривога, слабодухість, неадекватність емоцій, апатія, туга, відчуття втрати почуттів, амбівалентність, алекситимія, ангедонія, синдроми розладу емоцій, афективні синдроми: 1) маніакальний синдром, 2) депресивний синдром; види недорозвитку емоцій: 1) загальний недорозвиток емоцій, 2) парціальний недорозвиток емоцій; розлади волі: незрілості і недорозвитку волі, надмірної активності, гіпобулія, парабулія, амбітендентність, розлади потягу: послаблення і посилення харчового потягу, послаблення і посилення статевого потягу, перекручення потягу: розлад інстинкту самозбереження, перекручення статевого потягу (перверзії): гомосексуалізм, трансвестизм, ексгібіціонізм, садизм, мазохізм, педофілія, некрофілія, зоофілія (скотолозтво), фетишизм; імпульсивні потяг і дії; види потягу: піроманія, kleptomанія, дроманія; розлади психомоторики: недорозвиток психомоторики; гіпокінезії, гіперкінезії; ехопраксії; ехолалії; ехомімії; паракінезії, гіперкінези.

Література:

Основна

1. Галецька І. Клініко-психологічне дослідження: навчальний посібник. Львів: ЛНУ імені Івана Франка, 2015. 242 с.
2. Ніконенко Ю.П. Клінічна психологія: навчальний посібник. Київ: КНТ, 2016. 369 с.
3. Мартинюк І.А. Патопсихологія. Практикум: [навч. посіб. для студ. вищ. навч. закладів]. Київ: Каравела, 2017. 184 с.
4. Максименко С.Д., Чуприков А.П., Рожкова Є.М. та ін. Патопсихологія: навч. посіб. Київ: КММ, 2010. 208 с.
5. Федосова Л.О. Клінічна психологія: навчальний посібник. Київ: Вид. дім «Персонал», 2013. 248 с.

Допоміжна

1. Бочелюк В.Й. Психологія людини з обмеженими можливостями: навч. посіб. Київ: Центр учбової літератури, 2011. 264 с.
2. Карпенко Н.В. Діагностика психічного розвитку в роботі педагога (вчителя, вихователя): навч. посіб. [2-ге вид.]. Київ: Каравелла, 2010. 248 с.
3. Клінічна психологія: словник-довідник / авт.-уклад. С.В. Діденко Київ: Академвидав, 2012. 320 с.
4. Максименко С.Д., Цехмістер Я.В., Коваль І.А., Максименко К.С. Медична психологія / за заг. ред. С.Д. Максименка. Київ, 2014. 520 с.
5. Панчук Н.П. Методи психологічного виходу з ситуацій, що призводять до синдрому вигорання в процесі професійної діяльності. *Психічне здоров'я персоналу освітніх організацій та його профілактика*: матеріали Всеукраїнського науково-практичного семінару, м. Кам'янець-Подільський / Подільський спеціальний навчально-реабілітаційний соціально-економічний коледж. Кафедра соціальної роботи та психології. Кам'янець-Подільський, 2020. С. 57-61.

Аудиторна робота

1. Дайте відповіді на питання.

Обговорення теоретичних питань:

1. Назвіть основні порушення мовлення.
2. Охарактеризуйте порушення розвитку мовлення.
3. Охарактеризуйте розпад мовлення.
4. Охарактеризуйте порушення вимовної функції мовлення.
5. Назвіть та охарактеризуйте розлади настрою.
6. Назвіть та охарактеризуйте розлади афектів.
7. Перелічіть види розладів емоцій.
8. Поясніть, що таке фобія. Опишіть види фобій.

9. Назвіть та опишіть синдроми розладу емоцій.
10. Назвіть та опишіть види недорозвитку емоцій.
11. Назвіть та опишіть розлади волі.
12. Охарактеризуйте розлади психомоторики.

2. Практична робота.

Тема: Ситуаційні завдання.

Завдання 1: У породіллі після пологів, розвинувся післяпологовий психоз. Вона постійно сумна, задумана, відмовляється від їжі, лежить в ліжку, відвернувшись до стіни.

Яку загрозу для життя пацієнтки Ви повинні запідозрити? Обґрунтуйте свою відповідь

3. Підведення підсумку заняття.

4. Самостійна робота.



Практичне заняття 7.

Тема 9. РОЗЛАДИ СВІДОМОСТІ

9.1. Загальна характеристика свідомості, ознаки розладів свідомості та самосвідомості.

9.2. Характеристика основних станів порушеної свідомості.

Основні поняття: свідомість, самосвідомість, критерії затьмареної свідомості беруть: 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; розлади свідомості: приглушений стан свідомості, деліріозне затьмарення свідомості, онейроїдний (сновидний) стан свідомості, сутінковий стан свідомості; розлади самосвідомості: псевдодеменція, деперсоналізація.

Література:

Основна

1. Галецька І. Клініко-психологічне дослідження: навчальний посібник. Львів: ЛНУ імені Івана Франка, 2015. 242 с.
2. Ніконенко Ю.П. Клінічна психологія: навчальний посібник. Київ: КНТ, 2016. 369 с.
3. Мартинюк І.А. Патопсихологія. Практикум: [навч. посіб. для студ. вищ. навч. закладів]. Київ: Каравела, 2017. 184 с.
4. Максименко С.Д., Чуприков А.П., Рожкова Є.М. та ін. Патопсихологія: навч. посіб. Київ: КММ, 2010. 208 с.
5. Федосова Л.О. Клінічна психологія: навчальний посібник. Київ: Вид. дім «Персонал», 2013. 248 с.

Допоміжна

1. Бочелюк В.Й. Психологія людини з обмеженими можливостями: навч. посіб. Київ: Центр учбової літератури, 2011. 264 с.
2. Карпенко Н.В. Діагностика психічного розвитку в роботі педагога (вчителя, вихователя): навч. посіб. [2-ге вид.]. Київ: Каравелла, 2010. 248 с.
3. Клінічна психологія: словник-довідник / авт.-уклад. С.В. Діденко Київ: Академвидав, 2012. 320 с.

4. Максименко С.Д., Цехмістер Я.В., Коваль І.А., Максименко К.С. Медична психологія / за заг. ред. С.Д. Максименка. Київ, 2014. 520 с.
5. Панчук Н.П. Методи психологічного виходу з ситуацій, що призводять до синдрому вигорання в процесі професійної діяльності. *Психічне здоров'я персоналу освітніх організацій та його профілактика*: матеріали Всеукраїнського науково-практичного семінару, м. Кам'янець-Подільський / Подільський спеціальний навчально-реабілітаційний соціально-економічний коледж. Кафедра соціальної роботи та психології. Кам'янець-Подільський, 2020. С. 57-61.

Аудиторна робота

1. Дайте відповіді на питання.

Обговорення теоретичних питань:

1. На основі яких характеристик оцінюється свідомість людини?
2. Порушення яких ознак самосвідомості веде до психічної патології?
3. Що є критеріями порушеної свідомості?
4. Назвіть стани порушеної свідомості.
5. Охарактеризуйте приглушений стан свідомості.
6. Охарактеризуйте делірій.
7. Охарактеризуйте сутінковий стан свідомості.
8. Назвіть розлади самосвідомості.
9. Охарактеризуйте псевдодеменцію.
10. Охарактеризуйте деперсоналізацію.

2. Практична робота.

Тема: Ситуаційні завдання.

Завдання 1: Хворому 33 роки. Заявляє, що він знаходиться одночасно в психіатричній лікарні і на космічному кораблі. Вчора став відчувати припливи яскравих уявлень: бачив «дві великі планети – білу і червону, літав з американцями на Місяць, там дуже сильний мороз». Хворий інколи був повністю сконцентрований на своїх внутрішніх переживаннях, інколи з охотою розповідав про них.

Який синдром порушення свідомості розвинувся у хворого? Охарактеризуйте ознаки.

3. Підведення підсумку заняття.

4. Самостійна робота.



Практичне заняття 8.

Тема 10. РОЗЛАДИ ОСОБИСТОСТІ

10.1. Структура особистості.

10.2. Порушення опосередкованості та ієрархії мотивів.

10.3. Порушення смислоутворення.

10.4. Порушення підконтрольності поведінки.

Основні поняття: формування патологічно зміненої потреби, мотиви, спонукальна та смислотвірна функції, порушення смислоутворення, порушення підконтрольності поведінки

Література:

Основна

1. Галецька І. Клініко-психологічне дослідження: навчальний посібник. Львів: ЛНУ імені Івана Франка, 2015. 242 с.
2. Ніконенко Ю.П. Клінічна психологія: навчальний посібник. Київ: КНТ, 2016. 369 с.
3. Мартинюк І.А. Патопсихологія. Практикум: [навч. посіб. для студ. вищ. навч. закладів]. Київ: Каравела, 2017. 184 с.
4. Максименко С.Д., Чуприков А.П., Рожкова Є.М. та ін. Патопсихологія: навч. посіб. Київ: КММ, 2010. 208 с.
5. Федосова Л.О. Клінічна психологія: навчальний посібник. Київ: Вид. дім «Персонал», 2013. 248 с.

Допоміжна

1. Бочелюк В.Й. Психологія людини з обмеженими можливостями: навч. посіб. Київ: Центр учбової літератури, 2011. 264 с.
2. Карпенко Н.В. Діагностика психічного розвитку в роботі педагога (вчителя, вихователя): навч. посіб. [2-ге вид.]. Київ: Каравелла, 2010. 248 с.
3. Клінічна психологія: словник-довідник / авт.-уклад. С.В. Діденко Київ: Академвидав, 2012. 320 с.
4. Максименко С.Д., Цехмістер Я.В., Коваль І.А., Максименко К.С. Медична психологія / за заг. ред. С.Д. Максименка. Київ, 2014. 520 с.
5. Панчук Н.П. Методи психологічного виходу з ситуацій, що призводять до синдрому вигорання в процесі професійної діяльності. *Психічне здоров'я персоналу освітніх організацій та його профілактика*: матеріали Всеукраїнського науково-практичного семінару, м. Кам'янець-Подільський / Подільський спеціальний на-

вчально-реабілітаційний соціально-економічний коледж. Кафедра соціальної роботи та психології. Кам'янець-Подільський, 2020. С. 57-61.

Аудиторна робота

1. Дайте відповіді на питання.

Обговорення теоретичних питань:

1. Назвіть види порушень особистості.
2. У чому проявляється порушення опосередкованості та ієрархії мотивів?
3. Що таке провідний мотив? Яка його роль?
4. У чому полягає значення додаткових мотивів?
5. Поясніть, як може формуватися патологічно змінена потреба.
6. Що веде за собою зміна ієрархії мотивів та їх опосередкованості?
7. Які функції виконують мотиви?
8. До чого веде послаблення і викривлення функцій мотиву?
9. Поясніть суть порушення смислоутворення як розладу особистості.
10. У чому проявляється порушення підконтрольності поведінки

2. Практична робота.

Тема: Ситуаційні завдання.

Завдання 1: Наведіть приклад формування патологічно зміненої потреби. Охарактеризуйте.

Завдання 2: Поясніть суть порушення смислоутворення як розладу особистості.

3. Підведення підсумку заняття.

4. Самостійна робота.



Практичне заняття 9.

Тема 11. ПАТОПСИХОЛОГІЧНИЙ РОЗВИТОК ЯК ФАКТОР ДЕВІАНТНОЇ ПОВЕДІНКИ

- 11.1. Поняття про девіантну поведінку
- 11.2. Типи девіантної поведінки
- 11.3. Причини формування девіантної поведінки
- 11.4. Форми вияву девіантної поведінки

Основні поняття: пристосування, боротьба (протидія), хворобливе протистояння, втеча від реальності, ігнорування, девіантна поведінка, адиктивна поведінка, «втеча в тіло», «втеча в роботу», «втеча в контакти або самотність», «втеча в фантазії», патохарактерологічний тип девіантної поведінки, психопатологічний тип девіантної поведінки, девіації, зумовлені гіперздібностями людини, агресія, аутоагресія, психопатичні синдроми: депресивний, іпохондричний, дисморфобічний, вербальний імперативний галюциноз, маячення; зловживання речовинами, які зумовлюють стани зміненої психічної діяльності (алкоголізм, наркоманії, токсикоманії), порушення їстівної поведінки (переїдання, голодування), нервова анорексія, нервова булімія, сексуальні девіації (відхилення), сексуальні перверзії або парафілії, вектор інтенсивності фідії (сила лібідо): гіперсексуальність, асексуальна поведінка; вектор спрямованості – партнерства: педофілія, ефедофілія, геронтофілія; вектор спрямованості сексуального потягу на інший об'єкт: зоофілія, некрофілія, фетишизм, нарцисизм (аутоеротизм); вектор засобу реалізації потягу: садизм, мазохізм, садомазохізм, ексгібіціонізм, кандаулезизм, вуайеризм, мастурбація, онанізм; вектор тілесного образу: гомосексуалізм, трансвестизм подвійної ролі, транссексуалізм; надцінні психологічні захоплення: («трудоголізм», гемблінг, колекціонування, «параноя здоров'я», фанатизм; надцінні психопатологічні захоплення: «філософська інтоксикація», сутяжництво і кверулянство; розлади потягів: kleptomania, dromomania, піроманія; патологічні звичні дії і дійства: яктація, оніхофагія, смоктання пальця, трихотиломанія; характерологічні і патохарактерологічні реакції: еманси-

пації, групування, опозиції, компенсації, гіперкомпенсації; комунікативні девіації: аутизація, гіперкомунікативність, конформізм, псевдологія, нарцисична поведінка; вроджені комунікативні девіації (вади): недорозвиток потреб і засобів спілкування, частковий недорозвиток комунікацій і спілкування, спотворення або відсутність потреб і засобів спілкування – ранній дитячий аутизм (РДА); набуті комунікативні девіації: тотальний розпад психіки і з цієї причини – порушення комунікації людини, психогенно-зумовлені комунікативні девіації, часткове психогенно-зумовлене порушення засобів спілкування; адаптаційні (патохарактерологічні) реакції та стани: парааутистична реакція, аморальна поведінка, неестетична поведінка; клінічні прояви РДА: первинний аутизм, порушення соціальної перцепції, своєрідний недорозвиток комунікативної функції мовлення, спотворення і недорозвиток емоцій, «симптом тотожності», негативізм, рівень розвитку когнітивної сфери не завжди можна визначити, особливо у спілкуванні, але в них розвинутий пошуково-дослідницький рефлекс.

Література:

Основна

1. Галецька І. Клініко-психологічне дослідження: навчальний посібник. Львів: ЛНУ імені Івана Франка, 2015. 242 с.
2. Ніконенко Ю.П. Клінічна психологія: навчальний посібник. Київ: КНТ, 2016. 369 с.
3. Мартинюк І.А. Патопсихологія. Практикум: [навч. посіб. для студ. вищ. навч. закладів]. Київ: Каравела, 2017. 184 с.
4. Максименко С.Д., Чуприков А.П., Рожкова Є.М. та ін. Патопсихологія: навч. посіб. Київ: КММ, 2010. 208 с.
5. Федосова Л.О. Клінічна психологія: навчальний посібник. Київ: Вид. дім «Персонал», 2013. 248 с.

Допоміжна

1. Бочелюк В.Й. Психологія людини з обмеженими можливостями: навч. посіб. Київ: Центр учбової літератури, 2011. 264 с.
2. Карпенко Н.В. Діагностика психічного розвитку в роботі педагога (вчителя, вихователя): навч. посіб. [2-ге вид.]. Київ: Каравелла, 2010. 248 с.
3. Клінічна психологія: словник-довідник / авт.-уклад. С.В. Діденко Київ: Академвидав, 2012. 320 с.
4. Максименко С.Д., Цехмістер Я.В., Коваль І.А., Максименко К.С. Медична психологія / за заг. ред. С.Д. Максименка. Київ, 2014. 520 с.
5. Панчук Н.П. Методи психологічного виходу з ситуацій, що призводять до синдрому вигорання в процесі професійної діяльності. *Психічне здоров'я персоналу*

освітніх організацій та його профілактика: матеріали Всеукраїнського науково-практичного семінару, м. Кам'янець-Подільський / Подільський спеціальний навчально-реабілітаційний соціально-економічний коледж. Кафедра соціальної роботи та психології. Кам'янець-Подільський, 2020. С. 57-61.

Аудиторна робота

1. Дайте відповіді на питання.

Обговорення теоретичних питань:

1. Дайте визначення девіантної поведінки.
2. На основі чого оцінюють девіантну поведінку?
3. Опишіть способи взаємодії індивіда з реальністю.
4. Назвіть типи девіантної поведінки.
5. Опишіть суть делінквентної поведінки.
6. Дайте визначення адиктивної поведінки.
7. Поясніть причини виникнення адиктивної поведінки.
8. Опишіть людину, схильну до адиктивної поведінки.
9. Як проявляється патохарактерологічний тип девіантної поведінки?
10. Чим зумовлений патохарактерологічний тип девіантної поведінки?
11. Чим відрізняється психопатологічний тип девіантної поведінки від патохарактерологічного?
12. Як проявляється психопатологічний тип девіантної поведінки?
13. Різновидом якого типу девіантної поведінки є аутодеструктивна поведінка?
14. Як проявляються девіації, зумовлені гіперздібностями людини?
15. Назвіть причини формування девіантної поведінки.
16. Перелічіть форми вияву девіантної поведінки.
17. Опишіть порушення їстівної поведінки.
18. Охарактеризуйте аномалії сексуальної поведінки. Вкажіть, за якими векторами сексуальної орієнтації виділяють девіації сексуальної поведінки.
19. Опишіть девіації сексуальної поведінки за вектором інтенсивності фідії.
20. Опишіть різні види перверзій за вектором спрямованості – партнерства.
21. Опишіть різні види перверзій за вектором спрямованості сексуального потягу на інший об'єкт.
22. Опишіть різні види перверзій за вектором засобу реалізації потягу.

23. Опишіть різні види перверзій за вектором тілесного образу.
24. Які парафілії відносять до сексуальних злочинів?
25. У чому суть надцінних психологічних захоплень?
26. Назвіть надцінні психопатологічні захоплення.
27. У чому проявляються розлади потягів?
28. Поясніть суть комунікативних девіацій.
29. Назвіть патологічні звичні дії і дійства, що є формою прояву девіантної поведінки.
30. Назвіть патохарактерологічні реакції, що є формою прояву девіантної поведінки.

2. Практична робота.

Тема: Ситуаційні завдання

Завдання 1: Дівчина 17 років. Надає перевагу чоловічому одягу, па-
лить, голос грубий, дружить тільки з хлопцями, дівчат зневажає. Зверну-
лась до лікарів з проханням направити її на операцію по зміні статі: «Я
ніколи не відчувала себе жінкою, я ненавиджу жіночий одяг, ненавиджу
своє ім'я».

Визначте вектор сексуальної орієнтації, назвіть перверзію та дайте її
характеристику. Дайте обґрунтовану відповідь

3. Підведення підсумку заняття.

4. Самостійна робота.



Практичне заняття 10.

Тема 13. ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ПРИ РОЗЛАДАХ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ

13.1. Принципи побудови патопсихологічного обстеження дітей.

13.2. Роль даних про порушення розвитку дитини в оптимізації навчально-виховного процесу.

Основні поняття: первинні симптоми, вторинні симптоми, проблемний підхід до дослідження психіки дитини, психодіагностичний підхід до дослідження психіки, схема психологічного дослідження порушень психічної діяльності дитини молодшого та середнього шкільного віку, особливості патопсихологічного обстеження підлітків.

Література:

Основна

1. Галецька І. Клініко-психологічне дослідження: навчальний посібник. Львів: ЛНУ імені Івана Франка, 2015. 242 с.
2. Ніконенко Ю.П. Клінічна психологія: навчальний посібник. Київ: КНТ, 2016. 369 с.
3. Мартинюк І.А. Патопсихологія. Практикум: [навч. посіб. для студ. вищ. навч. закладів]. Київ: Каравела, 2017. 184 с.
4. Максименко С.Д., Чуприков А.П., Рожкова Є.М. та ін. Патопсихологія: навч. посіб. Київ: КММ, 2010. 208 с.
5. Федосова Л.О. Клінічна психологія: навчальний посібник. Київ: Вид. дім «Персонал», 2013. 248 с.

Допоміжна

1. Бочелюк В.Й. Психологія людини з обмеженими можливостями: навч. посіб. Київ: Центр учбової літератури, 2011. 264 с.
2. Карпенко Н.В. Діагностика психічного розвитку в роботі педагога (вчителя, вихователя): навч. посіб. [2-ге вид.]. Київ: Каравелла, 2010. 248 с.

3. Клінічна психологія: словник-довідник / авт.-уклад. С.В. Діденко Київ: Академвидав, 2012. 320 с.
4. Максименко С.Д., Цехмістер Я.В., Коваль І.А., Максименко К.С. Медична психологія / за заг. ред. С.Д. Максименка. Київ, 2014. 520 с.
5. Панчук Н.П. Методи психологічного виходу з ситуацій, що призводять до синдрому вигорання в процесі професійної діяльності. *Психічне здоров'я персоналу освітніх організацій та його профілактика*: матеріали Всеукраїнського науково-практичного семінару, м. Кам'янець-Подільський / Подільський спеціальний навчально-реабілітаційний соціально-економічний коледж. Кафедра соціальної роботи та психології. Кам'янець-Подільський, 2020. С. 57-61.

Аудиторна робота

1. Дайте відповіді на питання.

Обговорення теоретичних питань:

1. Що необхідно враховувати у патопсихологічному обстеженні дітей?
2. Які завдання стоять перед психологом у дослідженні психіки дитини?
3. Як саме реалізовується проблемний підхід до дослідження психіки дитини?
4. Які завдання реалізовує психолог за психодіагностичного підходу до дослідження психіки дитини?
5. У яких випадках реалізують проблемний підхід до дослідження психіки дитини?
6. У яких випадках реалізують діагностичний підхід до дослідження психіки дитини?
7. Що передбачає психологічне дослідження порушень психічної діяльності дитини молодшого та середнього шкільного віку?
8. Які висновки може робити психолог на основі даних дослідження порушень психічної діяльності дитини?
9. Що передбачає патопсихологічне обстеження підлітків?
10. Про що повинен пам'ятати психолог, проводячи патопсихологічне обстеження дітей, підлітків?
11. Яку інформацію про результати психологічного дослідження психолог повинен надати батькам?
12. Яку інформацію про результати патопсихологічного дослідження психолог має надати вчителю?
13. Чому зміна соціальної ситуації розвитку дитини важлива в оптимізації виховного процесу?

14. Як саме можна змінювати соціальну ситуацію розвитку дитини?

15. Якими методами можна реалізовувати допомогу дитині, в якій виявлено певні психічні порушення?

2. Практична робота.

Тема: Особливості патопсихологічного обстеження дітей

Завдання: Складіть пам'ятку психологу для ефективного патопсихологічного обстеження дітей

3. Підведення підсумку заняття.

4. Самостійна робота.



Практичне заняття 11.

Тема 14. МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОРУШЕНЬ ПСИХІЧНИХ ПРОЦЕСІВ, СТАНІВ І ОСОБИСТІСНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ

14.1. Особливості дослідження психічних процесів і станів у дітей.

14.2. Патопсихологічне обстеження дітей дошкільного віку.

14.3. Дослідження психічних процесів дітей шкільного віку.

14.4. Загальна характеристика методів дослідження відхилень в особистісному розвитку дітей.

Основні поняття: непрямі запитання, схема бесіди, спостереження, спеціальна карта-схема, індивідуальний «профіль», проєктивні методи.

Література:

Основна

1. Галецька І. Клініко-психологічне дослідження: навчальний посібник. Львів: ЛНУ імені Івана Франка, 2015. 242 с.
2. Ніконенко Ю.П. Клінічна психологія: навчальний посібник. Київ: КНТ, 2016. 369 с.
3. Мартинюк І.А. Патопсихологія. Практикум: [навч. посіб. для студ. вищ. навч. закладів]. Київ: Каравела, 2017. 184 с.
4. Максименко С.Д., Чуприков А.П., Рожкова Є.М. та ін. Патопсихологія: навч. посіб. Київ: КММ, 2010. 208 с.
5. Федосова Л.О. Клінічна психологія: навчальний посібник. Київ: Вид. дім «Персонал», 2013. 248 с.

Допоміжна

1. Бочелюк В.Й. Психологія людини з обмеженими можливостями: навч. посіб. Київ: Центр учбової літератури, 2011. 264 с.
2. Карпенко Н.В. Діагностика психічного розвитку в роботі педагога (вчителя, вихователя): навч. посіб. [2-ге вид.]. Київ: Каравелла, 2010. 248 с.
3. Клінічна психологія: словник-довідник / авт.-уклад. С.В. Діденко Київ: Академвидав, 2012. 320 с.
4. Максименко С.Д., Цехмістер Я.В., Коваль І.А., Максименко К.С. Медична психологія / за заг. ред. С.Д. Максименка. Київ, 2014. 520 с.

5. Панчук Н.П. Методи психологічного виходу з ситуацій, що призводять до синдрому вигорання в процесі професійної діяльності. *Психічне здоров'я персоналу освітніх організацій та його профілактика*: матеріали Всеукраїнського науково-практичного семінару, м. Кам'янець-Подільський / Подільський спеціальний навчально-реабілітаційний соціально-економічний коледж. Кафедра соціальної роботи та психології. Кам'янець-Подільський, 2020. С. 57-61.

Аудиторна робота

1. Дайте відповіді на питання.

Обговорення теоретичних питань:

1. Чому у патопсихологічному дослідженні дітей важливо досліджувати пізнавальні процеси?
2. Яким чином досліджуються пізнавальні процеси дітей?
3. Яким чином досліджуються емоційно-вольові процеси дітей?
4. Складіть перелік рекомендацій щодо проведення бесіди з дітьми з метою з'ясування порушень у психічному розвитку.
5. У чому полягають особливості проведення спостереження за дітьми з метою дослідження порушень у психічному розвитку?
6. Назвіть методи, за допомогою яких досліджують увагу, сенсомоторну сферу та наочно-дійове мислення дошкільнят.
7. Назвіть методи, за допомогою яких досліджують пам'ять дошкільнят.
8. Назвіть методи, за допомогою яких досліджують процеси мислення дошкільнят.
9. Наведіть приклади специфічних форм прояву емоційно-вольової сфери дошкільнят.
10. Які параметри оцінюють для визначення шкільної зрілості першокласників?
11. За допомогою яких методик оцінюють шкільну зрілість?
12. Назвіть причини порушень психічного розвитку дітей шкільного віку.

2. Практична робота.

Тема: Діагностика готовності дитини до навчання у школі.

Завдання:

- 1) проведіть, будь ласка, з дитиною з 6-7-річного віку діагностику рівня шкільної зрілості, використовуючи будь-яку методику:

- тест шкільної зрілості Керна-Йірасика;
- методику «Будиночок»;
- завдання, спрямовані на впізнавання, розрізнення та порівняння звуків (для оцінювання стану фонематичного сприймання);
- методики дослідження психічних процесів.

2) подайте результати та напишіть висновок

Тема: Клінічна бесіда (інтерв'ю)

Клінічна бесіда (інтерв'ю) – це метод одержання інформації про індивідуально-психологічні властивості особистості, психологічні феномени та психопатологічні симптоми і синдроми, внутрішню картину хвороби пацієнта та структуру проблеми клієнта, а також спосіб психологічного впливу на людину, який здійснюється безпосередньо на основі особистісного контакту психолога та клієнта.

Функції інтерв'ю: діагностична та терапевтична.

Принципи клінічного інтерв'ю: однозначність, точність та доступність формулювань питань, адекватність, послідовність (алгоритмізованість), гнучкість, неупередженість опитування, перевірка одержаної інформації.

Тривалість: 50-60 хвилин.

Структура клінічного інтерв'ю

I етап. Встановлення «довірчої дистанції». Ситуативна підтримка, надання гарантій конфіденційності, визначення домінуючих мотивів проведення інтерв'ю.

II етап. Виявлення скарг (пасивне та активне інтерв'ю), оцінка внутрішньої картини – концепції хвороби; структурування проблеми.

III етап. Оцінка бажаного результату інтерв'ю та терапії, визначення суб'єктивної моделі здоров'я пацієнта та бажаного психічного статусу.

IV етап. Оцінка антиципаційних здібностей пацієнта, обговорення можливих варіантів завершення захворювання (при його виявленні) та терапії, антиципаційний тренінг.

ПЛАН ПРОВЕДЕННЯ ІНТЕРВ'Ю

(за Голдберг Д., Бенджамін С., Крід Ф. Психіатрія і медичній практиці.
Київ: Сфера, 1999. С. 16-44).

1. Встановлення контакту з клієнтом.

Доброго ранку, _____. Мене звати _____. Я студент-психолог, працюю разом з лікарем _____. Він доручив мені оглянути Вас, розпитати про хворобу, через яку Ви потрапили до лікарні. Вам підходить цей час, щоб поговорити зі мною? Чи можу я поставити Вам ряд питань щодо Вас. Хотілось би почати з того, щоб попросити розповісти про хворобу, яка привела Вас до лікарні. Мені потрібно робити короткі записи під час Вашої розповіді, але усі записи, які я зроблю, залишаться конфіденційними та будуть зберігатися разом з іншими вашими медичними документами.

Додаткові питання:

- 1. Мені потрібно знати, у якій послідовності все це відбувалося з Вами. Що негативне Ви помітили на самому початку?*
- 2. А що відбулося після цього?*
- 3. Як це вплинуло на Ваше здоров'я?*
- 4. Я б хотів повернутися до цієї теми дещо пізніше. Чи не могли б Ви спочатку розказати проте, як Ви себе почуваєте?*
- 5. Ви говорите, що у Вас з'явився біль у грудях. Чи не моли б Ви його описати?*
- 6. Як Ви спали?*
- 7. Опишіть мені точно Ваші запаморочення.*
- 8. Кілька хвилин тому Ви згадали, що були у пригніченому настрої. Ви могли б розповісти про це детальніше?*

2. Зовнішній вигляд та поведінка.

Опис, реакція на лікаря, рухова активність.

Клієнт (ім'я) – огрядна жінка середнього віку, не користується косметикою. При знайомстві ледве потисла руку та уникала контакту очей, але проявила готовність до співробітництва. Вона повільно йшла до кабінету психолога, після чого протягом усієї бесіди сиділа на стільці в одній і тій же позі майже нерухомо, за виключенням жестів: вона заламувала руки та стискала долоні, ніби потираючи їх одна об одну, особливо коли говорила про свою хворобу.

3. Мовлення.

Темп, кількісна оцінка, плавність, адекватність.

Мовлення повільне. Відповідям на питання передували відносно короткі паузи. Спонтанно говорить мало, за виключенням скарг на своє соматичне здоров'я. Однак на поставлені питання відповідала зв'язно та по суті. Ознак формальних розладів мислення немає.

4. Настрій.

Суб'єктивна оцінка настрою клієнтом, дані об'єктивного спостереження; реактивність вегетативної нервової системи.

Описує свій настрій таким чином: «Останнім часом настрої у мене дещо понизився». Вважає, що жити варто, хоча б «заради своєї сім'ї». Протягом майже усієї бесіди виглядала сумною та напруженою, плакала, але кілька разів посміхнулася, адекватно реагуючи на ситуацію.

5. Зміст мислення.

Стурбованість, хворобливі думки, патологічна впевненість.

Описує, що її постійно непокоять сумні думки про матір. Кілька разів згадувала про те, що нещодавно з'явилися болі у грудній клітці і в кінці бесіди запитала, чи не може це бути «серцевий напад». Висловлювала ідеї самозвинувачення: «Якби я робила більше для своєї матері, то вона ю довше прожила». На питання про те, що конкретно вона могла зробити, але не зробила, відповідає негативно, однак ця впевненість дуже стійка. Інших порушень мислення немає. Суїцидні думки заперечує.

6. Сприймання.

Ілюзії, галюцинації, деперсоналізація.

У відповідь на прямо поставлені питання клієнтка зізналась, що після смерті матері три або чотири рази (на її думку) чула голос покійної, яка зверталась до неї. «Це, напевно, моя уява, але тоді все здавалося реальністю» (можливо, у клієнтки були слухові галюцинації). Інших розладів сприймання у хворої не спостерігалось.

7. Функції інтелекту.

▪ Орієнтування (час і місце).

«Вівторок, близько десятої ранки, листопад 1997 року; щодо числа я не впевнена – здається, 26?» (правильно, за виключенням числа – 28).

«У психіатричному відділенні лікарні» (правильно).

▪ Увага та концентрація (перерахування днів тижня у прямому та місяців року у зворотному порядку; послідовне віднімання по сім із ста або по три з двадцяти).

Протягом усієї бесіди у цілому уважна, за виключенням тих моментів, коли занурюється у думки про своє здоров'я.

«Неділя, субота, п'ятниця, четвер, середа, вівторок, понеділок» (говорить повільно, з паузами до 25 секунд).

«Грудень, листопад, жовтень, вересень ... вересень, серпень, липень, березень ... Ні ... де я зупинилась?.. Вибачте» (40 секунд).

«100, 93, 86, 80, 73, 65, 60 ... Ви сказали – по сім від ста? 60, 50 ... Ні – 53, 45 ... Ні, вибачте» (4 помилки, 2 хвилини, 10 секунд).

«20, 17, 14, 11, 9, 7,5 ... Ні, неправильно» (25 секунд).

▪ Запам'ятовування та короткочасна пам'ять (пам'ять на події останнього часу; цифровий ряд, фрази Станфорд-Біне; ім'я, адреса та квітка).

Дослідження не проводилося, оскільки є явні ознаки порушення уваги.

▪ Довготривала пам'ять (опис подій раннього періоду життя; п'ять міст; всесвітньо відомі діячі, світові війни).

Детально та послідовно розповідає про дитинство та юність.

Називає міста.

Знає, як звать президента та прем'єр-міністра, але не може згадати їх попередників.

Дати світових війн: 1914-1918, 1939-1945.

▪ Інтелектуальні здібності (оцінюються за даними анамнезу життя).

Вірогідно, середні, виходячи з одержаної шкільної освіти та виконання роботи, яка не потребує високого рівня кваліфікації.

8. Усвідомлення захворювання (критичне ставлення до свого стану).

Природа захворювання, його причини, відповідне лікування.

«Цей біль у серці ... Я не думаю, що це психічне захворювання ... Як Ви вважаєте, чи не потрібно мені знову зробити ЕКГ? Можливо, у мене децю знизився настрій після смерті матері».

9. Резюме.

Отже, Ви, мені здається почували себе добре до тих пір, доки три тижні тому раптово не померла Ваша матір. Ви багато плакали у день її смерті, а у подальшому прийшли до переконання, що вона не померла б, якби ВИ більше зробили для неї. У день похорон у Вас з'явився сильний біль у грудях, яка з того часу то проходила, то знову з'являлася. Це тупий біль, точно під лівою груддю. Він, напевно, підсилюється, коли Ви багато плачете, але Вам не стає легше після відпочинку, а аспірин також не допомагає. Після смерті матері Ви стали дуже мало їсти, оскільки втратили апетит і втратили у вазі. Ви важко засинаєте, а протягом останнього тижня просинаєтесь зранку на три години раніше, ніж зазвичай. У Вас з'явилося відчуття, що Ви не схожі на себе. За Вашими словами, на Вас ніби опустилася хмара та покрила все навколо.

10. Реакція психолога на хворого.

Почуття, які викликає хворий. Хто контролював хід бесіди. Наявність труднощів у формуванні взаємовідносин.

3. Підведення підсумку заняття.

4. Самостійна робота.



Практичне заняття 12.

Тема 15. СУЧАСНІ МЕТОДИ ПСИХОКОРЕКЦІЇ ТА КОНСУЛЬТУВАННЯ

- 15.1. Мета та принципи консультативно-коригуючої роботи.
- 15.2. Індивідуальна та групова психологічна корекція.
- 15.3. Види психокорекційної допомоги при порушеннях розвитку.
- 15.4. Психотренінг.

Основні поняття: психокорекція, консультування, види психокорекційної роботи: індивідуальна психокорекція; групова психокорекція, психотренінг; консультативна робота із сім'єю; принципи консультативно-коригувальної роботи: відкритість для дітей; співпереживання дитині та цінування її; терплячість до сутності дитини; ставлення до внутрішнього світу дитини з добротою, ласкою та ніжністю; конфіденційність; індивідуальна психокорекція, ігрова терапія, психодрама, логотерапія, нейролінгвістичне програмування, групова психокорекція; принципи відбору до групи: 1) відносна однорідність групи за віком; 2) максимальна різноманітність з акцентуаціями; 3) у дошкільнят та молодших школярів можливе функціонування групи хлопчиків та дівчаток разом, у підлітків – краще окремо; 4) оптимальна чисельність групи; 5) бажана закритість групи, психотренінг, аутогенне тренування.

Література:

Основна

1. Галецька І. Клініко-психологічне дослідження: навчальний посібник. Львів: ЛНУ імені Івана Франка, 2015. 242 с.
2. Ніконенко Ю.П. Клінічна психологія: навчальний посібник. Київ: КНТ, 2016. 369 с.
3. Мартинюк І.А. Патопсихологія. Практикум: [навч. посіб. для студ. вищ. навч. закладів]. Київ: Каравела, 2017. 184 с.
4. Максименко С.Д., Чуприков А.П., Рожкова Є.М. та ін. Патопсихологія: навч. посіб. Київ: КММ, 2010. 208 с.
5. Федосова Л.О. Клінічна психологія: навчальний посібник. Київ: Вид. дім «Персонал», 2013. 248 с.

Допоміжна

1. Бочелюк В.Й. Психологія людини з обмеженими можливостями: навч. посіб. Київ: Центр учбової літератури, 2011. 264 с.
2. Карпенко Н.В. Діагностика психічного розвитку в роботі педагога (вчителя, вихователя): навч. посіб. [2-ге вид.]. Київ: Каравелла, 2010. 248 с.
3. Клінічна психологія: словник-довідник / авт.-уклад. С.В. Діденко Київ: Академвидав, 2012. 320 с.
4. Максименко С.Д., Цехмістер Я.В., Коваль І.А., Максименко К.С. Медична психологія / за заг. ред. С.Д. Максименка. Київ, 2014. 520 с.
5. Панчук Н.П. Методи психологічного виходу з ситуацій, що призводять до синдрому вигорання в процесі професійної діяльності. *Психічне здоров'я персоналу освітніх організацій та його профілактика*: матеріали Всеукраїнського науково-практичного семінару, м. Кам'янець-Подільський / Подільський спеціальний навчально-реабілітаційний соціально-економічний коледж. Кафедра соціальної роботи та психології. Кам'янець-Подільський, 2020. С. 57-61.

Аудиторна робота

1. Дайте відповіді на питання.

Обговорення теоретичних питань:

1. Які види психокоригувальної роботи здійснює психолог на основі результатів, отриманих у ході патопсихологічного дослідження?
2. Яких принципів консультативно-коригувальної роботи повинен дотримуватися психолог?
3. Назвіть показання для проведення індивідуальної психокорекції.
4. Як саме може проводитись індивідуальне психокоригування?
5. У яких випадках проводять групове психокоригування?
6. Назвіть протипоказання для групового психокоригування.
7. На що слід звернути увагу під час коригування в разі недорозвитку з переважним порушенням функції мови?
8. На що слід звернути увагу в процесі коригування при олігофренії?
9. На що слід звернути увагу у корекції при ЗПР?
10. На що слід звернути увагу в процесі коригування при органічних ураженнях НС?
11. На що слід звернути увагу в процесі коригування при порушеннях працездатності?
12. На що слід звернути увагу в процесі коригування при міжпівкульній дисфункції?
13. На що слід звернути увагу в процесі коригування при ранньому дитячому аутизмі?

14. У чому суть психотренінгу?

15. Чи може психолог, надаючи психологічну допомогу дітям, підліткам з порушеннями психічного розвитку, застосовувати біоенергетичний вплив?

2. Практична робота.

Тема: Аутогенне тренування, як активний метод психопрофілактики та психогієни, який підвищує можливість саморегуляції довільних функцій організму.

Завдання: розробіть пам'ятку для проведення навчання аутотренінгу.

3. Підведення підсумку заняття.

4. Самостійна робота.



ПРОГРАМА ДО ЕКЗАМЕНУ

1. Функціональні поняття, об'єкт, предмет клінічної психології.
2. Зв'язок клінічної психології з іншими науками.
3. Методологічні принципи клінічної психології.
4. Структура патопсихологічного синдрому.
5. Історія понять норми та патології.
6. Визначення та критерії психічного здоров'я.
7. Підходи до визначення психічної норми і патології.
8. Діагностичні принципи-альтернативи.
9. Класифікація психосоматичних розладів за Е. Блейлер.
10. Комунікативна компетентність у лікувальній взаємодії.
11. Види спілкування психолога і пацієнта.
12. Мотиви взаємодії психолога і пацієнта.
13. Загальне поняття про патопсихологію, її завдання та значення.
14. Поняття про психічну патологію.
15. Зв'язок патопсихології з іншими галузями наукового знання та практики.
16. Принципи патопсихологічних досліджень.
17. Розлади відчуття.
18. Розлади сприймання.
19. Розлади уваги.
20. Порушення пам'яті.
21. Порушення мовлення.
22. Порушення емоційної сфери.
23. Порушення волі.

24. Загальна характеристика свідомості, ознаки розладів свідомості.
25. Характеристика основних станів порушеної свідомості.
26. Загальна характеристика свідомості, ознаки розладів самосвідомості.
27. Порушення опосередкованості та ієрархії мотивів.
28. Порушення смислоутворення.
29. Порушення підконтрольності поведінки.
30. Поняття про девіантну поведінку як фактор патопсихологічного розвитку.
31. Типи девіантної поведінки як фактору патопсихологічного розвитку.
32. Причини формування девіантної поведінки як фактору патопсихологічного розвитку.
33. Форми вияву девіантної поведінки як фактору патопсихологічного розвитку.
34. Принципи побудови патопсихологічного обстеження дітей.
35. Роль даних про порушення розвитку дитини в оптимізації навчально-виховного процесу.
36. Особливості дослідження психічних процесів і станів у дітей.
37. Патопсихологічне обстеження дітей дошкільного віку.
38. Дослідження психічних процесів дітей шкільного віку.
39. Загальна характеристика методів дослідження відхилень в особистісному розвитку дітей.
40. Мета та принципи консультативно-корекційної роботи.
41. Індивідуальна та групова психологічна корекція.
42. Види психокоригувальної допомоги при порушеннях розвитку.



ГЛОСАРІЙ

Абулія – відсутність вольової активності, часто поєднується з моторною загальмованістю (ступором) або аутизмом (повною німотою).

Агарофобія – страх відкритих просторів (наприклад, страх переходу вулиць, якими рухається потік машин чи натовп людей; людину лякає не сам відкритий простір, а те, що вона може втратити свідомість, знепритомніти і бути затоптаною людьми чи збитою машиною у несвідомому стані).

Агнозії – розлади впізнавання. Це невпізнання знайомих образів (слухових, зорових, просторових), 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 впізнавання слів.

Агресія – фізична або вербальна поведінка, спрямована на завдання шкоди кому-небудь. Може виявлятися у *прямій формі* (людина виказує погрози або виявляє агресію в дії) та *непрямій* (виявляє негативне ставлення до іншої людини з особистою неприязню).

Адаптаційні (патохарактерологічні) реакції та стани: парааутистична реакція – проявляється в тому, що людина під впливом психотравмуючої ситуації або штучного обмеження контактів втрачає потреби у спілкуванні через спотворення мотивів комунікацій. При цьому вторинно блокуються засоби спілкування – мовлення, міміка, рухи. Реакція пасивного протесту теж призводить до обмеження комунікацій. При депресивному стані в основі загальмування потреби у спілкуванні лежить розлад емоцій – депресія.

Адаптаційні (патохарактерологічні) реакції та стани: аморальна поведінка. Аморальною називають поведінку, що проявляється у вигляді

ді дій та діяльності, результати яких об'єктивно суперечать моральним нормам незалежно від оцінки їх особистістю, яка їх чинить.

Адаптаційні (патохарактерологічні) реакції та стани: неестетична поведінка. Це поведінка людини, яка не наслідує законів прекрасного, духовного тощо. У патології така поведінка може траплятись у дементних хворих або в олігофренів.

Адаптація – це процес пристосування організму чи особистості до змінених умов і вимог навколишнього середовища.

Активність – рівень спонукань до діяльності (наприклад, за ендогенної депресії людина розуміє, що потрібно щось робити, але не в змозі це виконувати).

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 (зона Брока);

Алалія сенсорна – не розуміє мовних сигналів і мовлення не розвивається (зона Верніке).

Алалія сенсомоторна – і те, і друге.

Алекситимія – утруднення чи нездатність точно описати власні емоційні переживання (людина намагається пояснити свій стан на прикладах, порівняннях, але адекватно їх сформулювати не може).

Амбівалентність – формування суджень, виходячи з різних принципів, співіснування думок і асоціацій, які взаємно виключаються.

Амбівалентність – одночасне співіснування протилежних почуттів.

Амбітендентність – одночасно наявні активні дії та відмова від них.

Амнезії види: ретроградна – порушення пам'яті, при якому неможливо відтворити інформацію, набуту до епізоду порушення свідомості, що виник з людиною.

Амнезії види: антероградна – труднощі відтворення стосуються часу після епізоду порушеної свідомості.

Амнезії види: антероретроградна – порушення пам'яті, при якому неможливо відтворити інформацію, набуту до та після епізоду порушення свідомості.

Анестезія – втрата здатності відчувати різні види подразнень, поширюється, як правило, на тактильну, больову та температурну чутливість.

Ангедонія – втрата людиною почуття радості, задоволення.

Апатія – хвороблива байдужість, відсутність емоцій. При цьому емоційні реакції або не виникають, або слабо виражені. Поєднується із звичайною втратою активності, ініціативи, повною бездіяльністю.

Аномалії сексуальної поведінки (девіації і перверзії): **сексуальні девіації** (відхилення) – це будь-яке кількісне або якісне відхилення від сексуальної норми. При цьому діагностичні критерії відхилень у сексуальній поведінці людини дуже складні та суперечливі.

Аномалії сексуальної поведінки (девіації і перверзії): **сексуальні перверзії** або **парафілії** – це сексуальні відхилення, які не відповідають критеріям сексуальної норми, спотворюють її за морально-етичними нормами і законами суспільства та кваліфікуються як правопорушення або злочини.

Анорексія – зниження чи відсутність апетиту (втрата бажання споживати їжу), відмова від їжі.

Асексуальна поведінка – людина знижує значущість і цінність сексуального життя або відкидає її суттєвість повністю і виключає із свого життя дії, спрямовані на сексуальні контакти.

Асексуальність – біологічна (імпотенція, хромосомні розлади) та психологічна (імпотенція), або при шизоїдній та астенічній (залежні) акцентуаціях.

Аутоагресія – агресія, спрямована на себе (фізична і вербальна).

Аутогенне тренування – активний метод психопрофілактики та психогієни, який підвищує можливість саморегуляції довільних функцій організму.

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:

Афазія моторна – характерна неспроможність до висловлення, побудови слів і речень (виражена *апраксія*), труднощі у відтворенні рухової програми мовлення;

Афазія акустико-гностична – порушення розуміння мови, її фонетики, предметності слова – хворий шукає слова для висловлення думки;

Афазія акустико-мнестична – порушення розуміння мови, дисоціація між відносно збереженою здатністю повторення окремих слів і порушення можливості повторення 3-4 слів – втрачається можливість сприйняття складних фраз; порушення експресивного мовлення, підбору речень, порушення читання і письма;

Афазія семантична – виникають специфічні мнестичні розлади – не може підібрати необхідне слово; важко скласти складні за змістом та граматичною побудовою речення, паралельно – порушення операцій лічби.

Афект патологічний – 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.

Безладність – порушується логічний і граматичний зв'язок у реченнях; це проявляється невпорядкованим поєднанням окремих слів «земля... чоботи... пішов дощ... вперед»; безладність мислення частіше поєднується з розладами свідомості.

Булімія – підвищення (посилення) харчового потягу проявляється підвищеним апетитом і почуттям голоду.

Булімія нервова – це напади переїдання, що виникають періодично, неможливість навіть короткий час бути без їжі та надмірна занепокоєність контролем за масою свого тіла.

Вектор засобу реалізації потягу: садистська поведінка – проявляється у прагненні отримати сексуальне задоволення шляхом нанесення больової або психологічної агресивної дії.

Вектор засобу реалізації потягу: мазохізм – відбувається зворотний процес – людина прагне бути приналежною, що призводить до оргазму.

Вектор засобу реалізації потягу: ексгібіціонізм – досягнення сексуального задоволення шляхом демонстрації своїх статевих органів або свого сексуального життя.

Вектор засобу реалізації потягу: вуайеризм – форма девіантної сексуальної поведінки, при якій сексуальну насолоду людина отримує при підгляданні (або підслухуванні) за роздягненими людьми або ставивими актами (секс по телефону).

Вектор засобу реалізації потягу: мастурбація, онанізм – це самореалізація статевого потягу через стимуляцію своїх статевих органів різними способами.

Вектор спрямованості сексуального потягу на інший об'єкт розрізняють такі перверзії: **некрофілія** – сексуальний потяг, або швидше реалізація його при використанні мертвого тіла (у моргах – олігофрени, алкоголіки, психопати).

Вектор спрямованості сексуального потягу на інший об'єкт: розрізняють такі перверзії: **нарцисизм (аутоеротизм)** – спрямованість сексуального потягу на себе, це самозакоханість, завищена самооцінка, підвищений інтерес до своєї зовнішності, своїх статевих органів, сексуальності. Нерідко в таких осіб виявляються істероїдні риси характеру.

Вектор спрямованості сексуального потягу на інший об'єкт розрізняють такі перверзії: **фетишизм** – одна з найбільш поширених девіацій або перверзій; яка характеризується заміщенням об'єкта або суб'єкта сексуального потягу яким-небудь символом (частиною його одягу, особистим предметом, фотокарткою), який стає достатнім для здійснення сексуального збудження і оргазму.

Вектор тілесного образу: гомосексуалізм – сексуальна орієнтація людини спрямована на осіб своєї статі без суттєвої зміни ідентифікації із своєю статтю.

Вектор тілесного образу: трансвестизм подвійної ролі – носіння одягу протилежної статі з метою отримання сексуального задоволення від тимчасового відчуття своєї приналежності до протилежної статі, але без бажання більш постійної зміни статі чи хірургічної корекції.

Вектор тілесного образу: транссексуалізм – суттєво порушується ідентифікація із своєю статтю, людина усвідомлює себе представником іншої статі внаслідок чого вибирає відповідний спосіб та манеру поведінки, яка активно спрямована на гормональну або хірургічну зміну статі з метою зняття внутрішнього конфлікту та дискомфорту, що зумовлений

невідповідністю усвідомлення своєї статевої ролі і зовнішньо нав'язаним їй стереотипом поведінки.

Вербігерація – стереотипне повторення окремих слів чи складів.

Види патології уваги: слабкість активної уваги (спрямованої зосередженості на вибраному об'єкті) – характерний симптом грубих органічних уражень головного мозку, астенічних станів.

Види патології уваги: підвищена зосередженість уваги – спостерігається при депресіях, коли увага хворих зосереджена на невеликій кількості уявлень, як правило, неприємного змісту; при соматичних захворюваннях; при іпохондричних неврозах, епілепсії, що пояснюється малою рухливістю (інертністю) нервових процесів при цих недугах.

Види патології уваги: відвертання уваги – це характерний симптом маніакальних станів. При цьому порушується процес зосередження, що лежить в основі активної уваги. Переважає пасивна увага (мимовільна), об'єктом якої бувають другорядні предмети і явища.

Види самоушкодження або парасуїцидальних дій: мотивовані дії з метою виводу себе зі стану емоційної нечутливості шляхом гострих афективно-шокових відчуттів.

Види самоушкодження або парасуїцидальних дій: немотивовані дії – імпульсивні дії, пов'язані з блокадою захисних реакцій хворобою.

Види суїцидальної поведінки: «аномічна» (пов'язана із кризовими ситуаціями у житті людини, її особистими трагедіями).

Види суїцидальної поведінки: «альтруїстична» (виконується самогубство заради блага інших).

Види суїцидальної поведінки: «егоїстична» (обумовлена конфліктом, який формується у зв'язку з непринадністю для конкретного індивіда соціальних умов або соціальних норм поведінки суспільства).

Відчуття втрати почуттів – переживання незворотної втрати можливості почувати.

Вроджені комунікативні девіації (вади). Недорозвиток потреб і засобів спілкування – трапляється при розумовій відсталості і характеризується недорозвитком усіх сфер психіки, у тому числі й комунікативної. При цьому у розумово відсталій людини виявляється недорозвиток

потреб у спілкуванні, що призводить до унеможливлення формування вищих мотивів спілкування, їх недостатнього рівня і спрямованості.

Вроджені комунікативні девіації (вади). Частковий недорозвиток комунікацій і спілкування стосується, насамперед, недорозвитку засобів спілкування. Так, у дітей із загальним недорозвитком мовлення блокується один із засобів спілкування, що обмежує реалізацію їх потреби у спілкуванні та комунікаціях. Але така дитина знаходить альтернативні засоби спілкування – жести, міміку, рухи та пропонує «свою мову».

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

Галюцинації істинні – людина вказує місце розташування образу, як правило, ззовні і на реальній для сприймання відстані (наприклад, образ людини, який вона бачить, бачить на вулиці, а не на місяці; звук чує за стіною, а не з відстані тисячі кілометрів чи з голови).

Галюцинації: псевдогалюцинації – помилкові образи без проекції зовні.

Гіперестезія – підвищення здатності відчувати різні види подразнень.

Гіпертимія – позитивний емоційний спектр, інтенсивність емоцій.

Гіпербулія – хворобливе посилення вольової активності буває у наркоманів при пошуках наркотиків, у маніакальних хворих, психопатичних осіб.

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.

Гіпоестезія – зниження здатності відчувати різні види подразнень.

Гіперсексуальність – посилення статевого потягу, часто трапляється при маніакальних станах, при органічних захворюваннях головного мозку.

Гіпосексуальність – зниження статевого потягу буває при депресії, шизофренії, астеничних станах, неврозах.

Дебільність – це легкий ступінь олігофренії. Основа дебільності – нездатність до понятійного мислення, переважання конкретно-образного мислення над абстрактним. Ці хворі з ранніх років виявляють відставання у фізичному розвитку: пізніше починають ходити, говорити. До 4-6 років це відставання згладжується, діти своєчасно йдуть до школи, але вчаться погано.

Дебільність виражена – навчання грамоти дається з великими труднощами навіть у допоміжній школі. Трудові навички засвоюються краще. Навчені певного ремесла, хворі можуть бути працевлаштованими і забезпечені певним життєвим мінімумом.

Дебільність помірно виражена – якщо хворі мають добру механічну пам'ять, вони інколи закінчують 7-8 класів, навчаються у професійно-технічних училищах, засвоюють яку-небудь професію, мають сім'ї, досить добре пристосовуються до колективу.

Дебільність легка – виявляється спеціальними психологічними дослідженнями, ґрунтується на оцінці дій хворих у ситуаціях, які вимагають застосування прогностичних функцій інтелекту, високого ступеня абстрагування.

Девіантна поведінка – система вчинків чи окремі вчинки, які суперечать прийнятним у суспільстві нормативам і проявляються у вигляді: незбалансованості психічних процесів; не адаптивності; порушенні процесу самоактуалізації; у вигляді ухиляння від морального та естетичного контролю за власною поведінкою.

Деменція – синдром недоумкуватості – стійке збіднення психічної діяльності, її спрощення і занепад. Вона 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.

Дереалізаційні розлади – особливий вид розладів сприймання (психосенсорних розладів), при яких істотно змінюється сприймання об'єктів.

Депресивний синдром – триада симптомів: настрої тужливий, уповільнене мислення, рухова (моторна) загальмованість (при маніакально-депресивному психозі, шизофренії, судинних порушеннях тощо).

Дереалізаційні розлади: мікропсія – розлад сприймання у вигляді зменшення розмірів навколишніх предметів.

Дереалізаційні розлади: макропсія – розлад сприймання у вигляді збільшення розмірів навколишніх предметів.

Дереалізаційні розлади: поропсія – розлад сприймання у вигляді зміни відстані, що відділяє предмет від людини за незмінних розмірів самого об'єкта.

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

Деперсоналізація 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.

Дизартрія – це порушення вимовної сторони мовлення через порушення артикуляційного праксису внаслідок органічного ураження центральної та периферійної іннервації органів мовлення (губ, піднебіння, язика, голосових зв'язок тощо) – судинного, травматичного, інфекційного, вродженого характеру;

Дислалія – порушення звуковимови, при цьому слух нормальний, збережена іннервація мовленнєвого апарату.

Диссоціативна амнезія (нездатність пригадати важливі події чи інформацію, пов'язані з особистим життям, зазвичай неприємного характеру, тобто люди страждають ретроградною амнезією, антероградна амнезія у них буває рідко).

Диссоціативна фуга (людина не лише забуває минуле, а й може відправитись у незнайоме місце і уявити себе новою особистістю), слідує зазвичай за сильним стресом, наприклад, воєнними діями чи стихійним лихом, хоча її може викликати і особистісний стрес – фінансові чи юридичні труднощі або депресивний епізод. Фуґи впливають лише на спогади про власне минуле, а не на універсальні чи абстрактні знання.

Пам'ять у більшості людей з дисоціативною фугою відновлюється повністю чи майже повністю, і в них не буває рецидивів.

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

Емоційне реагування: або постійно знижений фон настрою, або незмінно підвищений, або беземоційність. На основі характеристики спектра і сили емоційного реагування можна визначати акцентуацію:

За вектором спрямованості сексуального потягу на інший об'єкт розрізняють такі перверзії: **Зоофілія** – сексуальний потяг до тварин (собак, свиней, коней тощо). При цьому тварина розглядається людиною із зоофільною орієнтацією як така, що замінює сексуальний об'єкт

Загальний недорозвиток емоцій – у структурі загального психічного недорозвитку (олігофренія), прояви емоцій можуть бути у формі стереотипних рухів, дій;

Загальний недорозвиток мовлення – зумовлюється порушеннями дозрівання мозкових систем (гностичного і кінетичного аналізатора).

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.

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

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

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

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.

Здоровий глузд (процес адекватного відображення реальної дійсності, що ґрунтується на аналізі мотивів поведінки оточуючих людей і використовує раціональний спосіб мислення; дозволяє уникати логічних помилок в інтерпретації зовнішніх ситуацій, обирати адекватний спосіб взаємодії з оточуючими).

Ігрова терапія (Г. Лендрет) – з дітьми 3-10 років та старшого віку за наявності в них затримки психічного розвитку або тяжких порушень спілкування.

Ідіотія – це найглибший ступінь психічного недорозвитку. Мова не розвивається, хворі видають лише нерозбірливі звуки, відсутня спрямована увага, спостерігаються тільки реакції на сильні звуки, біль. Хворі не відрізняють істинне від неістинного, нерідко пожадливі, неохайні.

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

Ілюзії зорові проявляються у вигляді викривлення зорового образу (сприймання пальто, що висить у шафі, за реальну людину на основі схожості контурів).

Ілюзії слухові характеризуються порушенням сприймання реальних шумів, звуків, які можуть сприйматись як мовлення чи інші звуки (крик на вулиці може сприйматись як оклик на ім'я; різкий шум за дверима – як дзвінок у двері).

Ілюзії смакові проявляються видозміною звичного для об'єкта смаку (поява «присмаку»), нюхові ілюзії – запаху.

Ілюзії дотикові, що формуються на підставі реальних відчуттів (тактильних, больових, температурних).

Імбецильність – середній ступінь психічного недорозвитку. При імбецильності хворі володіють невеликим запасом слів, їх мова хоч і дуже бідна, але послідовна. Їх вдається навчити читанню, письму, елементарній лічбі, прищепити трудові навички (мести підлогу, приготувати собі просту їжу, погодувати домашніх тварин). Такі люди не здатні працювати самостійно, але під наглядом і контролем інших вони можуть виконувати нескладну роботу.

Імпульсивність – безмотивність дій і вольова некерованість.

Інкогеренція – порушується зв'язок між складами у словах.

Кверулянт – це людина із підвищеним почуттям справедливості, яка бажає добитись правди навіть у незначному, але вона не розуміє реальних негативних фактів та свого хибного засобу боротьби із ними.

Клаустрофобія – страх закритих приміщень (перебування, наприклад, у ліфті стане перешкодою для надання людині допомоги у випадку, скажімо, непритомності).

Кома – стан, при якому втрачаються функції усіх аналізаторів і відсутні будь-які реакції на зовнішні подразники, не викликаються неврологічні рефлекси.

Компенсація – стан повного або часткового заміщення порушених у зв'язку з хворобою психічних функцій.

Консультування – метод психологічної допомоги, мета якого – з допомогою спеціально організованого спілкування активізувати у клієнта додаткові психологічні сили та здібності, які можуть забезпечити спосіб виходу з важкої життєвої ситуації.

Контрастні нав'язливості – поєднання емоційних переживань і порушення мотивації, тобто страх з приводу можливих дій людини, які вона може, але не хоче здійснити (страх врізатись на повному ході в натовп людей, які чекають автобуса, при явному усвідомленні згубності такої дії і небажанні її здійснювати).

Копрофагія – потяг до поїдання власних екскрементів.

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.

Критичність – здатність адекватно оцінювати всі рівні особистісної регуляції поведінки: мотиваційний, характерологічні та операціональні. В судово-психологічній експертизі критичність як здатність організувати свою поведінку є інтегральним показником.

Клінічна психологія – це психологічна дисципліна, предметом якої є психічні розлади і психічні аспекти соматичних розладів (хвороб).

Логотерапія (В. Франкл) – метод парадоксальної інтенції – підлітку з яким-небудь страхом чи нав'язливою ідеєю пропонують не пригнічувати його, а, навпаки, свідомо його демонструвати. Це сприяє зменшенню чи зникненню тривожності щодо такого стану, а інколи – і ліквідації самих проявів неврозу.

Маніакальний синдром – характеризується тріадою симптомів: підвищений настрій, прискорене мислення, рухлива активність (при маніакально-депресивному психозі, шизофренії, травмах мозку, отруєнні деякими речовинами, інфекціях);

Маячення – це помилковий умовивід, який не піддається корекції і виникає на хворобливій основі. Однак при настільки поширеному визначенні маячення виникають серйозні труднощі при проведенні диференціації між маяченням та іншими ідеями, судженнями, думками, що не піддаються корекції.

Маячення – це помилкова, непохитна впевненість у чомусь, незважаючи на безсумнівні й очевидні докази і свідчення протилежного, якщо ця впевненість не властива іншим членам даної культури чи субкультури. Найбільш істотним у даному визначенні є не традиційна оцінка маячення як помилкового умовиводу, а вказівка на значущість **етнокультурального аналізу**.

Маячення значення: хворі стверджують, що багато з того, що діється довкола, має для них особливий зміст і особливе значення.

Маячення відношення: хворий уявляє, що розмови пасажирів у транспорті мають відношення до нього, випадкові жести зустрічного поліція вказують напрямок, куди хворому треба тікати, та ін.

Маячення переслідування: хворі стверджують, що їх переслідують з наміром покарати, вбити, що вони є об'єктом спостереження органів поліції, рекетирів тощо.

Маячення фізичного впливу: найчастіше стверджують, що існує група осіб, які діють секретними і часто магічними способами. Хворий впевнений, що перебуває під впливом апаратів, гіпнозу, космічних променів, радіаційно-променевих приладів. Ці прилади нібито вмонтовані в стіни, стелю, телевізор, радіоприймач або у внутрішні органи хворого, в зуби тощо.

Маячення гіпнотичного впливу: хворі впевнені, що на них навіюють гіпноз, який керує їхніми діями, думками, викликає різні почуття, бажання, потяги.

Маячення іпохондричне: стосується стану внутрішніх органів хворого – хвороби внутрішніх органів, ідеї неповноцінності всього органу чи окремих його частин, смерті організму чи органів.

Маячення ревнощів: головна тема – подружня невірність. Хворий переконаний у тому, що дружина зраджує його, він слідкує за нею, звинувачує в таємних зустрічах з коханцями, шукає доказів цього: сліди поцілунків, плями на білизні, записки, трамвайні квитки. Не маючи «доказів», такий хворий вимагає від дружини зізнання у зраді, жорстоко знущаючись над нею. Цей вид маячення є одним з найбільш суспільно небезпечних.

Маячення величі: найчастіше буває при органічних ураженнях головного мозку з порушенням пам'яті та інтелекту, через що маячні ідеї мають безглуздий характер. Є правило: що нижчий інтелект, то безглуздіше маячення. Один із хворих з прогресивним паралічем запевняв, що він флотоводець світу, командує усіма збройними силами земної кулі, володар Всесвіту, піднімає сонце вранці й опускає його ввечері і може залишати людство без світла.

Маячення багатства: хворий вважає, що у нього зібране усе золото світу, він має тисячі вагонів коштовностей, дарує мільйони випадковим знайомим та ін.

Марення винахідництва і відкриття: хворі «винаходять» різні машини, апарати, прилади, роблять «відкриття» в науці, техніці, різні «проекти» надсилають у науково-дослідні інститути, в Академію наук.

Маячення високого походження: хворі впевнені, що їх батьки – відомі в країні політичні діячі, вчені, актори, які приховують свої родинні зв'язки з хворим в ім'я якихось державних інтересів, військової таємниці.

Маячні ідеї самозвинувачення: хворі звинувачують себе в нездійснених правопорушеннях, зараженні інших людей невиліковними хворобами, створенні страшних соціальних і природних катаклізмів. Принижують свої фізичні, моральні, інтелектуальні та інші якості.

Маячні ідеї – це помилкові, неправдиві твердження, що не відповідають реальній дійсності, виникають на хворобливій основі і не піддаються корекції (переконанню).

Менти́зм – «наплив думок», «вихор ідей», збільшення кількості асоціацій за одиницю часу, що не супроводжується зміною мовлення хворого, виникає приступоподібно і мимовільно.

Мета патопсихологічного дослідження – визначення патопсихологічного синдрому, який представляє собою стійку, внутрішньо пов'язану сукупність окремих симптомів, яка виявляється в емоційному реагуванні та пізнавальній діяльності хворого.

Метод діагностики у психіатрії основний – експериментально-психологічний – складається з психометричних, проєктивних, нейропсихологічних методів дослідження:

Метод діагностики у психіатрії – психофізіологічний – вивчає показники розумової та фізичної працездатності;

Метод діагностики у психіатрії додатковий – електрофізіологічні, лабораторні, рентгенологічні, генетичні, епідеміологічні, “нетрадиційні” (рефлексодіагностичні, “енергоінформаційні” та ін.).

Мислення лабільність – нестійкість способу виконання мислительних операцій, легкий перехід від одного до іншого;

Мислення інертність – тугість мислення, ригідність, труднощі переключення.

Мислення прискорення – збільшення кількості асоціацій за одиницю часу. Люди з підвищеним темпом мислення і відповідно – мови в певній ситуації (наприклад, лектори) можуть його контролювати. А за психічних захворювань свідомо корекція прискореного мислення неможлива.

Мути́зм (повна німота) – розлад комунікативної функції мовлення

Надцінні ідеї (домінуючі) – ідеї, що виникають у зв'язку з реальною ситуацією, але надалі стають домінуючими 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.

Неадекватність емоцій – парадоксальність емоційних реакцій: при сумних подіях спостерігається радісний настрій, а при радісних – тужливий. Такі розлади бувають у хворих на шизофренію.

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. Найчастіше нав'язливі ідеї проявляються такими станами: невідчепне мудрування, невідчепне рахування, невідчепні спогади, невідчепний страх, невідчепні сумніви, невідчепні потяги та ін.

Неврози – індивідуальне існування в інших просторово-часових відносинах.

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.

Нейролінгвістичне програмування (Р. Бендлер і Д. Гріндер) – може використовуватись у роботі з дітьми й підлітками будь-якого віку та при будь-яких формах особистісних порушень.

Нозос – відносять хворобливі процеси і стани – шизофренію, біполярні афективні розлади (застаріла назва – маніакально-депресивний психоз), інволюційні, судинні, інфекційні та інші психози; до **патосу** – насамперед, розлади особистості (застаріла назва – психопатія), дефектні стани, аномалію розвитку.

Нозофобії – страхи захворіти на якісь недуги.

Норма – це етичний стандарт, модель поведінки або модель, яка розглядається як бажана, прийнятна або типова для тієї чи іншої культури.

Норма поведінкова – це актуальна, звичайна або модельна поведінка, яка спостерігається в культуральній групі;

Норма рангова – це ідеальна норма поведінки, яка очікується від осіб, що мають особливу соціальну роль і статус (*наприклад, духовенство, педагоги, лікарі, судді*), зазвичай більш строгі та альтруїстичні, ніж норми, які передбачаються для інших людей.

Об'єкт клінічної психології – людина з труднощами адаптації та самореалізації, пов'язаними з її фізичним, соціальним і духовним станом.

Обнубіляція – легкий ступінь оглушення свідомості.

Олігофренія в перекладі з грецького (*oligo* – мало; *phren* – розум) означає недоумкуватість – стан психічного недорозвинення. Причиною олігофренії можуть бути несприятлива спадковість чи пренатальні ура-

ження плода внаслідок гострих і хронічних інфекцій, інтоксикацій, травм материнського організму.

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 (прогресуючого типу, або як наслідок органічного ураження головного мозку різного походження).

Опосередкованість мотивації характеризуються соціальними нормами. Безпосередність характерна при психопатичній особистості: “Я хочу і я це зроблю”!

Органічний дисоціативний розлад особистості (у людини присутні дві чи більше різних особистостей, які не завжди можуть пригадати думки, почуття і вчинки один одного).

Пам'яті розлади: амнезії – розлад пам'яті у вигляді порушення здатності запам'ятовувати, зберігати і відтворювати інформацію.

Пам'яті порушення часткові: гіпомнезія – зниження пам'яті.

Пам'яті порушення часткові: гіпермнезія – підвищення пам'яті, виникають на базі емоційних порушень, формуючи відповідно депресивний та маніакальний спектр симптомів.

Парабулія – трапляється при шизофренії та деяких хворобах, що супроводжуються зниженням інтелекту.

Парамнезія – конфабуляції – обмани пам'яті, при яких нездатність закарбовувати події і відтворювати їх призводить до відтворення вигаданих подій.

Парамнезія – псевдоремінісценції – порушення хронології в пам'яті, при якому окремі події минулого переносяться в теперішнє.

Парамнезія – криptomнезії – розлади пам'яті, при яких людина присвоює чужі думки, дії собі.

Паратимія – неадекватний афект, що кількісно і якісно не відповідає причині, яка його спричинила.

Парестезії – проявляються неприємними відчуттями оніміння, поколювання, печіння, повзання мурашок та ін. Можуть виникати в різних частинах тіла, мати тенденцію до переміщення. При цьому людина стає метушливою, тривожною.

Парціальний недорозвиток емоцій – синдром Каннера – дитячий аутизм (безпристрасне обличчя, відсутність співчуття, не дивляться у вічі, не проявляють мімічних ознак емоційних проявів).

Патологічні звичні дії і дійства: яктація – це розгойдування головою або усім тулубом, що спостерігається у розумово-відсталих людей, при афективно-шоковій реакції після стресу, у маленьких дітей у стані психологічної депривації.

Патологічні звичні дії і дійства: оніхофагія – обкусування та жування нігтів, що може спостерігатись у стані наявної або прихованої тривоги.

Патологічні звичні дії і дійства: дерматоманія, трихотилломанія – нав'язливе чи неподоланне прагнення людини до ушкодження своєї шкіри або волосяного покриву на голові, віях, бровах тощо.

Патопсихологія (грец. *pathos* – страждання, *psyche* – душа, *logos* – вчення) – це розділ медичної психології, який вивчає закономірності розладу психічної діяльності і властивостей особистості у випадку психічних чи соматичних захворювань. Її значення полягає в можливості глибшого пізнання закономірностей функціонування і розвитку нормальної психіки, вивчення психічного здоров'я, а також факторів, які активізують чи гальмують розвиток особистості в ході її онтогенезу і соціогенезу.

Патопсихологія – галузь психологічної науки, дані якої мають теоретичне й практичне значення для психології та психіатрії. Вона виходить із закономірностей розвитку і структури психіки в нормі. Вивчає закономірності розладу психічної діяльності і властивостей особистості порівняно із закономірностями формування і протікання психічних процесів у нормі, вивчає закономірності аномальної відображувальної діяльності мозку.

Поліфагія – багатоядність.

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

Порушення сприймання часу: «зупинка часу» – відчуття того, що час ніби «зупинився», кольори у сприйманні хворого стають тьмяними, об'ємні предмети – плоскими; людина відчуває ніби втратила зв'язки із зовнішнім світом, оточуючими людьми.

Порушення сприймання часу: «розтягування часу» – у відчуттях людини час переживається як більш довгий, ніж вона звикла; плоске здається тривимірним, живим, рухливим, а чорно-біле – кольоровим; людина стає розслабленою чи ейфоричною.

Порушення сприймання часу: «втрата відчуття часу» – людина говорить: «часу ніби немає», «звільнився від тягаря часу». Це завжди супроводжується зміненням сприйманням світу. Предмети і люди здаються більш контрастними і більш приємними.

Порушення сприймання часу: «сповільнення часу» – рухи людей сприймаються уповільненими, а їх обличчя – похмурими.

Порушення сприймання часу: «прискорення часу» – людині час здається швидкоплинним, зміненням видається весь оточуючий світ і власне «Я».

Порушення сприймання часу: «зворотне протікання часу» – говорять: «час тече вниз», «час іде у зворотному напрямі», «я іду назад у часі». Груба помилковість відтворення давності уже пережитих подій (події, що відбулися хвилину-секунду тому, сприймаються як такі, що були давним-давно).

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

Психічної патології ознаки: *відхилення від норми* (тобто, людина сильно відрізняється від інших людей, схильна до крайнощів, незвичайна, навіть дивна; судження про те, що слід називати патологією, залежать від різних обставин, а також від того, що вважається нормою, – писані і неписані правила поведінки, прийняті в суспільстві);

Психічної патології ознаки: *постійні душевні страждання* (тобто неприємні переживання; буває, що люди, чию поведінку можна вважати патологічною, продовжують зберігати позитивний настрій).

Психічної патології ознаки: *психічна дисфункція*, що заважає людині належним чином виконувати свої повсякденні обов'язки (патологічна поведінка може призвести до психічної дисфункції, тобто до нервового розладу, що заважає людині в її повсякденному житті: щось так збиває її з толку, так хвилює, що вона не може достатньою мірою піклувати-

ся про себе, підтримувати нормальні соціальні зв'язки чи ефективно працювати).

Психічної патології ознаки: небезпека, яку несе в собі людина (крайнім випадком психічної дисфункції є поведінка, яка стає небезпечною для самої людини і для інших; однак багато людей, які страждають від постійної тривоги, депресії і навіть дивно себе поведуть, не несуть безпосередньої небезпеки ні для себе, ні для інших).

Патопсихологічні тести (стимуляційний матеріал з описом) зібрані в “Атласі для експериментального дослідження відхилень у психічній діяльності людини” (за редакцією Поліщука та Відренко, Київ).

Підхід адаптаційний (бути психічно нормальним – означає бути соціально адаптованим і демонструвати соціально прийнятні стандарти поведінки, що схвалюються суспільством).

Підхід гуманістичний (на відміну від попередніх підходів, в яких психічне здоров'я визначається через нездоров'я, а норма – через аномалію, цей підхід заснований на вивченні здорових і зрілих людей – роль самосвідомості та прагнення до самовдосконалення).

Підхід культурально-релявістичний (нормальним вважається все те, що відповідає уявленням цієї культури про норму).

Підхід психопатологічний (бути психічно нормальним – означає не мати виражених психопатологічних симптомів, наприклад, галюцинацій).

Підхід статистичний (бути психічно нормальним – означає бути “як усі”, або відповідати якомусь кількісному стандарту).

Предмет наукових досліджень клінічної психології та психіатрії – психічні розлади. Однак клінічна психологія займається і такими порушеннями, які нерівноцінні хворобі (наприклад, проблеми шлюбу й партнерства), а також психічними аспектами соматичних розладів.

Поведінкова неврологія (Behavioral Neurology) – галузь неврології, яка вивчає вплив захворювань мозку на поведінку людини і, особливо, на вищі кіркові або когнітивні функції. Діагностика включає методи клінічної психології та нейропсихології, що об'єднує ці дисципліни.

Психодрама (Д. Морено) – використовується в роботі з дітьми та підлітками 10-17 років.

Психози – інший світогляд, що відображає унікальний суб'єктивний світ людини.

Психологічний експеримент – це якісний системний аналіз різних форм порушень психіки, розкриття механізмів порушень діяльності та визначення можливостей її відновлення.

Психічне здоров'я – такий стан психіки індивіда, що характеризується цілісністю та узгодженістю всіх психічних функцій організму, що забезпечує відчуття суб'єктивної психічної комфортності, здатності до цілеспрямованої осмисленої діяльності, адекватні форми поведінки.

Психокорекція – метод комплексного психологічного впливу на мету, мотиви та структуру поведінки суб'єкта, а також на розвиток певних психічних функцій: пам'яті, уваги, мислення.

Предмет професійної діяльності клінічного психолога – психічні процеси і стани, індивідуальні й міжособистісні особливості, соціально-психологічні феномени, які виявляються в різних галузях людської діяльності.

Принцип феноменологічного підходу у психології та психіатрії полягає в тому, що кожне цілісне індивідуальне психічне переживання людини (феномен) повинно розглядатися як багатозначне, що дає змогу розуміти і пояснювати його як в категоріях психопатологічних, так і психологічних. Практично не існує психічних переживань людини, які можуть бути однозначно та апіорно належати до рангу симптомів, також як і визнаними абсолютно адекватними.

Принцип “хвороба-особистість” є основоположним у діагностичному феноменологічно орієнтованому процесі. Він зумовлює підхід до будь-якого психологічного феномену з двох альтернативних сторін: або феномен, що спостерігається, є психопатологічним симптомом (ознакою психічної хвороби), або він є ознакою особистісних особливостей, наприклад, світогляду людини, традиційного для його етносу, культурної чи релігійної групи стереотипу поведінки.

Принцип-альтернатива “реакція–стан–розвиток” є однією з найважливіших при феноменологічному аналізі психологічного стану обстежуваного. Вона дає можливість ввести у цей аналіз параметри стимулу і реакції, зовнішнього і внутрішнього.

Принцип-альтернатива “нозос–патос” дає можливість трактувати будь-який психологічний феномен у системі координат, що використовує поняття **хвороби (нозос) та патології (патос)**.

Принцип “психотичне–непсихотичне” оцінює зазначений психічний параметр як рівень психічних розладів, своєрідну глибину та вираженість психопатологічної картини захворювання.

Принцип-альтернатива “екзогенне–ендогенне–психогенне” належить насамперед до психопатологічних феноменів, оскільки відображає тип психічного реагування на рівні патології та не може використовуватися при аналізі психологічних феноменів. Розробка цього принципу заснована на постулаті психіатрії про те, що для певної групи психічних розладів існують виявлені та верифіковані етіопатогенетичні механізми.

Принцип-альтернатива “дефект–одужання–хроніфікація” дає можливість оцінювати залежно від особливостей клінічної картини психічного захворювання стани, що виникають після зникнення явних психопатологічних порушень.

Принципи-альтернативи “адаптація–дезадаптація” та “компенсація–декомпенсація” дають можливість розглядати психічні розлади у зв'язку з їх впливом на соціально-психологічні функції.

Принцип-альтернатива «Негативне–позитивне». Альтернативне розділення психопатологічних симптомів на негативні й позитивні, прийняте в психіатрії, дозволяє надалі оцінювати стан як активний хворобливий процес, хроніфікація захворювання або як стійкий незмінний дефект та зміна особистості.

Принципи вітчизняних патопсихологічних досліджень: *Психологічний експеримент повинен давати можливість досліджувати психічні порушення як порушення діяльності* (оскільки психічні процеси розглядаються в психології не як природжені здібності, а як такі, що формуються за життя). Він повинен бути спрямований на якісний аналіз різних форм розладу психіки, на розкриття механізмів порушеної діяльності і на можливості її відновлення.

Принципи вітчизняних патопсихологічних досліджень: *Принцип якісного аналізу особливостей протікання психічних процесів хворого – важливо не тільки те, якої складності чи якого обсягу завдання хворий*

осмислив і виконав, а й те, як він осмислював, чим були зумовлені його помилки і труднощі.

Принципи вітчизняних патопсихологічних досліджень: *Патопсихологічне дослідження здійснюється за допомогою таких експериментальних завдань, які можуть актуалізувати розумові операції, якими користується людина у своїй життєдіяльності, мотиви, які спонукають цю діяльність.*

Принципи вітчизняних патопсихологічних досліджень: Будова патопсихологічного експерименту повинна надавати можливість виявляти не лише структуру змінених, а й збережених, форм психічної діяльності хворого. Це важливо для вирішення питання відновлення порушених функцій.

Принципи вітчизняних патопсихологічних досліджень: У патопсихологічному дослідженні слід враховувати ставлення хворого до досліджу, яке залежить від його хворобливого стану.

Принципи вітчизняних патопсихологічних досліджень: У патопсихологічному дослідженні використовується велика кількість методик.

Принципи вітчизняних патопсихологічних досліджень: *Патопсихологічне обстеження дітей не повинно обмежуватися встановленням якісної характеристики психічних порушень, а має виявляти потенційні можливості дитини.*

Психофармакологія і клінічна психологія вивчають психопатологічні розлади і способи їх лікування. Крім того, лікарське лікування завжди має на пацієнта позитивну чи негативну психологічну дію (наприклад, плацебо-ефект).

Психічний розлад – хворобливий стан з психопатологічними та поведінковими розладами, який пов'язаний з порушенням функціонування організму внаслідок впливу біологічних, соціальних, психологічних, генетичних або хімічних факторів.

Резонерство – міркування заради міркування, безпредметність мислення, коли відсутні конкретність думок, їх пізнавальний зміст.

Рівні психічного здоров'я: Ідеальна норма, або еталонне здоров'я – стан, при якому ймовірність виникнення психічних і поведінкових розладів або психічної дезадаптації дорівнює нулю. Ідеальна норма є гі-

потетичним станом. За ВООЗ, ідеальна норма – це поведінка, яка підтримується культуральною групою, оскільки вона є бажаною або оптимальною. Це соціально предписаний зразок поведінки.

Рівні психічного здоров'я: Середньостатистична норма – стан психолого-психіатричних характеристик, що відображають норму для певної популяції. *Наприклад, невиражені інтелектуально-мнестичні порушення в осіб похилого віку відносяться до показників середньостатистичної норми цієї вікової групи та свідчать про наявність розладів у осіб молодого віку.*

Рівні психічного здоров'я: Конституційна норма – кожний конституційний тип схильний до певного типу психологічного реагування та до певного кола поведінкових і психічних розладів. Для кожного типу існують специфічні патогенні фактори, стосовно яких він найбільш вразливий. *Наприклад, людям із шизоїдною конституцією властиві холодність, раціоналізм, підвищена чутливість; людям з циклотимічною конституцією – зміна настрою від веселощів до пригніченості.*

Рівні психічного здоров'я: Акцентуація – варіант психічної норми, яка характеризується особливою вираженістю або загостренням деяких рис характеру, що визначає специфіку схильності людини до певних психічних та поведінкових розладів поведінки – наркогенні та психогенні.

Рівні психічного здоров'я: Передзахворювання – це стан, при якому вже наявні деякі симптоми психічних розладів (невротичний та афективний рівень), але соціальна адаптація ще збережена або лише частково порушена. За даними досліджень, передхворобливі стани серед населення становлять від 22 до 89% (відмінності у статистичних даних у різних дослідників). Найчастіше трапляються **астенічні розлади** (головний біль, розлади сну, виснажливність, подразливість, запальність) та **афективні розлади** (емоційна лабільність, тривога, дисфорії). Вірогідність захворювання у цьому випадку досягає 100 %.

Розірваність – порушення логічного зв'язку в реченні при збереженні граматичного зв'язку; хворий проказує фразу граматично правильну, але змістовний зв'язок між окремими частинами фрази відсутній, наприклад, «машина поїхала, тому що кіно загорілося з труби».

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.

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.

Розлади потягів: kleптоманія – тяжке непереборне прагнення індивіда скоїти крадіжку;

Розлади потягів: дромоманія – тяжке непереборне прагнення індивіда до бродяжництва;

Розлади потягів: піроманія – тяжке непереборне прагнення індивіда до скоєння підпалів.

Розлади самосвідомості: 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.

Розлади самосвідомості: деперсоналізація – своєрідна форма порушення самопізнання. Характеризується відчуттям відчуження власних думок, афектів, дій, свого «Я», які сприймаються ніби зі сторони.

Розлади свідомості: 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.

Розлади свідомості: 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.

Розлади свідомості: онейроїдний (сновидний) стан свідомості – Характеризується дивовижною сумішшю відображення реального світу і фантастичних яскравих уявлень, які рясно виринають у свідомості.

Розлади свідомості: 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.

Розсудок (спосіб діяльності, що базується на використанні формалізованих знань, трактуванні мотивів діяльності учасників комунікації);

Розум (найвищий ступінь логічності; сприяє формуванню теоретичних знань).

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

Синдром «філософської інтоксикації» трапляється у підлітків у нормі як складова частина психологічного підліткового комплексу і в патології при шизофренії. При цьому людина має підвищений інтерес до філософських умовиводів, постійну потребу аналізу навколишніх ситуацій, що не завжди зрозуміло для інших людей.

Сутяжництво і кверулянство – це потяг писати нарікання та скарги до різних інстанцій.

Синдромальний підхід – виявлення окремих симптомів, що визначають клінічну картину загалом (*наприклад, підвищена виснажливість нервових процесів при дифузному ураженні кори головного мозку призводить до виснаження уваги, нестійкості мнестичних слідів* (у пробі на механічне запам'ятовування відтворюється 4, 5, 6 слова з 10), порушень емоційно-вольової сфери (нестійкість настрою, виснажливість емоційних реакцій), патології мислення у вигляді непослідовності суджень, змін особистості по типу звуження сфери мотивів).

Системний якісний аналіз передбачає оцінку основних порушень, які лежать за розпадом мислення, порушенням пам'яті та розладами особистості (наприклад, при шизофренії надмірне абстрагування, емоційна вихолощеність, шизофренічні порушення мислення – всі порушення розглядаються цілісно).

Спотворення або відсутність потреб і засобів спілкування – ранній дитячий аутизм (РДА): первинний аутизм – відсутність потреб у контакті із людьми та живими істотами.

Спотворення або відсутність потреб і засобів спілкування – ранній дитячий аутизм (РДА): порушення соціальної перцепції – неприйняття себе як особистості (до 5 років не диференціює своє «Я»), не

помічає і не контактує із живим світом, а спілкується і виявляє інтерес тільки до неживих предметів.

Спотворення або відсутність потреб і засобів спілкування – ранній дитячий аутизм (РДА): своєрідний недорозвиток комунікативної функції мовлення – пізня її реалізація, переважає монологічна мова, а діалогічна виявляється тільки у 4-5 років, називає себе на своє ім'я, «він», а не «Я», характерна неправильна граматична побудова речень.

Спотворення або відсутність потреб і засобів спілкування – ранній дитячий аутизм (РДА): спотворення і недорозвиток емоцій – дитина не виражає своїх емоційних реакцій – «обличчя принца».

Спотворення або відсутність потреб і засобів спілкування – ранній дитячий аутизм (РДА): «симптом тотожності» – предметний світ повинен бути таким, як завжди, а при його зміні виникає незворотній страх.

Спотворення або відсутність потреб і засобів спілкування – ранній дитячий аутизм (РДА): негативізм, який виникає при зміні життєвого стереотипу (їжа, помешкання), а також при спробі нав'язати дитині контакт (стають рухливо збудженими, кричать, полишають свої навички самообслуговування та загальмовують сечовиділення або акт дефекації; в цілому поведінка стає схожою на поведінку розумово відсталої дитини).

Спотворення або відсутність потреб і засобів спілкування – ранній дитячий аутизм (РДА): рівень розвитку когнітивної сфери не завжди можна визначити, особливо у спілкуванні, але в них розвинутий пошуково-дослідницький рефлекс.

Сопор – стан, при якому можливі лише відповіді тільки на сильні больові, звукові, світлові подразники у вигляді малодиференційованих реакцій – повертання голови, рухи кінцівок

Соціофобії – страхи, у яких людина побоюється засудження з боку оточуючих за якісь дії: почервоніти при людях, не втримати газу, розсміятись у незручний для цього час і т.д.;

Слабодухість – підвищена виснажливність емоцій, їх нетримання. Досить якого-небудь незначного подразника, щоб з'явилося почуття розчарування зі сльозами. Часто це трапляється в транспорті, театрі, на вулиці. Розуміння недоречності такої поведінки не стримує хворих від надмірної слізливості.

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.

«Стрибки ідей» – максимальне збільшення кількості асоціацій за одиницю часу.

Соматоагнозія – розлад впізнавання частин власного тіла.

Суїцидоманія – потяг до самогубства.

Терапія – дії, спрямовані на те, щоб змінити патологічну поведінку на більш нормальну.

Тимчасова втрата інтелекту – синдром скороминучої недоумкуватості (набряк мозку).

Типи девіантної поведінки: делінквентна – девіантна поведінка, яка у крайніх своїх проявах є діями, що тягнуть за собою кримінальне покарання.

Типи девіантної поведінки: адиктивна поведінка – одна з форм девіантної поведінки з формуванням прагнення до втечі від реальності шляхом штучної зміни свого психічного стану через вживання деяких речовин чи постійну фіксацію уваги на певних видах діяльності, що спрямоване на розвиток і підтримання інтенсивних емоцій.

Типи девіантної поведінки: патохарактерологічний тип девіантної поведінки – поведінка, зумовлена патологічними змінами характеру, які сформувались у процесі виховання: розладами особистості (психопатії), явно вираженими акцентуаціями характеру, невротичним розвитком особистості.

Типи девіантної поведінки: психопатологічний тип девіантної поведінки – ґрунтується на психопатологічних симптомах чи синдромах, що є проявами тих чи інших психічних захворювань. Як правило, мотиви поведінки психічно хворого залишаються незрозумілими до тих пір, поки не будуть виявлені основні ознаки психічних розладів.

Типи девіантної поведінки: девіації, зумовлені гіперздібностями людини – людина, здібності якої значно перевищують середньостатистичні, розглядається як така, що виходить за рамки нормальної (це прояв обдарованості, таланту, геніальності у якійсь одній з діяльностей людини).

Тривога – стан невмотивованого неспокою, хоча хворі намагаються пояснити свій стан і поведінку різними психологічно зрозумілими причинами. Це почуття внутрішньої напруженості, пов'язане з очікуванням загрозових подій (тривога частіше не проектується назовні – тривога за своє здоров'я, за роботу, за правильне виконання дій і т.д.).

Туга – почуття напруження, що межує з біллю, яке хворі локалізують у ділянці серця (рухова загальмованість).

Уповільнення темпу мислення – зменшення кількості асоціацій за одиницю часу. Можна помітити, розмовляючи з хворим: він дає відповіді після довгих пауз зі зниженням гучності голосу до шепоту. Можна відзначити також бідність асоціацій, загальну загальмованість, сповільнення рухів, пригнічення афективних реакцій.

Форми сексуальних перверзій, діагностика яких ґрунтується на невідповідності вікової спрямованості потягу: **педофілія** – це спрямованість сексуального потягу і еротичного задоволення дорослої людини до дитини.

Форми сексуальних перверзій: ефедофілія – потяг до підлітків. Мотив – «незайманість» підлітка, відсутність сексуального досвіду. Входить у структуру усіх видів девіантної поведінки.

Форми сексуальних перверзій: геронтофілія – це сексуальний потяг до партнера похилого віку, при цьому старече тіло відіграє роль своєрідного фетиша. Буває при органічній деменції, алкоголізмі, психопатіях.

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

Хвороба Альцгеймера – зазвичай вражає людей, віком старших за 65 років. Може вперше про себе заявити у середньому віці, але частіше на неї хворіють після 65 років, її поширеність різко зростає серед людей у віці 80 років. Може тривати 20 років і більше. Починається з незначних порушень пам'яті, послаблення уваги, мовленнєвих і комунікативних проблем. З посиленням симптомів людина починає відчувати труднощі виконання складних завдань чи забувати про важливі зустрічі.

Частковий недорозвиток інтелекту – недорозвинуті окремі ланки структури інтелекту. Наприклад: передумови (пам'ять, увага); порушена здібність до конструктивного мислення – через нестачу просторових уяв-

лень – дискалькулія; мовні порушення – недорозвиток мовленнєвої функціональної системи (страждає вербалізація розуміння, тобто так званий вербальний інтелект).

Шизофренічний процес – реакція хворої особистості на стресову ситуацію, спеціальна стратегія поведінки, спосіб життя, позиція, яка допомагає людині вижити у кризових ситуаціях.

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



СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Галецька І. Клініко-психологічне дослідження: навчальний посібник. Львів: ЛНУ імені Івана Франка, 2015. 242 с.
2. Гальчук О.Я. Клінічна психологія: навчальний посібник. Київ: Атіка, 2012. 216 с.
3. Бочелюк В.Й. Психологія людини з обмеженими можливостями: навч. посіб. Київ: Центр учбової літератури, 2011. 264 с.
4. Карпенко Н.В. Діагностика психічного розвитку в роботі педагога (вчителя, вихователя): навч. посіб. [2-ге вид.]. Київ: Каравелла, 2010. 248 с.
5. Клінічна психологія: словник-довідник / авт.-уклад. С.В. Діденко Київ: Академ-видав, 2012. 320 с.
6. Коляденко Н.В. Клінічна психологія: опорний конспект лекцій. Київ: ІПК ДСЗУ, 2006. 133 с.
7. Максименко С.Д., Цехмістер Я.В., Коваль І.А., Максименко К.С. Медична психологія / за заг. ред. С.Д. Максименка. Київ, 2014. 520 с.
8. Максименко С.Д., Чуприков А.П., Рожкова Є.М. та ін. Патопсихологія: навч. посіб. Київ: КММ, 2010. 208 с.
9. Максимчук Н.П. Психологія сексуального розвитку: навчальний посібник. Кам'янець-Подільський: ПП Буйницький О.А., 2006. 144с. URL: <http://elar.kpnu.edu.ua:8081/xmlui/handle/123456789/6949>
10. Мартинюк І.А. Патопсихологія. Практикум: [навч. посіб. для студ. вищ. навч. закладів]. Київ: Каравела, 2017. 184 с.
11. Ніконенко Ю.П. Клінічна психологія: навчальний посібник. Київ: КНТ, 2016. 369 с.
12. Панчук Н.П. Гендерна психологія: навчально-методичний посібник для здобувачів вищої освіти першого (бакалаврського) рівня за освітньо-професійною програмою Практична психологія спеціальності 053 Психологія галузі знань 05 Соціальні та поведінкові науки [Електронний ресурс]. Кам'янець-Подільський: Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2023. 273 с. URL: <http://elar.kpnu.edu.ua/xmlui/handle/123456789/7475>
13. Панчук Н.П. Основи психокорекції особистості дитини: навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів [Електронний ресурс]. Кам'янець-Подільський: Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2021. 1 електрон. опт. диск (CD-ROM); 12 см. URL: <http://elar.kpnu.edu.ua/xmlui/handle/123456789/5551>

14. Панчук Н.П. Методи психологічного виходу з ситуацій, що призводять до синдрому вигорання в процесі професійної діяльності. *Психічне здоров'я персоналу освітніх організацій та його профілактика*: матеріали Всеукраїнського науково-практичного семінару, м. Кам'янець-Подільський / Подільський спеціальний навчально-реабілітаційний соціально-економічний коледж. Кафедра соціальної роботи та психології. Кам'янець-Подільський, 2020. С. 57-61.
15. Панчук Н.П. Формування моральної поведінки учнів з інтелектуальними порушеннями. *Інновації взаємодії освіти, економіки та соціального захисту в умовах інклюзії та прагматичної реабілітації соціуму*: матеріали II міжнародної науково-практичної конференції, м. Кам'янець-Подільський / Подільський спеціальний навчально-реабілітаційний соціально-економічний коледж. Кам'янець-Подільський, 2018. С. 308-310.
16. Федосова Л.О. Клінічна психологія: навчальний посібник. Київ: Вид. дім «Персонал», 2013. 248 с.
17. Lazorko O., Panchuk N., Borysiuk O., Kulchytska A., Borysenko O., & Khavula R. Psychological Safety of the Individual in Normal and Extreme Conditions of Professional Activity: Neurophysiological Aspects. *BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience*. 2022. 13(1), 324-346. DOI: <https://doi.org/10.18662/brain/13.1/287>

Міністерство освіти і науки України
Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка

Навчальне електронне видання

ПАНЧУК Наталія Петрівна,

*кандидат психологічних наук, доцент, доцент кафедри психології освіти
Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка*

ОСНОВИ КЛІНІЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА ПАТОПСИХОЛОГІЇ

НАВЧАЛЬНИЙ ПОСІБНИК

**для здобувачів першого (бакалаврського) рівня вищої освіти
за освітньо-професійною програмою Практична психологія
спеціальності 053 Психологія**

Електронне видання

Підписано 5.06.2024. Гарнітура «Arial».
Об'єм даних 3,0 Мб. Обл.-вид. арк. 10,7. Зам. № 1109.

Видавець і виготовлювач Кам'янець-Подільський національний університет
імені Івана Огієнка, вул. Огієнка, 61, м. Кам'янець-Подільський, 32300

Свідоцтво про внесення до державного реєстру суб'єктів видавничої справи
серії ДК № 3382 від 05.02.2009 р.