

**МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ  
НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ВНУТРІШНІХ СПРАВ  
Кафедра юридичної психології**



**ПАТОПСИХОЛОГІЯ**

**Курс лекцій**

**для підготовки здобувачів першого (бакалаврського) рівня вищої освіти освітнього ступеня бакалавра в галузі знань 05 «Соціальні та поведінкові науки» за спеціальністю 053 «Психологія»**

**Київ - 2022**

**МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ**  
**НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ВНУТРІШНІХ СПРАВ**

**Кафедра юридичної психології**

**ПАТОПСИХОЛОГІЯ**

**Курс лекцій**

**для підготовки здобувачів першого (бакалаврського) рівня вищої освіти освітнього ступеня бакалавра в галузі знань 05 «Соціальні та поведінкові науки» за спеціальністю 053 «Психологія»**

**Київ – 2022**

### Укладачі

**КАЗМІРЕНКО Людмила** – професор кафедри юридичної психології Національної академії внутрішніх справ, кандидат психологічних наук, професор;

**ВЛАСЕНКО Софія** – старший викладач кафедри юридичної психології, кандидат психологічних наук.

### Рецензенти

**БОЙКО-БУЗИЛЬ Юлія** – заступник завідувача науково-дослідної лабораторії психологічного забезпечення Державного науково-дослідного інституту МВС України, доктор психологічних наук, доцент;

**РОМАНЕНКО Оксана** – професор кафедри юридичної психології Національної академії внутрішніх справ, доктор психологічних наук, професор.

### Рекомендовано

- на засіданні Науково-методичної ради Національної академії внутрішніх справ, від \_\_.\_\_.2022 р., протокол №\_\_;

*Матеріали подано в авторській редакції*

Патопсихологія [Текст] : курс лекцій / уклад. Л. Казміренко, С. Власенко. – Київ: Національна академія внутрішніх справ, 2022. – 136 с.

## ЗМІСТ

Тема 1. Теоретичні та методологічні засади патопсихології.....	5
Запитання та завдання для самоконтролю.....	20
Тема 2. Розлади психічних пізнавальних процесів особистості.....	21
Запитання та завдання для самоконтролю.....	42
Тема 3. Розлади емоційно-вольової сфери та свідомості особистості.....	43
Запитання та завдання для самоконтролю.....	60
Тема 4. Патопсихологічна семіотика психогенних розладів.....	61
Запитання та завдання для самоконтролю.....	70
Тема 5. Патопсихологічна семіотика біполярного афективного розладу (БАР).....	71
Запитання та завдання для самоконтролю.....	83
Тема 6. Патопсихологічна семіотика шизофренії.....	84
Запитання та завдання для самоконтролю.....	99
Тема 7. Патопсихологічна семіотика епілепсії.....	100
Запитання та завдання для самоконтролю.....	115
Питання для підготовки до екзамену.....	116
Основні терміни дисципліни.....	120
Рекомендована література.....	124
Додатки.....	126

## ТЕМА 1. ТЕОРЕТИЧНІ ТА МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ПАТОПСИХОЛОГІЇ

### План

1. Патопсихологія як галузь клінічної психології.
2. Основні напрямки розвитку патопсихології у працях провідних дослідників.
3. Методологічний базис патопсихології.
4. Порядок проведення експериментально-психологічного дослідження.
5. Ознаки психічного розладу.

### 1. Патопсихологія як галузь клінічної психології

Сучасна патопсихологія є розділом клінічної психології. *Клінічна психологія* – це наукова дисципліна, скерована на вирішення психологічних проблем, які виникають у хворих на всіх етапах формування хвороби, її перебігу та лікування.

*Патопсихологія* вивчає зміни психічної діяльності, що виникають внаслідок психічних розладів чи соматичних захворювань особистості. *Об'єктом патопсихології* є порушення психічної діяльності та якостей особистості при психічних розладах чи соматичних захворюваннях; *предметом* – закономірності цих порушень чи закономірності розпаду психіки у співставленні з протіканням психічних процесів в нормі.

Таким чином, патопсихологія вивчає не феномени психічних та соматичних захворювань, а наслідки їх впливу на психіку особистості.

Патопсихологія покликана вирішити ряд **завдань**, а саме:

- забезпечити диференційовані дані для уточнення клінічного діагнозу;
- оцінити структуру та ступінь нервово-психічного розладу;

- забезпечити діагностику психічного розвитку та вибір шляхів загальноосвітнього та трудового навчання в дитячих та підліткових закладах, перекваліфікації дорослих;
- сприяти вивченню особистості, соціальної сфери та соціальної позиції хворого з метою отримання даних для функціонального діагнозу;
- оцінити динаміку нервово-психічних порушень і здійснити контроль ефективності психотерапії та медикаментозного лікування;
- сприяти використанню експериментально-психологічних даних для прийняття рішень у багатьох видах експертиз (трудовій, військовій...);
- здійснювати інформаційну підтримку психокорекційної роботи з хворими, організацію психотерапевтичного середовища у медичних закладах, вибір методик психотерапії.

Серед множини психологічних наук, із якими тісно взаємодіє патопсихологія, варто відзначити наступні.

**Психопатологія.** Це розділ психіатрії, що вивчає ознаки психічних захворювань, їх динаміку в ході протікання захворювань, основні симптоми та синдроми. Різниця між психопатологією та патопсихологією полягає у сфері методів, що використовуються для дослідження хворих. Для психопатології та психіатрії характерним є клініко-описовий метод (анамнез, клінічне спостереження, бесіда, якісні та ідеографічні способи описання зміни психічних процесів особистості), для патопсихології – психологічні методи дослідження, зокрема, експериментально-психологічний метод.

**Загальна психологія.** Патопсихолог повинен володіти знаннями про нормальне протікання психічних процесів та закономірностей становлення особистості.

**Нейропсихологія,** що вивчає зв'язок змін психічної діяльності з локальними та дифузними враженнями головного мозку.

**Психодіагностика,** яка вивчає принципи експериментальної зміни психічних функцій та процесів в їх співставленні з віковими, статевими та

іншими нормами, розробляє адекватні методичні прийоми, які могли б забезпечити аналіз психопатологічних явищ та об'єктивну їх інтерпретацію.

**Спеціальна психологія** – галузь психологічної науки, що вивчає особливості розвитку психіки у несприятливих (патогенних) умовах.

**Клінічна психологія** – прикладна наука, розвиток якої визначається вивченням психологічних чинників, що впливають на розвиток хвороби, їх профілактику та лікування, впливом тих чи інших хвороб на психіку особистості та іншими проблемами. Клінічну психологію умовно поділяють на пато-, нейро-, соматопсихологію та психологію здоров'я або психогігієну.

## **2. Основні напрями розвитку патопсихології у працях провідних дослідників**

Як самостійна галузь психологічної науки патопсихологія відокремилася в кінці XIX – на початку XX ст. Дане відокремлення обумовлене двома основними передумовами:

- 1) втіленням у психологічну практику експериментального підходу;
- 2) усвідомленням лікарями-психіатрами необхідності заповнення теоретичного вакууму, що утворився між розумінням природи психічних розладів та системою психологічних уявлень.

Серед науковців, які доклали багатьох зусиль для розвитку патопсихології, найбільш відомими є імена: О. Бернштейна, В. Бехтерева, В. Блейхера, Л. Виготського, П. Ганнушкіна, Ж. Ескіроля, Б. Зейгарнік, П. Карпова, С. Корсакова, І. Крук, О. Лурії, В. Мясищева, І. Павлова, С. Рубінштейн, В. Сеченова, О. Соколової, В. Уйтмера, К. Ясперса та багатьох інших.

Поштовхом для відокремлення патопсихології як відносно самостійної наукової галузі стала праця В. Вундта «Основи фізіологічної психології» (1874). В подальшому роботу свого вчителя, спрямовану на формування та розвиток нового напрямку психології, продовжив Л. Уйтмер. Саме він організував при Пенсільванському університеті психологічну клініку для

розумово відсталих та душевно хворих дітей, розробив курс лекцій за даною проблемою, став засновником журналу «Психологічна клініка» (1907) та запропонував нову спеціалізацію для психологів – клінічну психологію. Слід відзначити, що диференціювання таких наукових галузей як «клінічна психологія» та «патопсихологія» тривало протягом не одного десятиліття, а на початкових етапах свого формування предмет клінічної психології зводився виключно до вивчення психологічних особливостей осіб із психічними розладами чи зниженням інтелекту.

Поняття психологічного експерименту у психіатричну клініку вводить Е. Крепелін. Саме використання асоціативного експерименту надало змогу показати відмінності асоціацій при шизофренії та маніакально-депресивному психозі (біполярному афективному розладі). Е. Крепелін закладає фундамент не лише для експериментальної патопсихології, а й для формування та розвитку нової психологічної галузі – диференційної психології. Не менш важливим є внесок Т. Рібо, саме він вивчав зміни пам'яті, особистості, почуттів при психічних розладах.

Їх учні Е. Кречмер та П. Жане у 20-х роках минулого століття видали перші підручники з клінічної психології. Е. Кречмер набув популярності завдяки роботі, у якій він пов'язує особливості тілобудови людини та її характеру (темпераменту)<sup>1</sup> – «Körperbau und Charakter» (1921). Окрім того, що у даній роботі автор проводить чіткий взаємозв'язок між типом будови тіла та характерологічними рисами, він також намагається встановити залежність між конституцією людини та психічними розладами, які охарактеризував Е. Крепелін (йдеться про шизофренію та біполярний афективний розлад). П. Жане акцентує увагу на клінічному спостереженні як на провідному методі дослідження. Окрім того, сферу інтересів П. Жане складала еволюційні теорії, присвячені рівням поведінки. Саме з рівнями поведінки П. Жане пов'язував психічні розлади особистості. Для прикладу,

---

<sup>1</sup> Автор ототожнює дані психічні властивості.

при неврозі поведінка людини знаходиться на верхньому рівні, а при глибокій розумовій відсталості (ідіотії) – на рівні рефлексів.

Основоположником вітчизняного патопсихологічного напрямку прийнято вважати В. Бехтерева (1857-1927). У 1907 році В. Бехтеревим був заснований психоневрологічний інститут для «изучения мозга и его отправления...», який став першим у світі. В. Бехтеревим було здійснено значний внесок у розвиток фізіології, медицини та психології. До основних здобутків В. Бехтерева у галузі психології належать такі:

- 1) дослідження проблем гіпнозу та навіювання, у тому числі при алкоголізмі;
- 2) сприяння проведенню теоретичних, експериментальних та психотерапевтичних робіт з психоаналізу, разом із тим – критика даного напрямку психотерапії;
- 3) вивчення взаємозв'язку між нервовими та психічними захворюваннями; клініки та патогенезу галюцинацій;
- 4) характеристика ряду форм нав'язливих станів, різних проявів психічного автоматизму;
- 5) впровадження у практику психотерапевтичних методів лікування неврозів та алкоголізму.

У 1911 році виходять перші посібники з експериментальної патопсихології, які не втратили своєї актуальності й до сьогодні. Йдеться про книгу О. Бернштейна, присвячену характеристиці методик експериментально-психологічного дослідження, та «Атлас психологічного дослідження особистості», автором якого є Ф. Рибаків.

У 1920 році Л. Виготським були започатковані нейропсихологічні дослідження, результати яких надали автору можливість проаналізувати зміни вищих психічних функцій при локальних ураженнях ЦНС.

Методологічний фундамент патофізіологічної теорії неврозів та їх психотерапії було закладено І. Павловим.

Значний фактичний матеріал у галузі патопсихології було накопичено у період Другої світової війни такими дослідниками як Б. Ананьєв, Б. Зейгарнік, О. Леонт'єв, О. Лурія, С. Рубінштейн та багато інших. Науковці працювали у воєнних госпіталях та допомагали пораненим із ураженням головного мозку відновити порушені психічні функції.

У післявоєнний період (починаючи з 1949 р.) за ініціативи С. Рубінштейн курс патопсихології почав викладатися у Московському державному університеті ім. М. Ломоносова на психологічному відділенні філософського факультету; з 1967 року – у Київському національному університеті імені Тараса Шевченка (на базі міської психіатричної лікарні імені акад. І. Павлова під керівництвом фундатора патопсихології в Україні В. Блейхера).

У 1956 році у журналі «Питання психології» було надруковано статтю В. М'ясищева «Про значення психології для медицини». У 1965 році при Московському державному університеті було відкрито факультет психології та кафедру пато- та нейропсихології. Через рік на базі Ленінградського державного університету теж було відкрито факультет психології та спеціалізацію з медичної психології.

Доповіді патопсихологів зачитувалися на Всесоюзних з'їздах психологів (1959, 1963, 1971). До основних проблемних питань патопсихології відносилися такі:

- значення патопсихології для теорії загальної психології;
- проблема компенсації;
- проблема патології мислення та особистості.

Згадуючи видатних дослідників у галузі патопсихології, не можна оминати увагою ім'я Б. Зейгарнік – авторки «ефекту (феномену) Зейгарнік», сутність якого полягає в тому, що незавершені дії запам'ятовуються краще, ніж завершені. Б. Зейгарнік, разом із О. Лурією на протязі багатьох років очолювала кафедру нейро- та патопсихології Московського державного університету ім. М. Ломоносова.

Серед найбільш відомих прізвищ українських психологів та психіатрів, які працювали чи продовжують працювати у напрямі розвитку патопсихології, слід згадати В. Блейхера, А. Відренка, П. Ковалевського, І. Крук, Й. Поліщука, І. Сікорського, Б. Херсонського та багатьох інших.

Станом на сьогодні в Україні фахівців із патопсихології випускають провідні педагогічні та медичні заклади вищої освіти.

### **3. Методологічний базис патопсихології**

Основними *принципами* патопсихологічного дослідження вважають такі:

1. Якісний аналіз форм розпаду психіки, розкриття механізмів порушення психічної діяльності та можливостей їх відновлення.
2. Врахування особистісного ставлення хворого до проведення експериментального дослідження.
3. Виявлення структури змінених та збережених форм психічної діяльності.
4. Використання в проведенні експериментального дослідження різноманітних нескладних діагностичних методик з метою виявлення дисимуляції (приховування основних ознак хвороби), симуляції, агравації (перебільшення власних страждань) захворювання.

Провідним методом дослідження у патопсихології є *патопсихологічний експеримент*. Патопсихологічний експеримент – це штучно створені умови, що виявляють ті чи інші особливості психічної діяльності особистості в її патології. Основна різниця між експериментом у загальній психології та у патопсихології полягає у тому, що патопсихолог обстежує пацієнта, який страждає на психічний розлад. Це визначає техніку проведення процедури, її тривалість, необхідність врахування ставлення пацієнта до процедури обстеження.

С. Рубінштейн виділила три способи видозміни умов, що впливають на психічний стан обстежуваного і зменшують або збільшують властиві хворому психологічні зміни. До таких способів належать:

- 1) зміна ситуації, в яку на період обстеження поміщують хворого;
- 2) спеціальне варіювання діяльності хворого;
- 3) зміна психічного стану хворого шляхом медикаментозного впливу.

За М. Роговіним, у процесі проведення патопсихологічного експерименту виділяють три етапи:

*Перший етап (орієнтувальний)* – пред'явлення пацієнту психологічної проби, що створює експериментальну ситуацію.

*Другий етап* – пошук таких психологічних проб, у виконанні яких має проявитися психологічна структура порушення.

*Третій етап (заключний)* – співставлення результатів, отриманих при виконанні психологічних проб.

Ще один із методів, що набув широкого поширення – це *бесіда*. *Бесіда* – це метод отримання інформації на основі вербальної комунікації. Бесіда з хворим складається з двох частин.

*Перша частина* – спілкування психолога та пацієнта поза межами експериментального дослідження. Дана бесіда залежить від завдань патопсихологічного дослідження, стану хворого, даних історії хвороби. Перша бесіда з пацієнтом має не лише діагностичне значення, а й є важливим психотерапевтичним чинником, саме тому її слід продумано організувати та проводити.

*Друга частина* – виконання експериментальних завдань, що за своєю сутністю є своєрідним видом допомоги хворому (просте перепитування, схвалення або стимуляція дій хворого, питання щодо мотивації дій, стимулюючі запитання, підказки, показ з проханням самостійно повторити дію та ін.). Усі реакції хворого на надання допомоги відображають у протоколі.

При проведенні бесіди варто враховувати:

- 1) особливості контакту з хворим. Можливі варіанти контакту: уникнення, формальний контакт, байдужість, грубість, ворожість тощо;
- 2) ставлення хворого до ситуації обстеження;
- 3) особливості вербальної та невербальної комунікації;
- 4) позицію хворого стосовно власного захворювання, характер скарг (відсутність скарг, скарги психічного чи соматичного характеру);
- 5) стан пацієнта, його інтелектуальний рівень, особливості мислення;
- 6) взаємозв'язок патологічних симптомів із поведінкою хворого;
- 7) правила психологічної етики та деонтології.

Досить широко використовується у патопсихології метод **спостереження**. *Спостереження – це систематичне і цілеспрямоване сприйняття психічних явищ з метою встановлення їх специфічних змін в певних умовах і пошуку смислу цих явищ.* Важливо відмітити особливості зовнішнього вигляду хворого, вираз обличчя, емоційні реакції, поведінку в ході проведення обстеження.

В окремих випадках, залежно від завдань дослідження, використовують і інші методи: **тести, особистісні опитувальники, проєктивні методи.**

Слід зазначити, що використання тестів залишається неоднозначним питанням у патопсихології, тут тести залучаються для вирішення вузького діапазону завдань, як правило, вони відіграють допоміжну роль.

Зазвичай для дослідження одного хворого достатньо використати 8-9 методик відповідно до завдань дослідження. При виборі методик враховують:

- 1) мету дослідження;
- 2) освіту хворого та його життєвий досвід;
- 3) особливості контакту.

Підбір методик здійснюють за принципом «від простого до складного».

#### **4. Порядок проведення експериментально-психологічного дослідження**

У проведенні патопсихологічного дослідження розрізняють декілька етапів. Перший етап здійснюється ще до знайомства психолога з хворим і зводиться до формулювання клінічного завдання. Питання про доцільність патопсихологічного дослідження вирішує лікар. Психолог знайомиться з завданнями дослідження, вивчає історію хвороби пацієнта, за необхідності збирає анамнез. *Анамнез – інформація про життя пацієнта, перенесені ним захворювання, початок та протікання психічного розладу.* Анамнез може бути *суб'єктивним* (зі слів хворого) та *об'єктивним* (зі слів родичів, оточуючих). Важливу роль в успішності дослідження відіграє стан хворого. Перешкодою для дослідження є прийом хворим психотропних препаратів. Повторне дослідження бажано проводити в той же час, що і первинне. Усі результати дослідження, а також судження хворого у процесі роботи заносяться до протоколу. Протоколи краще вести на окремих листках, які потім скріплюються.

Бесіду з хворим починають із розпитування про паспортні дані (перевірка мнестичної функції). В подальшій бесіді уточнюють стан пам'яті (короткочасної та довготривалої), уваги, свідомості. Визначають орієнтування хворого у часі, місці, власній особистості. Перевіряють наявність або відсутність усвідомлення психічного розладу, ставлення до факту поміщення у психіатричну лікарню, до обстеження. Пацієнтові обов'язково пояснюють мету проведення бесіди. Пояснення повинне базуватися на правилах етики та деонтології. Вияснюють особливості особистості хворого до початку психічного розладу, визначають культурний рівень пацієнта, рівень його освіти, ерудиції, коло інтересів та потреб.

Виконанню завдань кожної методики передують інструкції. Слід пам'ятати, що спрямування методики може змінитися навіть при незначних, на ваш погляд, змінах інструкції.

Іноді доцільно показати приклад виконання завдання (що фіксують у протоколі). Для оцінки результатів слід з'ясувати, наскільки ефективною була допомога експериментатора.

Важливим є завершальний етап, що включає аналіз отриманих даних, їх узагальнення, підготовку заключення, яке повинно відображати якісні особливості протікання психічних процесів у досліджуваного.

Слід пам'ятати, що заключення має надавати відповідь на запитання, які лікар поставив перед психологом, та не повинне дублювати протокол обстеження. Якщо у протоколі ми дослівно записуємо результати обстеження, то у заключенні робимо узагальнені висновки на основі даних результатів.

Єдиної форми заключення не існує. Структура заключення містить такі основні пункти:

1. Скарги хворого на стан пам'яті, уваги, порушення розумової працездатності. Варто пам'ятати, що скарги соматичного характеру відображати недоцільно.

2. Опис того, як хворий працював у ситуації дослідження: характеристика поведінки, ставлення до завдань, прояв критичності до результатів власної діяльності.

3. Відомості про характер пізнавальної діяльності та емоційно-вольової сфери пацієнта. Тут описують провідне порушення, а також збережені сторони психічної діяльності. Дана частина заключення повинна відповідати на конкретне питання клініки.

4. Відомості про особистісні особливості пацієнта.

5. В кінці роблять резюме, що відображає найбільш важливі дані, отримані при обстеженні. Дані повинні виражати структуру основного патопсихологічного синдрому, що був виявлений при дослідженні.

Варто зазначити, що психолог не має компетенції для постановки психіатричних діагнозів. Резюме може містити дані про діагноз

захворювання, але опосередковано, через опис структури порушень, які були виявлені в експерименті.

## 5. Ознаки психічного розладу

Критерії норми зазвичай співвідносяться із поняттям «здоров'я». За визначенням ВООЗ, *загальне здоров'я – це стан повного фізичного, соціального та психічного благополуччя, а не лише відсутність хвороби.*

Важливою складовою загального здоров'я є **здоров'я психічне**, його критеріями за визначенням ВООЗ є такі:

- відчуття та почуття неперервності, постійності та ідентичності власного фізичного та психічного Я;
- відчуття постійності та ідентичності переживань у однотипних ситуаціях;
- критичність до себе, своєї психічної діяльності та її результатів;
- відповідність психічних реакцій силі та частоті впливів навколишнього середовища, соціальним умовам та ситуаціям;
- здатність самоуправління поведінкою у відповідності з соціальними нормами, правилами та законами;
- здатність планувати та реалізувати власну життєздатність;
- здатність змінювати спосіб поведінки залежно від життєвих ситуацій та обставин.

***Хвороба** – це специфічний стан організму в цілому, що негативно впливає на функціонування окремих його частин.*

Відповідно до МКХ-10, поняття «психічне захворювання» замінено на поняття «психічний розлад».

***Психічний розлад** – це хвороботворний стан із психопатологічними чи поведінковими проявами, пов'язаний із порушенням функціонування організму в результаті впливу біологічних, соціальних, генетичних чи хімічних чинників. Він визначається ступенем відхилень від поняття «психічне здоров'я».*

Ознаку порушення тієї чи іншої психічної функції називають *симптомом*. При психічних розладах одночасно може бути порушено декілька психічних функцій.

Множину симптомів психічних розладів прийнято поділяти на *явні* та *приховані*. *Явні симптоми* – це ті, що проявляються відразу при обстеженні хворого. *Приховані* – ті, які потребують проведення додаткового обстеження.

Окрім цього, симптоми поділяють на *позитивні* та *негативні*. *Позитивними (продуктивними)* називають симптоми, за яких відмічається патологічна продукція. Прикладом позитивної симптоматики можуть бути галюцинації, марення (маячення), гебефренні симптоми тощо. *Негативними (дефіцитарними)* називають симптоми, які включають ознаки зворотного або стійкого стаціонарного чи регресивного випадіння чи дефекту. Як приклад негативних симптомів можна назвати амнезію, гіпобулію, розірваність мислення, аутизм та ін.

Існує також поділ симптомів на *основні, додаткові* та *факультативні*, проте їх можна визначити лише після визначення синдрому.

*Синдром* – це строго формалізоване поєднання симптомів, які пов'язані єдиним патогенезом і співвідносяться з певними нозологічними формами.

*Основні симптоми* – це симптоми, що обов'язково наявні у структурі синдрому і визначають належність останнього до тієї чи іншої групи.

*Додаткові симптоми* – симптоми, що не визначають належності синдрому до певної групи, проте підтверджують його структуру. Вони можуть бути наявні або відсутні у складі синдрому, можуть бути явні або приховані.

*Факультативні симптоми* – це неінформативні симптоми, які то з'являються, то зникають.

Множину синдромів прийнято поділяти на *прості* та *складні*. *Прості* – це синдроми, провідним у яких є лише один симптом. У складних синдромах провідних симптомів два та більше.

Синдроми також можуть бути *позитивними* та *негативними*. *Позитивні* – синдроми, у структурі яких переважають позитивні симптоми, у структурі негативних синдромів переважають негативні симптоми.

До основних патопсихологічних синдромів належать: *шизофренічний*, *афективно-ендогенний* (у клініці йому відповідає біполярний афективний розлад), *олігофренічний*, *екзогенно-органічний* (екзогенно-органічні враження головного мозку, черепно-мозкові травми та ін.), *ендогенно-органічний* (прикладом може слугувати істинна епілепсія), *особистісно-аномальний* (акцентуації характеру та специфічні розлади особистості), *психогенно-психотичний* (реактивні психози), *психогенно-невротичний* (неврози та невротичні реакції). В таблиці 1 представлено коротку характеристику перерахованих симптомокомплексів.

Таблиця 1

### Характеристика патопсихологічних синдромів

<i>Назва симптомо-комплексу</i>	<i>Особистісно-мотиваційні порушення</i>	<i>Психічні розлади</i>
Шизофренічний симптомокомплекс	<i>Мислення</i> – порушення цілеспрямованості та смислоутворення при збереженні операційної сторони мислення	Шизофренія
	<i>Емоційно-вольова сфера</i> – зміна структури та ієрархії мотивів; емоційні розлади; зміна самооцінки та самосвідомості	

Особистісно-аномальний (психопатичний) симптомокомплекс	<i>Порушення мислення</i> – порушення прогнозування та опору на минулий досвід, «відносна афективна недоумкуватість». <sup>2</sup>	Акцентації та специфічні розлади особистості
	<i>Емоційно-вольова сфера</i> – порушення структури та ієрархії мотивів, неадекватність самооцінки та рівня домагань	
Органічний (екзо та ендогенний) симптомокомплекс	<i>Порушення пізнавальних процесів:</i> <i>Мнестичні порушення</i> стосуються як короткочасної, так і оперативної пам'яті. <i>Порушення уваги та розумової працездатності.</i> Порушення операційної сторони мислення та цілеспрямованості, загальне зниження інтелекту	Екзогенні та ендогенні враження головного мозку
	<i>Емоційно-вольова сфера</i> – зміна емоційної сфери із афективною лабільністю, порушенням критичності та самоконтролю	
Олігофренічний симптомокомплекс	<i>Мислення</i> – примітивність, конкретність, нездатність до абстрагування, формування понять, дефіцит інтелекту	Розумова відсталість
	<i>Емоційно-вольова сфера</i> – емоційні розлади, підвищена чутливість до стороннього впливу, переконань, навіювань	

Нижче представлено варіанти завершення психічного розладу.

**Одужання.** Досягається той же рівень здоров'я, що й перед спалахом психічного розладу, психічний розлад більше не повторюється. Структура особистості описується поняттям «преморбідна особистість», тобто така, як і до виникнення розладу.

<sup>2</sup> Відносна недоумкуватість – неповноцінність інтелектуального функціонування, пов'язана з порушенням співвідношення між можливостями інтелекту та цілями, які перед собою ставить суб'єкт. Афективна недоумкуватість – порушення, пов'язане з тим чи іншим афективним відношенням людини до завдання, яке потребує вирішення.

**Повна ремісія.** Ніяких ознак чи симптомів психічного розладу немає, проте постає проблема, що психічний розлад може проявитися знову.

**Часткова ремісія.** Є окремі симптоми або ознаки, проте вони не задовольняють категорії розладу.

**Перехід у хронічну форму.** Є ознаки захворювання, проте не гострі.

**Зміни особистості.** При цьому особистість характеризується як постморбідна.

**Смерть.** При психічних захворюваннях найчастіше причиною смерті є суїциди та нещасні випадки.

Завершення психічного розладу залежить від його нозологічної форми, характеру протікання, віку хворого, преморбиду особистості, соціального оточення тощо.

### ***Запитання та завдання для самоконтролю***

1. Надайте визначення патопсихології як галузі наукових знань. Що є об'єктом та предметом патопсихології?
2. Назвіть та охарактеризуйте основні завдання патопсихології.
3. Розкрийте взаємозв'язок патопсихології з іншими психологічними науками.
4. Які існують принципи патопсихологічного дослідження?
5. Які Ви знаєте основні методи патопсихологічного дослідження? Надайте характеристику даним методам.
6. Розкрийте особливості вибору методик дослідження у патопсихології.
7. Охарактеризуйте етапи патопсихологічного дослідження.
8. Розкрийте особливості написання заключення.
9. Назвіть основні критерії психічного здоров'я.
10. Надайте визначення поняттю «психічний розлад» та розкрийте основні варіанти завершення психічного розладу.
11. Порівняйте поняття «симптом» та «синдром».

12. Надайте характеристику основним патопсихологічним симптомокомплексам.

## ТЕМА 2. РОЗЛАДИ ПСИХІЧНИХ ПІЗНАВАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ ОСОБИСТОСТІ

### План

1. Розлади відчуттів та сприймань.
2. Увага та її порушення.
3. Патологія пам'яті.
4. Мислення як психічний пізнавальний процес та його порушення.
5. Патопсихологічне дослідження пізнавальних процесів.

### 1. Розлади відчуттів та сприймань

Сенсорні процеси – це психофізіологічні процеси отримання інформації, що залежать від оточуючого середовища, стану організму й сенсорної системи.

***Відчуття** – це відображення в мозку людини окремих властивостей та якостей предметів і явищ оточуючої дійсності при їх безпосередньому впливові на органи чуття.*

Множину порушень чутливості поділяють на дві групи – кількісні та якісні.

До **кількісних порушень чутливості** належать: гіперестезія, гіпестезія (гіпопатія) та анестезія.

***Гіперестезія** – це посилення інтенсивності відчуттів. При цьому подразники, що знаходяться у зоні фізіологічного комфорту, викликають надмірно інтенсивну реакцію. Це відбувається у зв'язку зі зниженням порогів абсолютної чутливості. При даній патології світло може здаватися надто яскравим, звук – надто голосним, дотик – грубим та ін.*

***Гіпестезія (гіпопатія)** – зниження інтенсивності відчуттів внаслідок різкого зростання порогів абсолютної чутливості.*

***Анестезія** – втрата чутливості, зокрема больової, навіть при впливові значних за силою подразників.*

Кількісні порушення чутливості широко представлені у клініці нервових захворювань. Зокрема, особливостями порушень відчуттів при неврозах вважають їх нестабільність, відсутність чіткої локалізації, незначне вираження вегетативних та трофічних розладів, яскраве забарвлення переживань або, навпаки, відсутність скарг, коли порушення чутливості виявляються лише при об'єктивному дослідженні. Для сучасної клініки неврозів найбільш типовими є порушення больової чутливості, а саме, больова гіперестезія.

**До якісних порушень чутливості** належать: сенестопатії та парестезії.

***Сенестопатії** – аморфні, в більшості випадків неприємні, незвичні відчуття зі сторони внутрішніх органів, для опису яких хворі часто вдаються до порівнянь, метафор чи аналогій. Термін «сенестопатія» був запропонований французьким психіатром Ернестом Дюпре у 1907 році. Прикладами сенестопатій можуть слугувати відчуття печіння, розпирання, тиску у грудях, переливання рідини у тілі, напруження тощо. Для сенестопатій характерною є відсутність предметності переживань та чіткої локалізації. У більшості випадків поява сенестопатій супроводжується емоційним напруженням, тривогою, відчуттям вітальної загрози (загрози життю). У дошкільному віці сенестопатії характеризуються як псевдобольові відчуття у животі та кінцівках, у молодшому шкільному та підлітковому віці – носять більш окреслений характер. Сенестопатії є частим симптомом психічних розладів, вони входять до структури іпохондричного маячення, депресивного синдрому, синдрому психічного автоматизму та ін.*

***Парестезії** – шкірні відчуття, які виникають без відповідних зовнішніх подразників. Прикладом можуть бути «повзання мурашок», оніміння, поколювання, пульсації, печіння, тиску, відчуття болю у коренях волосся, вологості шкіри, перегрівання та ін. Це нейропсихологічний симптом, що є*

ознакою захворювання нервової системи, її центрального чи периферичного відділу.

До порушень чуттєвого пізнання належать також порушення сприймання. *Сприймання* – це відображення в мозку людини предметів та явищ оточуючої дійсності в сукупності їх властивостей та якостей при їх безпосередній дії на органи чуття. Порушення сприймання можуть стати як результатом психічних розладів, так і наслідком враження кори головного мозку. Найбільш поширеними з них є *агнозії, псевдоагнозії, галюцинації та псевдогалюцинації*.

*Агнозії* – це розлади впізнавання, що виникають внаслідок органічного враження певних ділянок кори великих півкуль головного мозку. При цьому відчуття зберігаються, проте процес сприймання порушується. Агнозії поділяють на зорові, слухові, полімодальні тощо (див. табл. 2).

Таблиця 2

### Класифікація агнозій

	<i>Назва</i>	<i>Ділянка враження головного мозку</i>	<i>Особливості сприймання</i>
<i>Зорові агнозії</i>	<i>Предметна</i>	Потилична чи тім'яно-потилична ділянка. Описані випадки задньо-скроневої локалізації.	Порушене зорове впізнавання окремих реальних предметів та їх зображень.
	<i>Лицева (прозопагнозія)</i>	Права нижньо-потилична ділянка.	Порушене розпізнавання облич.
	<i>Оптико-просторова</i>	Верхні тім'яно-потиличні ділянки.	Порушене орієнтування у просторі, розрізнення правої та лівої сторін.
	<i>Буквенна</i>	Межа між потиличною та скроневою частками зліва.	Порушене сприймання літер, письмового тексту.

	<i>Кольорова</i>	Ліва потилична частка та прилеглі ділянки.	Може протікати у вигляді кольорової сліпоти.
	<i>Симультанна</i>	Передні відділи лівої потиличної ділянки.	Хворі не можуть встановити зв'язок між деталями та зрозуміти зміст сюжету на картинах.
<i>Слухові агнозії</i>	<i>Мовленнєво-слухова агнозія</i>	Звивина Гешля (двохстороннє враження).	Елементарний слух збережений, проте хворі не розуміють зверненої мови.
	<i>Сенсорна амузія</i>	Передньо-середні відділи правої скроневої ділянки.	Утруднене впізнавання та неможливість ідентифікації мелодій.
	<i>Моторна амузія</i>	Задні відділи другої лобової звивини.	Неможливість відтворити мелодію.
<i>Шкірно-кінестетичні</i>	<i>Аутоагнозія</i>	Тім'яна ділянка.	Порушене впізнавання частин тіла і їх розміщення по відношенню одна до одної.
	<i>Анозогнозія</i>	Тім'яна ділянка.	Неусвідомлення або недооцінка дефекту.

*Псевдоагнозії* – це результат порушення мотиваційного компоненту сприймання. Часто спостерігаються при враженні лобних ділянок кори

великих півкуль головного мозку (дані ділянки відповідають за формування цілей поведінки та довільних вольових зусиль задля їх досягнення).

*Порушення сприймання, при якому образи, що виникають, не мають під собою реального подразника, мають назву галюцинацій.* Множину галюцинацій поділяють на *істинні* та *псевдогалюцинації*. Істинні галюцинації класифікують відповідно до органів чуття. Розрізняють *зорові, смакові, нюхові, слухові та тактильні* галюцинації, до тактильних – *наближені вісцеральні*, які локалізуються хворим в глибині тіла, підшкірній клітковині, кістках, внутрішніх органах, головному мозку. На відміну від сенестопатій, вісцеральні галюцинації завжди носять характер конкретних переживань. При *вісцероскопічних* галюцинаціях галюцинаторний образ не лише відчувається хворим, а й візуалізується ним всередині тіла.

Слухові галюцинації досить часто є *імперативними* (такими, що мають наказовий характер). Галюцинації, що виникають у період засинання, називаються *гіпногогічними*. Такі галюцинації є однією з перших ознак алкогольного делірію. Галюцинації, які виникають у період пробудження, називаються *гіпнопомпічними*.

Галюцинаторні образи можуть бути зменшеними – *мікропсихичними* або збільшеними – *макропсихичними*.

Окремо виділяють *метаморфозії* – порушення сприймання простору, форми та розміру предметів.

Слід пам'ятати, що хворі завжди ставляться до галюцинацій як до реально існуючих. Істинні галюцинації мають зовнішню проекцію та чуттєве забарвлення.

Псевдогалюцинації вперше були описані В. Кандинським у 1890 р. *Псевдогалюцинації визначають як помилкові образи без проекції ззовні, вони ніби позбавлені об'єктивної реальності.* Хворі чують голоси у себе всередині, вони походять із грудної клітини, голови, живота, серця тощо. Хворі говорять про те, що вони «чують внутрішнім вухом», «бачать внутрішнім оком». Іноді хворі говорять про образи, які розміщені поза тілом,

проте сприймаються не очима, а мозком. Псевдогалюцинації частіше виникають на фоні зміненої свідомості або у нічний час на фоні втоми та сонливості. З відновленням свідомості з'являється критичний стан до перенесеного.

Розглянемо критерії розрізнення істинних та псевдогалюцинацій, запропоновані В. Банщиковим (див. табл. 3).

Таблиця 3

**Критерії розрізнення істинних та псевдогалюцинацій  
(за В. Банщиковим)**

<i><b>Критерій розрізнення</b></i>	<i><b>Істинні галюцинації</b></i>	<i><b>Псевдогалюцинації</b></i>
Критерій проєкції	Зовнішня проєкція в межах можливого чуттєвого сприймання	Проєкція всередині тіла хворого або поза досягненням для органів сприймання
Критерій об'єктивної реальності та чуттєвої яскравості	Мають риси реального сприймання, ототожнюються з реальними об'єктами	Позбавлені чуттєвої яскравості
Критерій «поробленості»	Не характерний	Пов'язуються хворими з діями певних осіб, які за допомогою телепатії чи технічних пристроїв викликають певні сприймання
Критерій актуальності поведінки	Хворі поводять себе відповідно до змісту галюцинацій	Хворі займають позицію пасивного спостерігача
Критерій соціальної впевненості	Хворі переконані, що інші люди сприймають те саме, що й вони	Хворі вважають, що ці явища мають суто особистий характер

Критерій залежності від часу доби	Інтенсивність галюцинацій посилюється ввечері	Залежність від часу доби не характерна
-----------------------------------	---	--

Характер галюцинацій має залежність від психічного розладу. Так, при алкогольних психозах для слухових галюцинацій характерними є діалоги, голоси, що дразнять хворого, говорять про нього у третій особі. Часто голоси антагоністичні. Зорові галюцинаторні образи дрібні, множинні, рухливі. Образи часто нереальні: «Іде він через греблю попід вербами, коли гляне на воду, з-під греблі вискочив чорненький хлопчик з маленькими ріжками, з здоровою головою та й побіг за ним слідком. Кайдаш пішов швидше, а чорний хлопчик біг за ним та приказував за кожним ступенем: туп, туп, туп, туп!.. Кайдаш пішов стежкою понад ставком, з берега плигали цілими сотнями маленькі, як жаби чортики, пірнали, знов виринали й дразнилися з його язиками» (І. Нечуй-Левицький).

Для шизофренії характерними є сенестопатії, голосові галюцинації типу «тихих голосів», псевдогалюцинації: «І тут з'явився Капітан... Я повинна тільки вірити в нього і робити все, що він скаже. Я так і поступала. Це виявилось зовсім не складно, принаймні на початку. «Тобі потрібно більше попрацювати над цим завданням», – говорив Капітан. І я переписувала завдання ще раз. «Поки ще не дуже добре», – говорив Капітан. Перепиши ще раз!» Я вірила йому. І я переписувала завдання ще раз, відшуковуючи у довіднику нові факти і виправляючи план твору» (А. Лаувенг).

Психологічне дослідження при виявленні галюцинацій відіграє допоміжну роль. Як правило, з метою встановлення наявності галюцинацій у хворого використовують метод бесіди та спостереження. Також у якості допоміжного діагностичного інструментарію можна використати опитувальник ММРІ та його модифікацію – СМДО. До тверджень, що дозволяють запідозрити наявність галюцинацій у хворого, належать такі: «Я

часто чую голоси незрозумілого походження, які йдуть невідомо звідки»; «Дехто має владу над моїм розумом»; «Іноді я відчуваю дивні запахи»; «Коли я залишаюся на самоті, я чую дивні речі». Ствердні відповіді за даними пунктами призводять до підвищення показників за VIII шкалою ММРІ (шкала шизофренії) та СМДО (шкала індивідуалістичності).

Проективні методики можуть постачати дані про зміст галюцинаторних переживань, проте трапляється це досить рідко, навіть у хворих, які інтенсивно галюцинують.

## 2. Увага та її порушення

*Увага* – це зосередженість діяльності суб'єкта в певний момент часу на якомусь реальному чи ідеальному об'єкті (предметі, події, образі, міркуванні тощо).

Найчастіше у патопсихологічній практиці зустрічаються такі порушення уваги: порушення стійкості уваги (неуважність), гіперметаморфоз уваги, звуження об'єму, виснажуваність, інертність.

*Порушення стійкості уваги (неуважність)* має місце у двох варіантах. Перший – *розсіяність уваги (порхаюча увага)* – увага легко переключається та важко концентрується. У психіатрії дане порушення зустрічається на початкових етапах психічних розладів. Другий – *слабка концентрація уваги та слабка здатність до переключення*. Може бути у похилому віці у людей із церебральним атеросклерозом, при хронічному алкоголізмі та наркоманії, на пізніх стадіях шизофренії.

*Гіперметаморфоз уваги* – підвищена здатність до відволікання. Спостерігається надмірна рухливість уваги, постійний перехід від одного виду діяльності до іншого. При виконанні коректурної проби та інших завдань хворі пропускають окремі рядки в таблиці, закреслюють інші символи, забувають інструкцію. У дитячій практиці дана патологія проявляється в ході сюжетно-рольової гри.

*Звуження об'єму уваги* – патологічне зосередження, що обумовлене слабкістю розподілу уваги. Зустрічається при пухлинах головного мозку та при невротичних розладах.

*Виснажуваність уваги* – прогресуюче послаблення інтенсивності уваги в процесі роботи. Виявляється у різкому зниженні якості та темпу виконання завдання. Спостерігається при черепно-мозкових травмах та інших органічних враженнях головного мозку, при реактивних межових станах, при посттравматичних станах.

*Інертність уваги* – неможливість своєчасного переключення або патологічна фіксація уваги. Зустрічається при епілепсії, психопатоподібній формі шизофренії тощо.

Для дослідження порушень уваги у патопсихології використовують коректурну пробу, таблиці Шульте, рахунок за Крепеліним, пробу Мюнстерберга, відраховування від 100 по 7 та ін.

### **3. Патологія пам'яті**

*Пам'ять* – це психічний процес, який відображає досвід людини шляхом запам'ятовування, зберігання та наступного відтворення. Основними процесами пам'яті є зберігання, відтворення та забування.

Можемо видіти три основні напрями досліджень, спрямованих на вивчення порушень пам'яті у людини:

I. Клінічний напрям. Представлений, переважно, працями провідних лікарів-психіатрів, серед яких С. Корсаков, В. Гіляровський, С. Жислін та ін. В межах даного напрямку розлади пам'яті пов'язуються з певними синдромами та нозологічними одиницями.

II. Психофізіологічний та нейропсихологічний напрям (В. Пенфілд, О. Лурія, Н. Киященко та ін.). Представники даного напрямку здійснювали аналіз психофізіологічної природи пам'яті, вивчали особливості мнестичних порушень, що виникають при враженні головного мозку.

III. Психологічний напрям. Представлений дослідженнями таких видатних науковців як О. Леонтьєв, Г. Біренбаум, Р. Меєрович, Б. Зейгарнік, Б. Беженашвілі та ін. У своїх роботах вони піддають аналізу розлади пам'яті з позиції теорії про предметну діяльність.

Множину порушень пам'яті поділяють на **кількісні та якісні**. До кількісних належать дисмнезії, до якісних – парамнезії. Розглянемо детальніше кожне порушення.

### **Кількісні порушення пам'яті**

*Гіпомнезія* – це послаблення пам'яті, порушення здатності до запам'ятовування або відтворення інформації. Навіть, якщо спогади відтворюються, вони можуть супроводжуватися сумнівами. Гіпомнезія може бути *рівномірною* та *нерівномірною*, *частковою* та *епізодичною*, *стійкою* та *незворотною*. Часто розпочинається з забування дат, чисел, термінів, понять, прізвищ, страждає орієнтування у часі та порушується сприймання часу. У хворих із гіпомнезією зберігається критичне відношення до ослаблення пам'яті.

*Амнезія* – суттєве послаблення або повна втрата пам'яті. Амнезія може бути *прогресуюча* або *фіксована*, а також *антероградна* (події, які відбулися після захворювання) та *ретроградна* (на події, які передували захворюванню), може бути *антероретроградна* амнезія.

*Гіпермнезія* – хворобливе загострення пам'яті, що проявляється у *надмірності та неконтрольованості спогадів*. Зазвичай, йдеться про загострення нижчих форм пам'яті (механічної та образної) за рахунок ослаблення смислової. Часто зустрічається при маніакальних та гіпоманіакальних станах, на початку алкогольного та гашишного сп'яніння, при шизофренії тощо. Може бути *парціальною* (наприклад, здатність до запам'ятовування цифр), не залежить від рівня інтелекту, в деяких випадках зустрічається при розумовій відсталості (тоді говорять про вроджену гіпермнезію).

### **Якісні порушення пам'яті (парамнезії)**

**Псевдоремінісценції («ілюзії пам'яті» за С. Корсаковим)** – спогади про реальні події, які переносяться хворим у інший часовий період. Наприклад, хворий, який перебуває у лікарні, розповідає про те, що нещодавно прийшов із роботи.

**Конфабуляції («галюцинації пам'яті» за С. Корсаковим)** – псевдоспогади, пов'язані з подіями минулого життя, які заповнюють пробіли у пам'яті. Зміст конфабуляцій може бути ззовні правдоподібним, фантастичним або зверненим у дитинство. Хворий переконаний, що події дійсно мали місце у його житті. Конфабуляції відрізняються від псевдоремінісценцій високою продуктивністю, різноманітністю, незвичністю, елементами ірреальності, наявністю патологічної діяльності хворого.

**Криптомнезії** – присвоєння спогадів. Криптомнезії поділяються на істинні та псевдокриптомнезії. **Істинні** – це присвоєння подій, побачених у кіно, вчитаних у книзі, почутих по радіо (ненавмисний плагіат). **Псевдокриптомнезії** – події, які відбуваються з хворим, сприймаються як такі, що відбулися з кимось іншим.

**Ехомнезії** – обмани пам'яті. Нові події сприймаються як такі, що вже відбулися з хворим у минулому, проте він не може сказати, де та коли.

**Корсаківський синдром** – поєднання ретроградної, антероградної, фіксаційної амнезії та конфабуляцій. Вперше був описаний С. Корсаковим у осіб, які страждали на хронічний алкоголізм. Найбільше страждає епізодична пам'ять. Такі хворі можуть по кілька разів вітатися, перечитувати одну і ту ж сторінку у книзі, задавати ті ж самі запитання.

**Псевдоамнезія** – порушення пам'яті як діяльності. Виникає при масивних враженнях лобових ділянок кори великих півкуль головного мозку. Сама по собі пам'ять не страждає, проте спостерігаються порушення довільного запам'ятовування. Наприклад, хворий не може навіть після кількох проб запам'ятати запропоновані слова, проте впізнає їх у більш об'ємному списку.

Будь-які порушення пам'яті (кількісні або якісні) порушують процес пізнавальної діяльності особистості (чинять негативний вплив як на процес чуттєвого, так і на процес раціонального пізнання), останнє порушуватиме процес практичної діяльності. Хворі, які страждають на тяжкі розлади пам'яті, постійно потребуватимуть стороннього догляду та допомоги.

Для дослідження пам'яті у патопсихології найчастіше використовують методики «Запам'ятовування 10 слів» та «Піктограми». Остання дає інформацію не лише про особливості пам'яті, а й про особливості мислення хворого.

#### **4. Мислення як психічний пізнавальний процес та його порушення**

*Мислення – це процес узагальненого та опосередкованого відображення дійсності в ході її аналізу та синтезу, що виникає на основі практичної діяльності з чуттєвого пізнання і здатен виходити далеко за його межі.*

Б. Зейгарнік виділяє три види патології мислення:

- 1) порушення операційної сторони;
- 2) порушення динаміки;
- 3) порушення особистісного компоненту.

##### **Порушення операційної сторони мислення**

**Зниження рівня узагальнення.** Виділяють декілька рівнів процесу узагальнення:

*I. Категорійний* – віднесення до класу на основі головних, суттєвих ознак, наприклад, при виконанні методики «Класифікація предметів» клієнт виділяє групи: «рослини», «шкільне приладдя», «люди», «знаряддя праці», «транспорт», «посуд» тощо.

*II. Функціональний* – віднесення до класу на основі певної функції, наприклад, і тим, і тим пишуть.

*III. Конкретний* – віднесення до певного класу на основі конкретних ознак, наприклад, обидва предмети зеленого кольору.

*IV. Безопераційний* – перерахування об'єктів без їх класифікації.

При зниженні рівня узагальнення у судженнях хворих домінують безпосередні уявлення про предмети та явища; оперування загальними ознаками замінюється встановленням суто конкретних зв'язків між предметами. Так, при виконанні методики «Класифікація предметів» клієнт відмовляється поєднати у одну групу kota та собаку, бо вони ворогують між собою.

***Викривлення процесу узагальнення.*** Хворі у своїх судженнях відображають лише випадкову сторону явищ, суттєві відношення між предметами хворі мало беруть до уваги, предметний зміст предметів та явищ часто не враховується. Зокрема при виконанні методики «Класифікація предметів» хворі керуються надмірно узагальненими ознаками, що неадекватні реальним відношенням між предметами. Наприклад, хворий поєднує вилку, стіл та лопату за принципом «твердості»; гриб, коня та олівець він відносить в одну групу за принципом «зв'язку органічного з неорганічним».

### **Порушення динаміки мисленнєвої діяльності**

***Прискорення мислення*** – збільшення кількості асоціацій за одиницю часу. Асоціації утворюються за спрощеним типом – подібності, суміжності, контрасту. При цьому страждає глибина мислення та його продуктивність. При найбільш яскравих проявах прискореного темпу мислення воно набуває характеру «стрибка ідей». Висловлювання стають неповними, обривчастими, мовлення не встигає за мисленням та носить незв'язний характер. Прискорене мислення є характерним для маніакальних та гіпоманіакальних станів, деяких форм шизофренії та ін.

***Сповільнене мислення*** – зменшення кількості асоціацій за одиницю часу. Виражається труднощами у підборі слів, зниженням темпу мовлення та його одноманітністю, слабкістю уяви та планування, великим латентним

періодом між виникненням проблемної ситуації та відгуком на неї. Раптова закупорка, обрив протікання думок носить назву **шперунг**. В період шперунгу хворі перестають говорити, складається враження, що вони зовсім безпомічні. Такі паузи можуть тривати від кількох секунд до кількох хвилин, хворі не можуть пригадати що саме вони хотіли сказати. Більш м'яким за характером, ніж шперунг, є **«обрив думок»**, який характеризується втратою думок при раптовому відволіканні під час бесіди («забув, про що розповідав»).

**Деталізація** – постійне втягнення в процес мислення великої кількості несуттєвих ознак. Хворі не можуть лаконічно сформулювати свої думки, утруднюються при переході до нової теми. Крайній ступінь опосередкованості мислення, при якому мислення стає непродуктивним, хворі не можуть скерувати розмову у потрібне русло та звільнитися від зайвих деталей, називається **в'язкістю**.

**Інертність мислення.** Хворі не можуть змінювати обраний спосіб роботи, змінювати хід власних суджень, переключатися з одного виду діяльності на інший. Навіть у випадку, коли хворі можуть узагальнити матеріал, вони допускають помилкові рішення, якщо їм необхідно переключитися на новий спосіб вирішення завдання. Зміна умов ускладнює їх роботу. Вирішення завдання буде доступним для хворих лише у тому випадку, коли вони виконують його конкретним способом.

**Лабільність мислення.** Характерна особливість даного порушення полягає у нестійкості способу виконання завдання. У хворих рівень узагальнення не знижений, операції порівняння та перенесення не порушені, проте адекватний характер суджень нестійкий.

### **Порушення особистісного компоненту мислення**

**Різноплановість мислення** – постійна немотивована зміна основ для логічного упорядкування асоціацій, зісковзування на іншу змістову площину. Думки поєднують ідеї та поняття, що не підлягають поєднанню або ж підлягають взаємовиключенню. До виконання завдання хворий підходить не

з позиції, що відповідає ситуації експерименту, а керуючись зміненим відношенням та зміненими життєвими установками. Наприклад, при виконанні методики «Класифікація предметів» може поєднати в одну групу слона та лопату, пояснюючи, що це знаряддя праці.

**Резонерство** – схильність до непродуктивного мудрування, тенденція до непродуктивних, багатослівних роздумів. Резонерство часто спостерігається при шизофренії та при епілепсії. Дане порушення варто віддиференційовувати від демагогії, що є варіантом норми для підліткового віку. Т. Тепеніцина (1965) описала структуру резонерства у хворих на шизофренію. Авторкою було виділено наступні компоненти: слабкість суджень (вихолощеність асоціацій, втрата цілеспрямованості, зісковзування); основна умова виникнення резонерства – афективні зміни, що проявляються у неадекватності вибору предмета обговорення, у претензійно-оціночній позиції хворого, схильності до узагальнення з приводу відносно незначних об'єктів судження. На неадекватне відношення хворого до ситуації вказує також багатослівність. Так, при виконанні методики «Визначення понять» хворий дає наступне визначення поняттю «дружба»: «Дружба – це асоціація декількох взаємно однаково розвинених людей. В іншому випадку вони, якщо ті, які дружать, знаходяться в неоднаковій стадії розвитку свого інтелекту, не будуть один одного розуміти, і дружба перетвориться на недружелюбність»<sup>3</sup>. Епілептичне резонерство, у порівнянні з резонерством при шизофренії, більш поверхневе та неглибоке. Таке резонерство має компенсаторний характер. Зокрема, схильність до резонерства проявляється при описуванні гумористичних картинок. При цьому гумор на картинках хворі не розуміють. До резонерства при епілепсії призводить інертність мислення та неможливість відділити головне від другорядного.

**Зісковзування думок** – неочікувана, немотивована заміна логічної думки на якусь іншу, що не стосується теми розповіді. Так, правильно виконуючи завдання за методикою виключення, досліджуваній раптово в

---

<sup>3</sup> В. Блейхер, І. Крук.

одному з прикладів поєднує катушку, трубку та наперсток і виключає ножиці (за принципом видовження), інші завдання виконує правильно.

**Розірваність** – порушення спрямованості асоціативного процесу, смислових зв'язків між окремими думками, судженнями та поняттями при збереженні формальної сторони мовлення – граматичної будови фрази (**логічна розірваність**). У більш тяжких випадках на фоні порушеної свідомості виникає і **граматична розірваність**, коли мовлення становить собою набір окремих, не пов'язаних між собою слів, розпадається синтаксична будова речення. Може проявлятися у формі «мимо відповідей», коли на запитання пацієнт відповідає невпопад або видає інформацію, що недоступна для розуміння.

Як патологічну продукцію мислення розглядають нав'язливе мислення, надцінні ідеї, марення (маячення).

**Нав'язливе мислення (обсесивне)** – це доволі велика група психічних розладів, що проявляються в *нав'язливих ідеях, фобіях, страхах, сумнівах, спогадах, вабленнях, діях*. Вони стереотипні, виникають незалежно від волі людини і часто ідуть всупереч її внутрішнім принципам. Людина оцінює їх критично, усвідомлює їх неадекватність, непотрібність, позбавлення логіки. За механізмом виникнення їх поділяють на такі, що з'явилися під впливом психотравмуючого чинника, та такі, що з'явилися без видимих причин.

**Надцінні ідеї** – логічно обумовлені емоційно значимі стійкі переконання, уявлення чи комплекси думок, що витікають із реальності та світогляду особистості. Їх патологічність полягає не в змісті, а в масштабі охоплення свідомості, у тому значенні, яке їм надається. Надцінні ідеї ригідні, що полягає в тривалому їх існуванні, іноді на протязі усього життя, в наполегливих спробах реалізувати їх. Критика до надцинних ідей, на відміну від нав'язливих, відсутня. Надцінна ідея може сама по собі втратити актуальність.

До таких ідей належать: ідеї реформаторства, винаходу (наприклад, вічного двигуна), фізичної та моральної досконалості, колекціонування, вірування тощо.

Надцінні ідеї можуть стати основою для виникнення маячних ідей.

***Маячення (марення)** – сукупність неправдивих ідей, суджень та умовиводів, що послідовно та вперто відстоюються особою, обумовлені психічними захворювання, не відповідають реальності та досвіду.*

Маячні ідеї не підлягають переконанню, до них відсутня критика. Маячення може поєднуватися з порушенням пізнавальних процесів. Серед порушень пізнавальних процесів при маяченні найчастіше спостерігаються порушення мислення: розірваність, резонерство, символізм.

Маячення є формальною ознакою психозу.

Хворі часто дисимулюють свої маячні ідеї. Спеціальні психологічні тести для виявлення маячення відсутні. Психолог має звернути увагу на непослідовність та недоречність у відповідях пацієнта, незрозумілі натяки, надання особливої ваги другорядним деталям. Зміст маячних переживань може бути відображений при інтерпретації малюнків ТАТ. Про наявність маячення може свідчити підвищення оцінки за шкалою VI (параноя або ригідність) шкали MMPI (СМДО). Про наявність маячення опосередковано свідчать позитивні відповіді за наступними твердженнями: «Я гадаю, що проти мене існує змова»; «Думаю, що за мною стежать», «Люди говорять мене зневажливі та вульгарні речі».

Множину мисленневих порушень відображено у таблиці 4.

Таблиця 4

**Патологія мислення**

<i>Порушення операційної сторони мислення</i>	<i>Кількісні порушення (порушення динаміки)</i>		<i>Якісні порушення (порушення особистісного компоненту)</i>	
	<i>Порушення темпу</i>	<i>Порушення рухливості</i>	<i>Порушення цілеспрямованості</i>	<i>Порушення продукції</i>
Зниження рівня узагальнення	Прискорення мислення	Деталізація	Різноманітність мислення	Нав'язливе мислення (обсесивне)
Викривлення процесу узагальнення	Сповільнення мислення	Інертність	Резонерство	Надцінні ідеї
	Шперунг	Лабільність	Зісковзування думок	Марення (маячення)

Для дослідження порушень мислення найчастіше використовують такі патопсихологічні методики: «Класифікація предметів», «Виключення предметів», «Тлумачення прислів'їв та метафор», методика «Порівняння понять», тест «Прості аналогії», тест «Складні аналогії», методика «Називання 60 слів» та ін.

### **5. Патопсихологічне дослідження пізнавальних процесів**

Розглянемо деякі з патопсихологічних проб, які найбільш часто використовуються для виявлення порушень пізнавальних процесів.

#### **Дослідження уваги**

Для дослідження уваги у патопсихології використовують коректурну пробу (тест Бурдона), таблиці Шульте, рахунок за Крепелінім, пробу Мюнстерберга та ін.

**Таблиці Шульте** – таблиці, у комірках яких хаотичним чином розміщені числа.

**Мета** застосування проби – дослідження темпу психічної діяльності, виявлення швидкості орієнтувально-пошукових рухів очей, дослідження об'єму уваги (до зорових подразників).

**Інструкція:** «Методика, що пропонується Вашій увазі, містить 5 таблиць. В кожній таблиці знаходяться числа від 1 до 25, розміщені не по порядку. Ваше завдання, використовуючи указку, знайти та показати усі числа від 1 до 25 у кожній таблиці. Після закінчення виконання завдання з першою таблицею автоматично буде пред'явлена друга і далі. Постарайтеся виконати завдання якомога швидше і без помилок».

Таблиці майже не запам'ятовуються, саме тому ідеально підходять для повторного обстеження.

За результатами обстеження заповнюють протокол, у якому зазначають час, затрачений на виконання кожної таблиці (у секундах), а також основні (концентрація, розподіл уваги, виснаженість психічної діяльності) та додаткові показники (ефективність роботи, включення в роботу, психічна стійкість). В нормі на виконання кожної таблиці повинно бути затрачено від 40 до 55 секунд. Концентрація уваги вважається недостатньою, якщо досліджуваний витрачає від 55 секунд та більше на виконання 3-х таблиць впідряд. За результатами дослідження може бути побудована крива виснаження.

### **Коректурна проба**

**Мета** – дослідження ступеня концентрації та стійкості уваги.

Дослідження проводять за допомогою спеціальних бланків з рядами, розміщених у випадковому порядку літер, чисел, геометричних фігур тощо. Досліджуваний проглядає текст або бланк ряд за рядом і викреслює певні, вказані в інструкції букви або знаки.

**Інструкція до тесту:** «Викреслюйте на бланку, проглядаючи його ряд за рядом, усі літери Е. Через 60 секунд за моєю командою відмітьте вертикальною рисою, скільки знаків ви уже встигли проглянути». Можливі й інші варіанти інструкцій.

Результати проби оцінюються за кількістю пропущених (не закреслених знаків), за часом виконання або за кількістю переглянутих знаків. Важливим показником є характеристика якості та темпу виконання (визначається кількістю опрацьованих рядків та кількістю допущених помилок за кожен 60-ти секундний інтервал роботи).

### **Дослідження пам'яті та мислення**

#### **Методика «Запам'ятовування 10 слів»**

**Мета:** дослідження стану пам'яті хворих (механічної), стомлюваності, активності уваги.

Пацієнтові для запам'ятовування пропонують 10 слів, які не пов'язані між собою логічними зв'язками.

**Інструкція:** «Зараз я прочитаю 10 слів. Слухати потрібно уважно. Коли я закінчу читати, Ви повинні повторити усі слова, які запам'ятали. Порядок відтворення ролі не грає».

Усього проводять 6 проб. Останню пробу проводять на відстрочуванні (від 30 хв. та більше, ідеальним вважають відстрочування тривалістю 3 години, але це можливо лише в умовах стаціонару).

### **Піктограми**

**Мета:** виявлення індивідуальних особливостей образних уявлень і продуктивності опосередкованого запам'ятовування слів та словосполучень.

**Інструкція:** «Вам потрібно запам'ятати слова та словосполучення. Для запам'ятовування Ви будете використовувати прийом замальовування. Потрібно намалювати зображення, яке потім дозволить Вам пригадати необхідне слово чи словосполучення».

Відтворення слів та словосполучень відбувається не раніше, ніж через 30 хв.

Множину зображень класифікують у відповідності до таких факторів:

1. *Фактор абстрактності.* Конкретні – К.; фотографічні – К.-Фт.; конфабуляторні – К.-Кф.; атрибутивні – Ат.; метафоричні – М.; графічні, геометричні, граматичні символи – Г.С.

2. *Фактор індивідуальної значимості.* Обрані формально – Ф.; індивідуально значимі, персоніфіковані – Інд.-Пс.; образи-стимули – Інд.С.
3. *Фактор частоти.* Стандартні – Ст.; оригінальні – Ориг.
4. *Фактор адекватності.* Адекватні «+»; неадекватні «-».

### **Методика «Класифікація предметів»**

**Мета:** визначення особливостей процесів узагальнення та абстрагування, аналізу послідовності умовиводів, критичності та поміркованості дій хворого, особливостей пам'яті, об'єму та стійкості уваги, особистісних реакцій хворого на власні досягнення та невдачі.

**Інструкція:** «Розкладіть ці карточки на столі – що до чого підходить».

Методика проводиться у три етапи.

I етап – «глухий». Пацієнт отримує інструкцію: ось вам картинки, розкладіть їх на групи, що до чого підходить.

II етап – формування груп. Можна уточнити, чому пацієнт складає групи саме в такому вигляді. На даному етапі також проводять корекцію – звертають увагу пацієнта на певні групи. При виконанні методики здорові досліджувані на другому етапі виділяють такі основні групи: меблі, посуд, одяг, інструменти, транспорт, люди, фрукти, птахи, овочі, тварини, вимірювальні прилади, комахи, навчальні посібники.

III етап – всі групи записані та названі. В ідеалі ми маємо отримати три групи: живі істоти, рослини, нежива природа. Допускається утворення двох груп – «жива природа» та «нежива природа». Всі групи мають бути названі, якщо група утворена правильно – позначаємо її знаком «+», якщо неправильно – знаком «-».

### **Методика «Виключення понять»**

**Мета:** дослідження аналітико-синтетичної діяльності хворих, вміння узагальнювати.

**Інструкція:** досліджуваному показують карточки у порядку зростання труднощів. Інструкцію дають на прикладі однієї самої легкої картки. «Тут і на кожній картці зображено 4 предмети. Три з них подібні між собою, їх

можна назвати спільною назвою, четвертий до них не підходить. Ви повинні виключити предмет, який не підходить, і сказати, як можна назвати інші три».

Є вербальний варіант проведення методики (необхідно виключити зайве слово із запропонованих).

### **Тлумачення прислів'їв та метафор (за Б. Зейгарнік)**

**Мета:** дослідження мислення хворих, розуміння переносного смислу, уміння виділяти головну думку у фразі конкретного змісту, диференційованість, цілеспрямованість суджень хворого.

Хворому для пояснення пропонують ряд прислів'їв та метафор.

### ***Запитання та завдання для самоконтролю***

1. Надайте визначення поняттю «відчуття», назвіть кількісні та якісні порушення відчуттів.
2. Надайте визначення поняттю «сприймання». Охарактеризуйте зорові, слухові та шкірно-кінестетичні агнозії.
3. Охарактеризуйте галюцинації та псевдогалюцинації. Порівняйте дані поняття.
4. Які Ви знаєте кількісні порушення пам'яті? Чим вони характеризуються?
5. Охарактеризуйте якісні порушення пам'яті.
6. Надайте визначення поняттю «увага» та охарактеризуйте основні види порушень уваги.
7. Охарактеризуйте порушення операційної сторони мислення.
8. Надайте характеристику кількісним порушенням мислення.
9. Розкрийте якісні порушення мислення.
10. Як проводять дослідження уваги у патопсихологічній практиці?
11. Як проводять дослідження пам'яті у хворих, що страждають на психічні розлади?

12. Які методики можна використати для дослідження мислення у осіб із розладами психіки?

### ТЕМА 3. РОЗЛАДИ ЕМОЦІЙНО-ВОЛЬОВОЇ СФЕРИ ТА СВІДОМОСТІ ОСОБИСТОСТІ

#### План

1. Порушення емоційно-вольової сфери.
2. Розлади потягів. Перверзії.
3. Порушення цілеспрямованості діяльності та рухового акту.
4. Порушення свідомості.

#### 1. Порушення емоційно-вольової сфери

*Емоціями* називають особливий клас психічних процесів та станів, пов'язаних із інстинктами, потребами та мотивами, що відображають у формі безпосереднього тимчасового переживання значущість для життєдіяльності індивіда явищ і ситуацій, які впливають на нього.

Основними компонентами емоційного процесу називають:

1. Емоційне збудження, що супроводжується мобілізаційними змінами в організмі людини.
2. Знак емоцій. За даною характеристикою емоції можуть бути позитивними, негативними та нейтральними.
3. Ступінь контролю емоцій.

Емоції мають *ідеаторний характер*, тобто здатність формуватися стосовно ситуацій та подій, які в цей час не відбуваються та існують виключно у вигляді уявлень.

Ще однією особливістю емоцій називають *здатність до узагальнення та комунікації*. Емоційний досвід включає в себе не лише індивідуальні переживання, а й емоційні співпереживання, які виникають у процесі спілкування.

Відповідно до класифікації К. Ізарда, виділяють десять фундаментальних (базових) емоцій, кожна з яких має властиві лише їй адаптивні функції з унікальними мотиваційними якостями, що мають виняткове значення як для окремого індивіда, так і для загального виду. До базових емоцій відносять: увагу, радість, здивування, гнів, горе, огиду, відразу, страх, сором, вину.

Основними параметрами порушень емоцій вважають такі:

**I. Полярність порушення.** Сюди належать відхилення емоції у сторону її підвищення чи зниження. Прикладом може слугувати манія або депресія.

**II. Рівень вираження розладу.** За рівнем вираження розлад може бути легким або глибоким (невротичним або психотичним).

*Неглибокий* рівень розладу характеризується:

- слабо вираженою симптоматикою;
- збереженням структури особистості;
- критичним ставленням до свого стану;
- ситуаційним контролем над поведінкою;
- відсутністю маячення.

При розладах *глибокого* рівня спостерігається:

- максимально виражена симптоматика;
- повна або часткова відсутність критики до свого стану;
- порушення поведінки; деформація структури особистості;
- наявність маячення ревнощів або самознищення.

**III. Особливість структури синдрому.** Синдроми емоційних порушень можуть мати типовий, атиповий чи змішаний характер.

*Типові синдроми* характеризуються пропорційно вираженими розладами емоцій (зниженням чи підвищенням), волі (зниженням чи підвищенням), мисленням (уповільненням чи прискоренням), супутніми суїцидальними думками, тенденціями, діями, пригніченням чи посиленням потягів, зниженням самооцінки.

*Атипові синдроми* містять у своєму складі невластиві для типового синдрому симптоми, такі як: синестопатії, obsесії, фобії, дереалізацію, деперсоналізацію, кататонічні симптоми, галюцинації та ін.

*Змішані афективні прояви* одночасно вміщують ознаки протилежних за формою порушень.

Найчастіше емоційними порушеннями характеризуються межові нервово-психічні розлади. Сюди відносять неврози, психічні порушення при соматичних захворюваннях та специфічні розлади особистості (психопатії).

Розглядаючи емоційне реагування у осіб із межовими нервово-психічними розладами, виділимо такі його характеристики:

1. Лабільність.
2. Поліморфізм.
3. Коморбідність.

*Лабільністю емоцій* називають коливання настрою, яке проявляється у легкому переході від благодушного до пригніченого стану.

*Поліморфізмом емоційного реагування* називають багатоманіття емоційних проявів.

*Коморбідність* – це поєднання різноманітних емоційних порушень.

Досить часто при межових нервово-психічних розладах перераховані порушення поєднуються з вегето-судинними та вегето-вісцеральними розладами (головними болями, серцево-судинними порушеннями, розладами сну, травлення, сечовиділення та ін.).

Найбільш типовими формами емоційних розладів при межових порушеннях є розлади неврастенічного, дисоційованого та тривожно-фобічного кола.

*Емоційні розлади неврастенічного кола* характеризується поступовим розвитком астенії, в основі якої лежать нейросоматичні прояви (підвищення втомлюваності, зниження працездатності, слабкість, нездужання, болі у серці та головні болі, болі у шлунку та спині, прояви вегетативних порушень). Хворим притаманна емоційна лабільність, плаксивість, апатія, депресивний

фон настрою; вони характеризуються невпевненістю у власних силах та підвищеною вразливістю.

**Емоційні розлади дисоційованого кола.** У преморбіді таких хворих переважають акцентуації істероїдного типу. Емоційні порушення рідко проявляються ізольовано, частіше вони поєднуються з вегето-судинними, вегето-вісцеральними, сенсомоторними та руховими порушеннями. Таким хворим притаманна депресивна симптоматика, яка часто має істеричне забарвлення, а також obsесивно-фобічна симптоматика (страх збожеволіти, захворіти на невиліковну хворобу та ін.).

**Емоційні розлади тривожно-фобічного кола.** Перші фобії у таких хворих з'являються у фазових станах неповного гальмування кори головного мозку (при засинанні, у стані похмілля, легкого алкогольного сп'яніння). В подальшому до фобій приєднуються obsесії у ідеаторній або моторній сферах. Найчастіше пацієнти відчувають страх смерті, божевілля, «страшної хвороби», поїздки у транспорті... Фобії конкретні, чітко окреслені, стійкі, поєднуються з вегето-судинними порушеннями. На початку захворювання вони монотематичні, в подальшому стають політематичними, втрачають яскравість, динамізм, стають однотипними та однобічними.

**Волю** у більшості випадків розглядають як *здатність долати труднощі при здійсненні цілеспрямованих дій*. Для волевиявлення особистості обов'язковими є три умови:

1. Наявність вибору між декількома можливими варіантами поведінки чи діяльності.
2. Прийняття рішення та його свідоме втілення.
3. Наявність перешкоди.

Розлади волі можуть мати наступні прояви:

1. *Незрілість та недорозвинення волі*, наслідком яких стає некерованість поведінки. Дані розлади проявляють при синдромі дефіциту уваги, гіперкінетичній поведінці, розумовій відсталості. Для прикладу розглянемо ознаки гіперактивності, що проявляються при синдромі дефіциту

уваги у дітей. Дитина вважається гіперактивною, якщо у її поведінці спостерігається 6 із 18 ознак гіперактивності. До ознак гіперактивності відносять такі: дитина робить активні рухи руками та ногами; часто зіскакує зі свого місця; гіперрухлива тоді, коли гіперрухливість не доцільна; не може гратися у «тихих» ігри; завжди знаходиться у русі; багато говорить; відповідає на запитання, не дослухавши їх до кінця, тощо.

2. *Надмірна активність (гіпербулія)* – посилення вольової активності, що притаманне хворим на біполярний афективний розлад, які знаходяться у фазі манії; хворим на наркоманію, які знаходяться у пошуку наркотиків та ін. Розглянемо даний розлад більш детально. **Гіпербулія** – *патологічне підвищення вольової активності, підсилення інтенсивності різноманітних потягів та бажань.*

Гіпербулія може проявитися у двох варіантах. *Перший варіант* – швидка зміна потягів, прагнення до невідкладного досягнення мети (хворий не бере до уваги зовнішні умови та власні можливості). У поведінці це проявляється надмірною ініціативністю, поривчастістю, імпульсивністю, руховим та мовленнєвим збудженням. Часто такі симптоми поєднуються з розсіяністю уваги, що проявляється у недоведенні розпочатої справи до кінця і у низькій продуктивності діяльності. Виключення складають відносно легкі випадки. У тяжких випадках виникає хаотичне психомоторне збудження. *Другий варіант* – у хворого з'являється надприродна впертість, прагнення до досягнення цілі будь-яким способом.

3. *Послаблення активності (гіпобулія)* притаманна депресивним станам та іншим формам пригніченої психічної діяльності. Гіпобулію слід розглядати як недостатність енергії, стимулів та інтересів, що супроводжується регресом мотивів. Ступінь зниження активності може бути різною. Хворий не здатен мобілізувати себе, розпочати та довести до кінця виконання різних завдань, що поширюється на контролювання думок, мовлення та рухів. Страждає довільна увага. Знижується соціальний рівень хворих, що проявляється у неохайності, гігієнічній занедбаності. Це

супроводжується *гіподинамією*, яка іноді маскується непродуктивною діяльністю, наприклад, переглядом телепередач. Спадає соціальна та професійна продуктивність хворого.

4. *Відсутність вольової активності (абулія)*. Це крайній прояв гіпобулії. Для абулії є характерною повна нерухомість хворого – *акінезія*. Абулія часто поєднується з моторною загальмованістю (*ступором*) та повною німотою, пов'язаною з відсутністю бажання говорити – *мутизмом*.

5. *Перекручення вольової активності (парабулія)* – це патологія поведінки, яка є наслідком порушення формування мотивів та цілей. За своєю сутністю порушення потягів представлене неусвідомленими або слабко усвідомленими прагненнями до задоволення потреб. Парабулія має місце при шизофренії та розладах, що супроводжуються зниженням інтелекту. Проявляється у вигляді негативізму (безпідставна впертість); амбітендентності (одночасна наявність активних дій та відмова від них); імпульсивності (дії, позбавлені мотивів) та розладів потягів.

## 2. Розлади потягів. Перверзії

При парабуліях (розладах потягів) мотиви або не формуються, або є неадекватними внутрішній природі потреб, або одночасно формуються два протилежні мотиви. Парабулія може набувати різних форм, наприклад, відмова від їжі з вживанням неїстівного; нанесення собі травм або прагнення до самогубства; статеві збочення; схильність до бродяжництва, підпалів тощо: «Під час хвороби я здійснювала багато дуже дивних вчинків, які навіть тоді здавалися мені самій дивними, але я все-рівно не могла від них втриматися. Тепер я заднім числом бачу, що їх можна пояснити. Один період я, наприклад, їла дуже дивні речі, такі як шкарпетки та шпалери... підлітком потрапила у закриті відділення зі строгим та погано організованим режимом, де у мене відібрали все, що мене цікавило... Мене поінформували про мій хронічний діагноз, і одночасно відібрали у мене всі мрії про майбутнє та сподівання. І ось я залишилася замкнутою наодинці з єдиним, що у мене

залишилося, тобто наодинці з пустотою... У тузі та відчаї я абсолютно конкретним чином намагалася зменшити пустоту, яку відчувала у себе всередині, я її заповнювала. Капітан зі своєю злістю нікуди не дівся, він, як і раніше, був тут, тому для їжі чи чогось смачного у мене не знаходилося місця, а пустоту доводилося заповнювати чимось іншим. Я їла туалетний папір, серветки, поролоновий матрац, свої шкарпетки, а пізніше прийнялась за шпалери» (А. Лаувенг).

Парабулія також може проявлятися як неадекватність зовнішніх дій, манірність, вичурна міміка, хода, жести, тобто *паракінезії*.

Протікання парабулій має три клінічні форми: нав'язливі (обсесивні) потяги, компульсивні потяги, імпульсивні потяги.

**Нав'язливі (обсесивні) потяги** – виникнення бажань, які розходяться з нормами етики, моралі та законності. Хворий може контролювати дані бажання та придушувати як недопустимі.

**Компульсивні потяги** – непереборні стимули до якихось небезпечних та позбавлених смислу дій. Хворий має критику до даних стимулів, проте не може їм протистояти. Сюди належать потяг до наркотиків та алкоголю, анорексія та булімія, викривлення статевих потягів, тощо. Компульсивні потяги реалізуються у вигляді компульсивних дій. Дані дії набувають характеру ритуалів і покликані знизити відчуття тривоги, наприклад, постійне миття рук при страхові заразитися інфекційним захворюванням.

**Імпульсивні потяги.** Виникають гостро, немотивовано з впертим прагненням до негайного здійснення хворобливого та позбавленого сенсу стимулу або під впливом афекту, тимчасового настрою чи випадкової забаганки. Боротьба мотивів, якщо і має місце – то дуже незначне. Сюди належать дромоманія (схильність до бродяжництва), клептоманія (схильність до крадіжок), піроманія (схильність до підпалів) та ін.

До парабулій належать також розлади статевих потягів. Останні можуть бути у вигляді послаблення (*гіпосексуальність*) та посилення (*гіперсексуальність*) статевого потягу. Гіперсексуальність часто має місце

при маніакальних станах, при органічних враженнях головного мозку. Гіпосексуальність зустрічається при депресіях, астеничних станах, неврозах. Ще одним із різновидів розладів статевих потягів є їх перекручування – *перверзії*.

*Перекручення статевого потягу (перверзії або парафілії) – це порушення психосексуальної орієнтації людини, які проявляються у незвичайній спрямованості статевого потягу.*

Таблиця 5

### Види перверзій

<i>Об'єктивні перверзії</i>	<i>Вікові перверзії</i>	<i>Перверзії за статтю об'єкта</i>	<i>Статєво-рольові перверзії</i>
Нарцисизм	Педофілія	Сюди відносили гомосексуалізм в обох статей, проте відповідно МКХ-10 гомосексуалізм більше не розглядають як психічний розлад <sup>4</sup>	Садизм
Ексігібіціонізм	Еребофілія		Мазохізм
Візіонізм	Геронтофілія		Кровозмішування
Фетишизм			
Зоофілія			
Некрофілія			

### *Об'єктивні перверзії*

*Нарцисизм* – спрямованість статевого потягу на самого себе, милування власним тілом, що супроводжується статевим збудженням. Як правило, нарцисизм супроводжується мастурбацією.

<sup>4</sup> Гомосексуалізм у МКХ-10 присутній у рубриці F66.1 – его-дистонічна сексуальна орієнтація.

*Експібіціонізм* – отримання задоволення при оголенні статевих органів перед представниками власної чи протилежної статі. Зустрічається переважно у чоловіків.

*Візіонізм* – потяг до підглядання за інтимними відносинами, оголенням, перевдяганням, уринізацією та дефекацією осіб тієї статі, до якої відчувається потяг. Сюди також відносять надмірне захоплення порнографією.

*Фетишизм* – зведення у культ певного предмета та статевий потяг до нього, що супроводжується сексуальним збудженням. Роль фетишу можуть відігравати частини тіла або предмети туалету.

*Зоофілія* – статевий потяг до тварин та отримання задоволення від сексуальних контактів із ними. У більшості випадків це замісна перверзія, що зумовлена тривалою ізоляцією від представників протилежної статі.

*Некрофілія* – статевий потяг до трупів, вчинення із ними сексуальних дій.

### ***Вікові перверзії***

*Педофілія* – потяг до дітей. Виділяють три групи осіб, які страждають на педофілію:

1. Підлітки – залякуванням та погрозами примушують дітей до сексуальних контактів.
2. Одружені та самотні чоловіки, віком близько 30 років, які мають сексуальні проблеми.
3. Літні самотні чоловіки, які страждають на статеві розлади.

*Еребофілія* – статевий потяг до підлітків та юнаків.

*Геронтофілія* – потяг до осіб похилого та старечого віку.

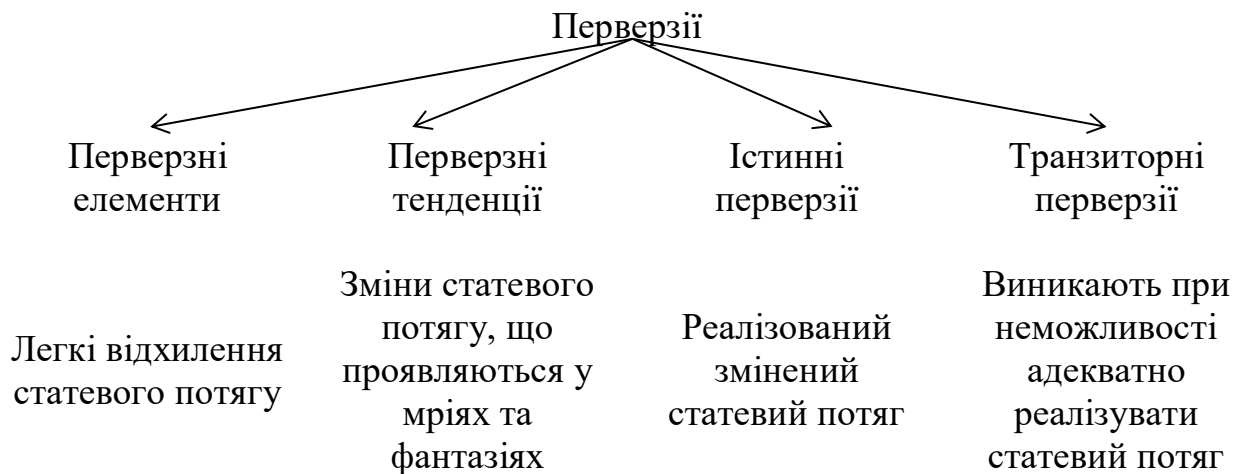
### ***Статєво-рольові перверзії***

*Садизм* – отримання статевого задоволення від заподіяння своєму партнеру страждань (починаючи від образ та закінчуючи нанесенням тілесних ушкоджень).

*Мазохізм* – статеве збудження та задоволення досягається при моральному приниженні та фізичних стражданнях, заподіюваних партнером.

*Кровозмішування* – статеві відносини з близькими по крові родичами. Вважається, що кровозмішування «мати – син» вказує на більш тяжку форму психічного розладу, ніж кровозмішування «батько – донька» або «брат – сестра».

Перверзії рідко зустрічаються ізольовано, як правило, вони утворюють різноманітні комбінації та поєднання (мозаїчні парафілії). Межа між перверзією та нормою не завжди є чіткою, у зв'язку з чим перверзії можна класифікувати наступним чином:



Лікування перверзій та психологічна допомога можливі лише при наявності у пацієнта твердої установки на терапію.

### 3.   Порушення цілеспрямованості діяльності та рухового акту

Вольові розлади можуть стати причиною рухових порушень у особистості, зокрема кататоній. Кататонія зустрічається у двох протилежних формах: *кататонічний ступор* та *кататонічне збудження*.

**Ступор** – тяжкий психопатологічний розлад, який супроводжується пригніченням психічної активності, що виявляється у повній нерухомості, зниженні усіх видів чутливості, відсутності мовлення. Ступор має кілька різновидів. Розрізняють: депресивний, психогенний, кататонічний ступор.

**Депресивний ступор** найчастіше спостерігається при депресивній фазі біполярного афективного розладу. Такі хворі не здатні до будь-яких рухів та

дій, на запитання відповідають окремими словами, на обличчі вираз туги та скорботи.

**Психогенний ступор** виникає при надмірних психічних впливах (психічна травма, дистрес тощо). Хворі знерухоплені, у них відсутнє вербальне спілкування з оточуючими. Під час розмови про ситуацію травми можуть виявлятися емоційні та вегетативні реакції (почервоніння, збліднення, плач).

**Кататонічний ступор** – повне або часткове оціпеніння, нерухомість на фоні підвищеного м'язового тону, відсутність спонтанних рухів та мовлення (мутизм), застигання надовго у вичурних, позбавлених смислу позах, наприклад, у позі ембріону, без реагування на сигнали зовнішнього середовища. Для кататонічного ступору характерна амімія, що часто поєднується із негативізмом.

Кататонічний ступор може проявлятися у вигляді воскової гнучкості – **каталепсії**. Свідомість при цьому збережена, можливі страхи, жах, розгубленість, наплив фантастичних галюцинаторних образів та зміна самосвідомості.

Тривалість кататонічного ступору складає від кількох тижнів до років. Знерухомлення та оціпеніння, яке розглядається як варіант кататонічного ступору, може виникати у відповідь на шоківі психічні травми у осіб, що схильні до істерики.

**Кататонічне збудження** – підвищена, хаотична, без зовнішньої проєкції психомоторна активність. Може проявлятися в стереотипних або нецілеспрямованих рухах та жестах з яскравим проявом манірності, вичурності, неадекватних коливаннях настрою, неадекватній міміці, набувати форму дуркуватості.

У нічний час стан хворого незначно покращується, сприйманню стає доступний шепіт.

Кататонічний синдром завжди супроводжується вираженими вегетативними проявами.

До складу групи **кататонічних симптомів** входять: мутизм (небажання говорити), негативізм (немотивована протидія хворого особі, що вступила з ним у контакт), пасивна підкорюваність, стереотипія (стійке безцільне здійснення одноманітних рухів, повторення слів або фраз), ехолалія (неконтрольоване автоматичне повторення слів почутих у чужій мові, в тому числі у формі повторення закінчень слів оточуючих), схильність до застигання в одних позах.

Кататонічне збудження слід відрізнити від психомоторного збудження при якому бурхливе прагнення діяти не втрачає сенсу та загальної цілеспрямованості.

**Гіперкінези** – *насильницькі рухи*. Найбільше поширення серед гіперкінезів мають **тики** у вигляді підморгування, зморщування носа, поворотів голови та ін. Гіперкінези можуть мати приступоподібний характер та бути спровокованими сильними емоційними, інтелектуальними навантаженнями. Інший варіант – тики постійного характеру, що припиняються лише на період сну або спокою.

Протилежний термін – **гіпокінезія** – *сповільнення моторики*.

До розладів вольового акту відносять також **апраксії** – *порушення довільних цілеспрямованих рухів, яке не пов'язане з елементарними руховими розладами, грубими порушеннями м'язового тону та тремором*. Апраксії виникають при враженні різних ділянок кори головного мозку.

#### **Класифікація апраксій (за Х. Ліпманом)**

**Кінетична** – порушення виконання простих рухів, у тому числі – жестів. Загальна схема дій збережена, проте рухи стають незграбними, не чіткими, ніби втрачають мету.

**Ідеомоторна** – порушене виконання дій за командою (наприклад, хворий не може стиснути кулак...), проте спонтанні дії здійснюються вірно.

**Ідеаторна (апраксія задуму)** – хворий може виконати усі елементи рухового акту, проте не може пов'язати їх між собою. В ізольованому вигляді зустрічається рідко.

**Конструктивна апраксія** – хворі не можуть зобразити чи перемалювати навіть прості геометричні фігури, не можуть скласти фігури з паличок чи кубиків.

#### 4. **Порушення свідомості**

**Свідомість** – усвідомлене буття, найвища форма відображення об'єктивної дійсності, що забезпечує зв'язок знань для цілеспрямованого спрямування активної діяльності. Ознаки порушень свідомості були описані К. Ясперсом у 1911 р. До них належать:

- дезорієнтованість у часі, місці, ситуації, в безпосередньому оточенні та у власній особистості;
- відсторонення від дійсності, відсутність чіткого сприймання оточуючого, його фрагментарність, підвищення порогів сприймання;
- різні ступені беззв'язності мислення, порушення послідовності мислення в поєднанні зі слабкістю суджень та мовленнєвими розладами;
- повна амнезія чи утруднення пам'яті на події, що відбувалися у період помутніння свідомості.

Множину розладів свідомості можна поділити на **продуктивні** та **непродуктивні**.

**Непродуктивні порушення свідомості (виключення свідомості)** характеризуються виключенням, випадінням функції свідомості і протікають без психопатологічної симптоматики (маячення, галюцинації). Сюди належать *оглушення, сонор, кома*.

**Продуктивні порушення свідомості (помутніння свідомості)** протікають із маяченням, розладами сприймання, дезорієнтуванням, порушенням поведінки. Сюди відносяться *сутінковий стан, делірій, онейроїд, аменція*.

Розглянемо детальніше кожен із перерахованих розладів.

#### **Непродуктивні порушення свідомості (виключення свідомості)**

**Оглушення** – це ослаблення інтенсивності свідомості, різке підвищення порогу для всіх зовнішніх подразників, утруднення утворення асоціацій, пасивність уваги, загальмування, в'ялість, нечіткість сприймання, послаблення запам'ятовування та пригадування, порушення осмислення, зниження здатності до суджень та умовиводів, встановлення причинно-наслідкових зв'язків, загальмування мовленнєвих реакцій, схильність відповідати жестами, наприклад, кивком голови. Інформація сприймається вірно, проте не повною мірою. Рухи загальмовані, голос тихий, амімічний. Орієнтування в оточуючому неповне, грубо порушене або відсутнє взагалі. Можлива немотивована ейфорія, метушливість. Стан триває від декількох хвилин до декількох годин. Після виходу з даного стану хворий пригадує лише окремі фрагменти.

**Сопор<sup>5</sup>** – більш глибоке порушення свідомості з повною втратою орієнтування в оточуючій дійсності та власній особистості. Хворий лежить нерухомо, не реагує на зовнішні впливи, очі закриті, обличчя амімічне. Словесне спілкування з таким хворим неможливе. Можливі лише в'ялі малодиференційовані захисні реакції на сильні подразники (біль, світло, звук), а також стереотипні рухові акти.

**Кома** – найбільш глибоке виключення свідомості, що характеризується пригніченням функцій ЦНС, втратою орієнтування та реакцій на будь-які сторонні впливи. При цьому втрачаються як умовні, так і безумовні рефлекси, зберігається лише діяльність, що забезпечує вітальні функції організму. При поглибленні коми вона теж порушується, що призводить до смерті хворого. При виході зі стану коми спостерігається зворотна послідовність виключення свідомості: **кома**→**сопор**→**оглушення**.

### **Продуктивні порушення свідомості (помутніння свідомості)**

---

<sup>5</sup> Сопор – це глибоке пригнічення свідомості із втратою довільної діяльності та збереженням рефлекторної. Це стан, що виникає перед комою. Вище ми розглядали поняття ступору як порушення цілеспрямованості діяльності та рухів. У зарубіжній медичній літературі дані поняття роздиференціюють, розглядаючи сопор як глибокий сон, а ступор як втрату довільної діяльності.

**Делірій** – галюцинаторне помутніння свідомості, що виникає гостро, супроводжується страхом, маренням, руховим збудженням. Ранні симптоми: наростаюча тривога, неспокій, відчуття загрози, загальне підвищення чутливості (гіперестезія). Хворі страждають безсонням, прислуховуються до різних звуків, звертають увагу на дрібні несуттєві деталі. Пізніше проявляється порушення орієнтування в часі та просторі при збереженні орієнтування у власній особистості. Хворі стають збудженими, балакучими (говорять окремі слова, фрази, викрикують). Розвивається марення. При виході з делірію пам'ять про пережите збережена, тоді як реальні події в пам'яті не зберігаються. Сон поверхневий, нічні жахи. Тривалість делірію – від декількох годин до декількох діб. Виділяють різні види делірійних станів: алкогольний, атропіновий, інфекційний, епілептичний та ін.

**Онейроїд** – особлива форма порушень свідомості, що характеризується сценоподібним фантастичним маренням та яскравими галюцинаціями, калейдоскопічними переживаннями, які нагадують сновидіння. Характер марення катастрофічний, апокаліптичний, романтичний. Характерною є цілісність сюжету. Зорові образи відрізняються багатством фарб, рельєфністю, рухливістю. Хворий поводить себе пасивно, він споглядає ці образи, а також спостерігає себе зі сторони (як у сновидінні). Можливий симптом *подвійного орієнтування*. Рухи загальмовані, можуть бути стереотипні, спостерігається мутизм. При тяжких випадках онейроїду має місце фрагментарність та сплутаність сюжету. Не виключені ознаки деперсоналізації, наприклад, хворий відчуває себе героєм казки. Стан триває від декількох годин до декількох тижнів, амнезія відсутня.

**Аменція** – тяжкий ступінь помутніння свідомості, який супроводжується тотальною дезінтеграцією усієї психічної діяльності, повною втратою орієнтування у місці, часі, власній особистості. Для аменції характерним є викривлене та фрагментарне сприймання зовнішнього світу, активна увага порушена. Рухове збудження змінюється метанням або знерухомленням. Мовлення невиразне, незв'язане, немодульоване, нагадує

бурмотіння. Обличчя виражає незрозуміння чи розгубленість. Емоції неадекватні та непостійні, можлива плаксивість чи немотивована радість. Галюцинаторні переживання позбавлені тематичного змісту, епізодичні.

Тривалість такого стану – від декількох тижнів до декількох місяців. По тому можуть залишатися окремі фрагменти переживань, проте частіше настає повна амнезія.

**Сутінковий розлад свідомості** характеризується тим, що має гострий початок та раптове припинення. Для даного розладу типовим є звуження свідомості, припинення її потоку, відсутність зв'язку з оточенням при збереженні звичних автоматизованих форм поведінки. Поведінка хворих визначається зоровими та слуховими галюцинаціями, маяченням. Наявні афективні розлади: страх, жах, гнів, під впливом яких можуть бути здійснені агресивні та руйнівні дії. Виникають епізоди немотивованого збудження. Орієнтування в оточуючому повністю порушене. Спонтанне мовлення неможливе (хворий може повторювати окремі слова чи фрази). Триває стан від декількох хвилин до декількох тижнів та закінчується глибоким сном. При виході з такого стану спогади про галюцинації зберігаються, а агресивні дії заперечуються або ж трактуються як вчинені кимось іншим. До сутінкових розладів свідомості відноситься **амбулаторний автоматизм (блукання)**, різновидами якого є *фуга, транс* та *сомнамбулізм*.

**Фуга** – короткочасний стан амбулаторного автоматизму, який характеризується раптовим, імпульсивним початком. Фуга протікає з різким руховим збудженням, часто хаотичним та недоцільним. Стан фуги триває від декількох секунд до 2-3 хв. і закінчується гостро, раптово.

**Транс**, частіше за все, теж триває недовго. Хворий не виходить на потрібній йому зупинці, опиняється на іншій вулиці.

**Сомнамбулізм** – нічний приступ амбулаторного автоматизму. Хворі у сонному стані здійснюють безцільні рухи, що відрізняються точністю координації та відсутністю відчуття страху.

Для даних розладів свідомості характерною є амнезія пережитого.

Різновидом сутінкового стану свідомості є *псевдодеменція*, що може виникнути за тяжких деструктивних змін у центральній нервовій системі і за реактивних станів, характеризується розладами суджень, 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.

Поряд із різними формами порушення свідомості зустрічається також своєрідна форма порушення самопізнання – деперсоналізація. *Деперсоналізація характеризується відчуттям відчуження власних думок, емоцій, дій, свого «Я», які сприймаються ніби зі сторони.* Частим проявом деперсоналізації є порушення «схеми тіла» – порушення відображення основних якостей і способів функціонування власного тіла, його окремих частин і органів. Такі порушення можуть виникнути внаслідок різних захворювань – епілепсії, шизофренії, після черепно-мозкових травм. Деперсоналізація часто поєднується із *дереалізацією*.

*Дереалізація – це відчуття відчуження від оточуючої дійсності (людей, предметів...), яка здається пацієнтам нереальною.* Пацієнти почувають себе як у сні або як у тумані, ніби якесь шатро відділяє їх від оточуючої дійсності. Об'єкти можуть здаватися розмитими, не чіткими, змінюється їх розмір, форма, колір. Може здаватися, що усе навколо створене штучно. Змінюються звуки, вони здаються або більш голосними або тихими, набувають нереального звучання.

### *Запитання та завдання для самоконтролю*

1. Надайте загальну характеристику емоцій та назвіть основні параметри емоційних порушень.
2. Коротко охарактеризуйте емоційні розлади неврастенічного, дисоційованого та тривожно-фобічного кола, порівняйте їх ознаки між собою.
3. Дайте визначення поняттю «воля», назвіть основні порушення вольової активності, що зустрічаються у патопсихологічній практиці.
4. Порівняйте поняття «нав'язливі потяги», «компульсивні потяги» та «імпульсивні потяги».
5. Порівняйте поняття депресивного, психогенного та кататонічного ступору.
6. Розкрийте поняття «кататонічний ступор» та «кататонічне збудження».
7. Розкрийте поняття «апраксія». Наведіть класифікацію апраксій за Х. Ліпманом.
8. Надайте характеристику непродуктивним розладам свідомості. Порівняйте поняття «оглушення», «сопор», «кома».
9. Охарактеризуйте продуктивні розлади свідомості. Порівняйте поняття «делірій», «онейроїд», «аменція».
10. Що являє собою сутінковий розлад свідомості та якими є його різновиди?
11. Розкрийте поняття амбулаторного автоматизму.
12. Порівняйте поняття дереалізації та деперсоналізації.

## ТЕМА 4. ПАТОПСИХОЛОГІЧНА СЕМІОТИКА ПСИХОГЕННИХ РОЗЛАДІВ

### План

1. Чинники виникнення психогенних розладів.
2. Основні типи неврозів. Їх систематика.
3. Реактивні психози та їх типи.
4. Патопсихологічна діагностика при межових розладах.

### 1. Чинники виникнення психогенних розладів

*Психогенні розлади* – це короткочасні реакції або тривалі порушення психічної діяльності помірного або вираженого рівня, що виникають у результаті впливу інформації, яка травмує психіку людини. Основою психогенного розладу є психічна травматизація.

Психічні травми можуть бути двох видів:

1) сильні, короткотривалі – такі травми спричиняють психічні розлади найчастіше;

2) слабкі, проте тривалі (перманентні) – такі травми частіше призводять до психосоматичних порушень. Класичними психосоматичними порушеннями вважають сім захворювань («Holy Seven»): виразкову хворобу шлунка та 12-палої кишки, бронхіальну астму, виразковий коліт, цукровий діабет, нейродерматит, ревматоїдний артрит, гіпертонічну хворобу. Відповідно до різних класифікацій, список класичних психосоматозів може бути доповнений іншими захворюваннями.

Психічна травма (подія, що виходить за межі звичайного досвіду і є важким стресом для будь-якої людини) може бути особистою і загальною (війна, катастрофа); викликаною природними силами або нещасним випадком. Серед чинників психогенних розладів особливе місце займають стихійні лиха та катастрофи. Основна небезпека психогенних розладів даного

типу полягає у їх впливі на багатьох людей одночасно, небезпеці виникнення групових психозів та дезорганізаційному впливі на загальний хід рятувальних робіт.

Психогенні розлади представлені:

- 1) афективно-шоковими реакціями;
- 2) психосоматичними порушеннями;
- 3) неврозами;
- 4) психогенним розвитком особистості, що виникає під впливом психічної травми або в психотравмуючій ситуації.

Перебіг психогенних розладів має пряму залежність від наявності психотравмуючої ситуації, а при її дезактуалізації симптоматика психогенного захворювання послаблюється.

## 2. Основні типи неврозів. Їх систематика

*Неврози – психічні розлади, які виникають в результаті порушення особливо значимих життєвих відносин людини і проявляються психогенно зумовленими емоційними і сомато-вегетативними розладами за відсутності психотичних явищ.*

Неврози слід відділяти від *неврозоподібних станів*. **Неврозоподібні стани** пов'язані з перенесеними або поточними захворюваннями. Це хронічний процес, який послаблює хворих, викликаючи у них важку реакцію на хворобу та клінічну картину, подібну до неврозів.

За своєю суттю неврози являють собою функціональні захворювання центральної нервової системи. Сам термін було введено у 1769 р. В. Калленом. Основними симптомами неврозів Каллен вважав параліч, кому, спазми та безумство. При цьому дослідник наголошував, що причиною неврозів є захворювання нервів не запального, а соматогенного походження. У вітчизняній фізіології та медицині патофізіологічні механізми виникнення неврозів були відкриті та експериментально підтверджені у дослідах над тваринами І. Павловим та його учнями.

*Основна причина* неврозів така ж, як і в інших психогенних захворювань – психічна травматизація. Негативні емоції, конфліктні стани, шкідливі звички, перевтома, соматичні захворювання, інтоксикації та ін. роблять організм людини більш сенситивним до виникнення неврозу. Основними чинниками виникнення неврозу вважають наявність конфлікту між обов'язком та бажанням, захопленням та ситуацією, яка потребує боротьби, а також конфлікту суперечливих почуттів. Іншими словами, основна причина неврозу – стрес (гострий та хронічний).

Неврози частіше виникають у акцентуєваних осіб.

Серед загальних ознак неврозів виділяють наступні:

- порушення сну. Нічний сон стає поверхневим та переривчастим, з'являється денна сонливість;
- порушення зі сторони вегетативної нервової системи: прискорене серцебиття, головний біль, неприємні відчуття у ділянці серця, шлунку, кишківнику;
- порушення зі сторони травлення: розлади апетиту, зниження ваги тіла, розлади шлунку та кишківнику.

В. Гіляровський провідними патопсихологічними ознаками неврозів вважав такі:

- психогенний характер виникнення;
- особистісні особливості хворого;
- вегетативні та соматичні прояви;
- прагнення до подолання хвороби;
- намагання переробки особистістю ситуації та хворобливої симптоматики.

У патопсихології та психіатрії виділяють п'ять основних синдромів, які характерні для захворювання на невроз:

1. *Тривожно-фобічні розлади.* В структурі даного синдрому домінує тривога, пов'язана з зовнішньою ситуацією, та депресія. Інтенсивність

синдрому знаходиться в межах «від легкого дискомфорту – до вираженого жаху та паніки».

2. *Панічні розлади.* Тут на першому місці знаходяться панічні атаки, при яких у хворого виникає страх смерті, страх залишитися самому. Страх супроводжуються вираженими вегетативними розладами.

3. *Обсесивно-компульсивні розлади.* Хворому притаманні обсессії – нав'язливі думки та переживання. Критика до таких думок у хворого зберігається, проте позбавитися від них він не може.

4. *Розлади, пов'язані з реакцією на тяжкий стрес.* Можуть бути у вигляді гострої реакції на стрес або у вигляді розладів адаптації.

5. *Соматоформні розлади.* Характеризуються наявністю у хворого скарг соматичного характеру при відсутності об'єктивних симптомів соматичного захворювання.

До основних типів невротів відносять: *неврастенію, істеричний невроз та невроз нав'язливих станів.*

Найбільш поширеною формою невротичного розладу є *неврастенія*. Провідна ознака неврастенії – нервові виснаження. Синонімом поняття «неврастенія» вважають поняття «дратівлива слабкість» (за І. Павловим). До виникнення даного типу неврозу призводять сімейні, побутові та виробничі конфлікти, перевтома. Синзитивною для виникнення неврастенії є наявність такої риси особистості як розвинене почуття відповідальності.

Характерні ознаки захворювання: підвищена збудливість, дратівливість, стомлюваність, швидка виснажуваність. До психологічних ознак приєднуються вегетативні. Самопочуття людини з неврастенією має залежність від часу доби (вранці гірше, ніж увечері). Типовими ознаками є також зниження інтелектуальної працездатності та болі в різних ділянках тіла, зокрема головний біль «тиснучого» характеру («каска неврастеніка»). В тяжких випадках виникає невротична депресія.

Не менше третини усіх невротичних захворювань складають *істеричні неврози*. Даний тип неврозу характерний переважно для жінок. Останніми

десятиліттями, у зв'язку із докорінними змінами положення жінок у суспільстві, істеричний невроз перетерпів найбільші симптоматичні зміни. Такі симптоми як істеричний припадок, блефароспазм, сліпота більше не спостерігаються. На перший план виступають астеничні, іпохондричні, соматоформні розлади. Усі симптоми проявляються з особливою яскравістю, гротескністю скарг, демонстрацією власних страждань, прагненням будь-якою ціною привернути до себе увагу. Характерне загостренням симптоматики у присутності емоційно значимих осіб та згасання симптомів при вирішенні конфліктної ситуації, отриманні бажаного результату.

Психічний конфлікт, що призводить до розвитку істеричного неврозу, тісно пов'язаний із особистісними особливостями хворих. Розвиткові істеричного неврозу часто сприяє модель виховання в родині («кумир сім'ї»). Часто несприятливі риси характеру формуються в результаті раннього дитячого конфлікту, пов'язаного з батьківською та емоційною депривацією. Поштовхом до розвитку істеричного неврозу у жінок дорослого віку можуть стати конфлікти та непорозуміння у родині.

Набагато рідше, порівно із неврастенією та істеричним неврозом, зустрічається *невроз нав'язливих станів (психастенія, obsесивно-компульсивний розлад, ОКР)*. Даний тип неврозу проявляється у вигляді нав'язливих страхів (фобій), нав'язливих думок (обсесій) та нав'язливих дій (компульсивні потяги). Спільними для цих симптомів є їх стислість та повторюваність, а також суб'єктивна неможливість позбавитися від них при збереженні критичного ставлення до власного стану.

До основних симптомів неврозу нав'язливих станів відносять такі:

- 1) сумніви та побоювання – часто супроводжують хворого на початкових стадіях розвитку захворювання;
- 2) нав'язливі думки;
- 3) фобії;
- 4) страхи-бажання;
- 5) нав'язливе рахування;

- б) нав'язливі рухи (компульсії);
- 7) неадекватний перфекціонізм.

Відповідно до теорії психоаналізу, причиною неврозу нав'язливих станів є дитячі конфлікти, які виникають через протиріччя між прагненням дитини до самостійності та необхідністю підкорятися вимогам батьків, щоб зберегти їхню любов. Відповідно до досліджень І. Павлова, у хворих, які мають схильність до неврозу нав'язливих станів, спостерігається інертність нервових процесів, наслідком чого стає застрягання на окремих психічних діях. Як причину виникнення ОКР психологи та психотерапевти часто виділяють гостру психологічну травму. Ще одна із причин – спадковість та різноманітні біологічні фактори.

### 3. Реактивні психози та їх типи

*Реактивні психози* – це розлади психіки, які виникають під впливом психічної травми та проявляються цілком або переважно неадекватним відображенням реального світу з порушенням поведінки, зміною різних сторін психічної діяльності, з виникненням не властивих нормальній психіці явищ (маячення, галюцинації тощо).

Множину реактивних психозів поділяють на гострі та підгострі. До *гострих реактивних психозів* відносять психогенні афективно-шокові реакції, до *підгострих* – істеричні психози.

*Психогенні афективно-шокові реакції* – найбільш виражені за силою та найбільш короточасні форми глибоких реактивних психічних порушень. Вони виникають в умовах надсильної, несподіваної психічної травми.



*Гіперкінетичні реакції* характеризуються звуженням свідомості, порушенням орієнтації у навколишньому середовищі, тривогою, страхом, вираженим хаотичним моторним збудженням. Прикладом такої реакції може

бути неконтрольоване рухове збудження. Вчинки хворого у такий період безглузді та можуть нести загрозу як для нього самого, так і для оточуючих людей.

**Гіпокінетичні реакції** характеризуються різким психомоторним гальмуванням аж до повної відсутності рухів, апатією<sup>6</sup> та мутизмом<sup>7</sup>. Гіпокінетичний тип реагування може бути у формі афектогенного ступору, непритомності, летаргічного сну.

*Афектогенний ступор (психогенний ступор) – це гостра реакція на стрес для якої характерний стан різкого рухового гальмування, крайнім ступенем якого є повне знерухомлення та мутизм.* Тривалість ступору може доходити до 2-3 діб.

Афектогенно-шокові стани мають реактивну природу. Вони виникають під впливом обставин, які загрожують життю людини, та проходять тоді, коли ці обставини зникають.

Окрім психічних порушень, усі афектогенно-шокові реакції супроводжуються вегетативними змінами.

Гострий стан афективно-шовкових реакцій поєднується з амнезією, що може тривати декілька днів.

Психогенними за своїм походженням є також істеричні синдроми. Прояв таких синдромів досить різноманітний. Сюди належать: істеричні напади, істеричне помутніння свідомості, істеричні амбулаторні автоматизми та фуґи, синдром Ганзера, псевдодеменція, пуерилізм та ін. Розглянемо найбільш поширені серед них.

**Синдром Ганзера** – це один із варіантів сутінкового затьмарення свідомості. В такому стані пацієнти не можуть відповісти на елементарні запитання, виконати прості дії, вирішити нескладні математичні задачі, пояснити суть картинки. На перший погляд, дії пацієнтів недоречні, проте у них зберігається загальна спрямованість дії. Наприклад, на прохання

<sup>6</sup> Апатія – повна байдужість до усього, що відбувається.

<sup>7</sup> Мутизм – небажання чи неможливість говорити.

запалити сірник, пацієнт бере сірник та тримає його об стінки сірникової коробки, хоч і не тим боком.

Основним симптомом даного синдрому є «відповіді мимо». Пацієнти дезорієнтовані, їх поведінка не відповідає умовам оточуючого середовища. Вони безпричинно сміються, можуть бути без причини збудженими або наляканими. Тривалість такого стану – декілька днів, після виходу з такого стану спостерігається амнезія.

До основних симптомів синдрому Ганзера відносять:

- 1) «відповіді мимо»;
- 2) виконання дій навпаки;
- 3) звуження свідомості;
- 4) часткову чи повну амнезію.

Синдром Ганзера частіше спостерігається в умовах ув'язнення, а також у солдат та осіб, які перебувають в екстремальних умовах. Причиною виникнення даного синдрому можуть бути і інші стресові чинники. Так, Є. Скриль описує синдром Ганзера у дівчини 21 року на тлі сильного страху перед внутрішньом'язовими ін'єкціями.

*Пуерилізм – недоречна, така, що не відповідає психіці дорослої людини, поведінка з дитячими рисами, манерами, жестами, пустощами, дуркуватістю. Хворі граються іграшками, капризують, по-дитячому будують фрази, говорять із дитячою інтонацією, сюсюкають. Оточуючих дорослих називають «дядями» та «тьотями». Вирішення простих задач та здійснення простих дій супроводжується грубими прорахунками та помилками. Поруч із дитячими рисами поведінки, у хворих зберігаються риси поведінки дорослої людини. Настрій, зазвичай, знижений.*

Вперше пуерилізм був описаний у 1911 році у підсудних солдат та призовників.

*Псевдодеменція відрізняється від синдрому Ганзера відносно меншою глибиною сутінкового затьмарення свідомості. Хворі розгублені, висловлюють скарги на неможливість розібратися в оточуючій ситуації,*

безглуздо дивляться поперед себе, відповідають «мимо запитань», дурачаться, мають лабільний настрій. Вони не можуть упоратися з простим завданням, дати відповідь на запитання і, разом із тим, неочікувано правильно відповідають на складне запитання. Виділяють 2 форми псевдодеменції: депресивна та ажитована. При депресивній формі хворі знаходяться у подавленому стані, при ажитованій – непосидючі, метушливі. Такий стан може тривати від декількох днів до декількох місяців.

*Синдром здичавіння або регресія* становить собою істеричне затьмарення свідомості з особливим психомоторним збудженням, за якого регрес психічної діяльності досягає крайнього ступеня. Хворі повзають навколішки, їдять ротом із тарілки, гавкають, кусаються тощо. Іноді така поведінка супроводжується маяченням перевтілення (спробами рухатися та поводити себе як тварини).

#### **4. Патопсихологічна діагностика при межових розладах**

Патопсихологічна діагностика при межових психічних розладах – це, в першу чергу, діагностика особистості, проте не слід ігнорувати й діагностику пізнавальних процесів.

Діагностика неврозів завжди іде шляхом диференціації психогенних неврозів із неврозами, які виникають при органічних та соматичних захворюваннях. Так, при диференціації реактивного неврозу із неврозом внаслідок психічного розладу, патопсихологічна діагностика може мати позитивний або негативний характер, тобто сприяти вирішенню питання про відсутність або наявність змін особистості та пізнавальної сфери, що характерні для певного психічного розладу.

В психодіагностичній практиці широко використовуються особистісні опитувальники, проте слід зазначити, що ні один опитувальник не надає надійних результатів для нозологічної діагностики. Так, більшість опитувальників дозволяють виявити рівень нейротизму та висловити синдромологічні припущення (опитувальник Айзенка, скринінг-

опитувальники, ММРІ та ін.). Нейротизм свідчить про схильність особистості до межового розладу. Використання особистісного опитувальника надає можливість визначити тип невротичного чи неврозоподібного синдрому та визначити певною мірою вираження патології.

Особливо інформативною з даної точки зору є методика ММРІ.

Дослідження рівня домагань при неврозах проводилося співробітниками В. Мясичева. Зокрема, при неврастенії має місце диспропорція між рівнем домагань та внутрішніми ресурсами особистості. У хворих на істерію спостерігався як завищений рівень домагань, так і їх відсутність.

Досить цікаві дані для оцінки особистості хворих із межевою патологією можна отримати за допомогою проєктивних методів (тест Роршаха, методика незакінчених речень та ін.). Так, при проведенні методики незакінчених речень були виділені системи відношень, які відрізняються найбільшим ступенем порушень: самооцінка, життєві цілі, відношення до рідних.

Характеристику реакції хворих на стрес можна прослідкувати за допомогою малюнкової методики Розенцвейга, яка дозволяє зробити висновок про фрустраційну толерантність хворих на неврози та неврозоподібні стани. У таких хворих прослідковується низький рівень групової конформності. Це свідчить про недостатню адаптацію хворих до соціального оточення та про високу частоту конфліктних відносин із середовищем. Дані доповнюються результатами аналізу автобіографічних даних та клінічного опитування.

### ***Запитання та завдання для самоконтролю***

1. Що таке психогенії (психогенні розлади)? Які Ви можете назвати чинники виникнення психогеній?
2. Порівняйте неврози та неврозоподібні стани. Назвіть загальні ознаки неврозів.

3. Охарактеризуйте неврастенію як один із основних типів неврозів.
4. Розкрийте суть істеричного неврозу.
5. Надайте психологічну характеристику неврозу нав'язливих станів.
6. Розкрийте основні види реактивних психозів.
7. Що являють собою гіперкінетичні афективно-шокові реакції?
8. Розкрийте поняття гіпокінетичних афективно-шовкових реакцій.
9. Охарактеризуйте підгострі реактивні психози на прикладі синдрому Ганзера.
10. Охарактеризуйте пуерилізм як варіант підгострого реактивного психозу.
11. Надайте характеристику псевдодеменції.
12. Розкрийте особливості патопсихологічної діагностики при межових психічних розладах.

## **ТЕМА 5. ПАТОПСИХОЛОГІЧНА СЕМІОТИКА БІПОЛЯРНОГО АФЕКТИВНОГО РОЗЛАДУ (БАР)**

### **План**

1. Загальна характеристика біполярного афективного розладу.
2. Особливості протікання біполярного афективного розладу у підлітковому віці.
3. Патопсихологічне обстеження хворих із БАР.

#### **1. Загальна характеристика біполярного афективного розладу**

Лише у кінці ХХ ст., відповідно до МКХ-10 у загальний обіг було введене поняття «біполярний афективний розлад». До того часу розлад носив назву «маніакально депресивний психоз». Автором вчення про маніакально-депресивний психоз є Е. Крепелін.

Даний розлад протікає у вигляді афективних фаз, розділених інтермісіями, причому його перебіг може бути як монополярним, так і біполярним. Монополярний перебіг має два варіанти – депресія або маніакал. Біполярний перебіг можливий з інтермісіями та без них, із правильним чергуванням фаз та з неправильним чергуванням фаз. Класична зміна маніакальної та депресивної фаз зустрічається порівняно рідко, значно частіше біполярний афективний розлад характеризується виникненням або ж лише маніакальних, або ж лише депресивних фаз.

Для обох фаз характерною є триада симптомів:

- підвищений або пригнічений настрій;
- прискорення або загальмування мислення;
- прискорення або загальмування у руховій сфері.

Розглянемо маніакальну фазу.

***Манія** – патологічно підвищений, стійкий настрій, який може варіювати від безпечного весілля до неконтрольованого збудження.*

У ***маніакальній фазі*** зміни настрою проявляються у покращеному самопочутті, радощах з відтінком ейфорії (хворі щасливі, дають неадекватні реакції на неприємності). ***Ейфорія** – піднесений, безпечний, святковий настрій, що виникає безпідставно, супроводжується приливом бадьорості, оптимізму, ініціативи, переживанням щастя... з поверхневою оцінкою власного стану та поведінки.* При цьому хворі легко піддаються гніву, у поведінці оточуючих часто вбачають образу для себе. За характером вираження маніакальний стан поділяють на: *гіпоманіакал, виражений маніакальний стан та найбільш виражений маніакальний стан.*

***Гіпоманіакал.*** Хворі рухливі, непосидючі, пересипають власне мовлення множиною непотрібних деталей. Міміка та пантоміміка відповідають емоційному стану. Мовленні прискорене, хворі створюють навколо себе обстановку шуму та суєти. Вони активні, прагнуть діяльності. Характерним є зменшення часу сну.

**Виражений маніакальний стан** характеризується розгальмуванням потягів, зокрема це проявляється у сексуальному збудженні. Хворі у такому стані заводять сумнівні знайомства, приймають рішення піти з сім'ї, стають цинічними та грубими. Часто такі хворі проявляють незвичну для них щедрість, починають зловживати алкоголем та наркотиками (після виходу з маніакального стану це припиняється). Їх діяльність непродуктивна через нестійкість уваги та постійне відволікання на сторонні впливи. Непродуктивність діяльності та відволікання уваги можна побачити при виконанні коректурної проби. Інтелектуальна сфера без змін, проте через нестійкість уваги мислення набуває своєрідного поверхневого характеру. При наростанні збудження зміна уявлень та думок різко прискорюється і виникає характерне явище, що носить назву «стрибок ідей» – зв'язок між уявленнями та думками втрачається, мовлення стає незрозумілим для оточуючих.

**Найбільш виражений маніакал.** На висоті збудження виникає так званий «стан сплутаності», який важко віддиференціювати від шизофренії. Беззв'язність мислення може нагадувати шизофренічну розірваність. Страждає критика до себе (хворі прагнуть найвищої оцінки власної діяльності). Меншою мірою страждає критика стосовно оточуючих. Типовими є зміни пам'яті, спостерігається її своєрідне загострення (гіпермнезія). Хворі відтворюють давно забуті події, можуть з'явитися псевдоспогади. Характерним є марення, що виникає на фоні підвищеного настрою та самопочуття. Зміст марення пов'язаний із переоцінюванням власної особистості (наприклад, хворі говорять про наявність у них надприродних здібностей). Характерною для марення є конкретність, звернена до реальності.

**Приклад маніакального стану (за І. Лукомським):** «Хворий Р., 52 роки. Правильно орієнтований, охоче вступає в контакт. В кабінет заходить із радісним виразом обличчя. Настрій благодушно-веселий, безтурботний. Міміка та пантоміміка жваві, очі іскряться сміхом, вираз обличчя

добродушний. Багатослівний, схильний до римування, мовлення багате на примовки.

Речення хворий будує граматично правильно, іноді не закінчує фрази. Спостерігається схильність до нових словоутворень, нерідко переходить на особливу винайдену ним мову чи надає іншого значення деяким загальноживаним висловам, прикидаючись, що не розуміє їх реального змісту. Так, на пропозицію побажати щось студентам, хворий відповів: «А що їм побажати? І слово то яке – «студенти», ну якби вони були теплими – то інша справа». На запитання, як він сюди потрапив, хворий відповів: «Їхали на на шубці – опинились в санях. Ось так справи які: став город городити, а воріт немає».

При поясненні переносного смислу прислів'їв часто починає вірно, проте швидко відволікається за співзвуччям, римує. Наприклад, на прохання пояснити смисл прислів'я «Що посієш, те й пожнеш», відповідає: «Посієш год – виросте проглот, тобто прогноз – не ходи на погост».

Хворий не висловлює якихось скарг, вважає себе здоровим. Має схильність до переоцінювання власної особистості, проте у порівняно скромних межах. Так, наприклад, заявляє, що міг би і «зараз працювати на якій-небудь адміністративній роботі чи лікарем, проте в якості директора заводу, мабуть, було б важкувато працювати».

Бесіду припиняє неохоче, просить ще з ним поговорити».

*Депресивна фаза* біполярного афективного розладу характеризується виникненням депресії. *Депресія* – це патологічно знижений, подавлений настрій, що супроводжується втратою інтересів, «зниженням духу», зниженням енергетичності та тону, почуттям безвиході, розчаруванням, низькою самооцінкою, відчаєм та суїцидними думками. У людей похилого віку виникає відчуття втоми від життя, прагнення смерті. Характерною є скорботна міміка.

При *циркулярній депресії* спостерігається тривога. Хворі не вірять у власні сили, вважають себе нікчемними людьми, вважають, що приносять

іншим лише неприємності, вважають себе недостойними спілкування з оточуючими. Такі ідеї набувають надцінного характеру, з'являються суїцидальні думки. На висоті депресії хворі відчувають пустоту у голові, тяжкість та скованість думок. Страждає осмислення. Порушується здатність до суджень, хворі неспроможні виконати найпростіші рахункові операції. Хворі загальмовані. На прості запитання відповідають із затримкою або ж не відповідають взагалі. Слід зазначити, що загальмування мислення не завжди носить генералізований характер. Може зберігатися активна робота уяви, що зображує тужливі песимістичні картини.

Ілюзії та галюцинації у депресивній фазі зустрічаються набагато частіше, ніж у маніакальній, відповідають емоційному фону хворого, носять тривалий та стійкий характер.

#### ***Ознаки прихованої (ларвірованої) дересії:***

1. Початок захворювання не пов'язаний із зовнішніми та внутрішніми факторами.
2. Переважають загальносоматичні скарги.
3. Вітальний відтінок зниженого настрою (тяжкість на душі, розлади сну, анорексія).
4. Ідеаторне та рухове загальмування.
5. Зниження лібідо.
6. Загальне зниження сил.
7. Наявність суїцидальної готовності.
8. Фазне протікання з коливаннями самопочуття та настрою.
9. Спадковість обтяжена афективними розладами.
10. Позитивний ефект при лікуванні антидепресантами.

Центральне місце в депресивній фазі БАР займає *афект туги*. Тяжкими для хворого є переживання «*вітальної туги*» зі стисканням в ділянці серця, що іррадіює в плечі, епігастральну ділянку, з головним болем, що не знімається знеболювальними засобами. Проте суб'єктивно найбільш

тяжкими є «моральні страждання». Часто хворі скаржаться на відсутність «будь-яких почуттів».

Перші депресивні напади не розпочинаються раптово, їм передують передвісники, які хворі зазвичай розцінюють як наслідок перевтоми та інших психогенних впливів. До числа таких явищ належить астенія, особливо в ранкові часи. До передвісників належить також недостатність та неконтрольованість сну із жахливими сновидіннями. Після сну хворі відчувають втому, зниження апетиту, гіркоту у роті, біль у потилиці та спині.

При повторних нападах стан депресії виникає більш гостро, часто з раптовою зміною настрою.

*Зовнішній вигляд хворого у фазі депресії має свої особливості:* шкірні покриви бліді, руки холодні (нерідко синюшні), скорботний вираз обличчя, губи щільно стиснуті, куточки губ опущені, брови здвинуті, між бровами складка, на очах сльози (проте часто сліз немає, хворі рідко моргають, тому очі не зволожуються і запалюються). Голос стає тихим, майже беззвучним. Іноді хворі безперервно монотонно стогнуть. Вони малорухливі, часто лежать в ліжку і накриваються ковдрою з головою. Може настати повне оціпеніння – депресивний ступор.

Пам'ять страждає за рахунок здатності до відтворення. За виключенням початкових стадій депресії, усвідомлення хвороби відсутнє.

***Приклад депресивного стану (за І. Лукомським):*** «Хвора Л., 49 років. Свідомість не порушена. Хвора тривожна, збуджена, стискає зуби, заламує руки, тихо стогне. Очі широко відкриті, обличчя із застиглим виразом страждання. Мовлення тихе, з паузами. Скаржиться, що у неї «всередині все стислося», «туга відчайдушна лежить каменем на серці». Вона відчуває «як слабне серце, зникають сили і наближається кінець». Скаржиться на болісне безсоння; не спить «ні хвилини». Хвора відчуває, що « гине фізично, так як клітини кори не можуть витерпіти такого напруження». Заявляє, що лікарі безсилі щось для неї зробити і полегшити її стан, що становище її безнадійне.

Заявляє, що через неї сім'я зруйнована і приречена на жалюгідне існування, що чоловіка звільнили з роботи, йому загрожує якась небезпека.

Звинувачує себе в тому, що своєю хворобою спричиняє страждання рідним, що лише вона винна в захворюванні сина, що є джерелом усіх крупних та дрібних негараздів у сім'ї. У своєму майбутньому не бачить просвіту. Життя здається страшним кошмаром, суцільними стражданнями. Хвора часто висловлює суїцидальні думки.

Ранком туга зазвичай більш виражена. Іноді хвора насилу підіймається з ліжка – лякає майбутній день; посеред дня стає дещо спокійнішою».

Вихід із депресивного стану супроводжується тривалою астенизацією та деяким розгубленням, іноді – руховим загальмуванням.

Початок захворювання найчастіше має місце між 15 та 30 роками, проте може дебютувати і в більш пізньому віці. Інколи впродовж життя має місце єдиний епізод захворювання з маніакальним чи депресивним забарвленням, який проходить без лікування. Тривалість між нападами може складати роки та десятки років. В цей період хворі повністю зберігають працездатність, інтелектуально-мнестичне зниження не властиве для БАР. Захворювання частіше зустрічається у жінок.

## **2. Особливості перебігу біполярного афективного розладу у підлітковому віці**

Перші гіпоманіакальні стани у підлітків, які страждають на біполярний афективний розлад, часто приймають за вікові порушення поведінки, хоча вони виникають раптово. Для підлітків у *маніакальному стані* характерні ті ж самі симптоми, що й для дорослих (підвищений настрій, рухове та мовленнєве збудження), проте всі ознаки мають свої особливості.

Маніакальні стани можуть проявлятися типовою картиною, але з більшою схильністю до гнівливості та роздратування, хворі корчать гримаси, кривляються, мають схильність до римування, розгальмованість потягів. У

молодшому підлітковому віці часто бувають манії, які супроводжуються гнівом.

Найбільш вираженим є рухове збудження. Рухи швидкі, міміка жвава, увесь зовнішній вигляд підлітка свідчить про його самовпевненість. Мовлення швидке, на запитання відповідають без затримки. Говорять голосно та багато (якщо маніакальний стан затягується – зривають голос, саме тому для хворих у маніакальному стані характерним є хриплий голос). У розмові зі старшими втрачають відчуття дистанції. Характерна розірваність думок, поверхневність асоціацій.

На фоні підвищеного настрою формуються ідеї величі, у підлітків вони досить примітивні (планують стати відомими артистами, акторами, дипломатами...). Усвідомлення хвороби відсутнє.

Підлітки дуже активні, вони майже не сплять, навіть короткого часу сну для них достатнього. Апетит підвищений та, незважаючи на це, діти худнуть.

Легкі гіпоманіакальні стани можуть проявлятися *делінквентним еквівалентом гіпоманіакального стану*. При цьому основні ознаки манії виражені помірно. Підлітки у даний період нагадують психопатів гіпертимно-нестійкого типу. Вони активні, прагнуть спілкування та діяльності, проте нестримна ейфорія для них не характерна. Часто шукають нових знайомств та розваг, уникають праці, перестають виконувати навіть свої прямі обов'язки. Такий стан може призвести до того, що підліток стає членом асоціальної компанії, вживає алкоголь, наркотики, рано починає вести сексуальне життя, часто змінює сексуальних партнерів. Наслідком такої поведінки може стати вчинення правопорушень. Даний еквівалент частіше буває у хлопців.

Біполярний афективний розлад у підлітковому віці може розпочинатися з депресивної фази, причому перші стерті депресії проходять непомітно для оточуючих. *Депресивний стан* у підлітків більш різноманітний за клінічною картиною. Типові меланхолійні депресії частіше зустрічаються

у страшому підлітковому віці. Поруч із ними, можливі *делінквентні, іпохондричні та апатоабулічні еквіваленти*.

**Делінквентний еквівалент депресивного стану** розпочинається раптовими, не властивими підлітку, порушеннями поведінки. Дитина стає похмурою та озлобленою, починає грубити оточуючим, з'являється негативізм, втрачається інтерес до навчання, може зв'язатися з асоціальною компанією. Від своїх вчинків задоволення не отримує. Такі підлітки, незважаючи на зовнішній вигляд та реальне самопочуття, категорично заперечують наявність пригніченого стану.

**Іпохондричний еквівалент** проявляється множиною різноманітних іпохондричних скарг. Наявні соматичні порушення надто перебільшуються, крім того, висловлюються неіснуючі порушення. Підлітки з задоволенням ходять до лікаря і отримують певну насолоду від лікування. Посилаючись на хворобу, ухиляються від навчання, час проводять бездіяльно. Емоційний фон знижений. Контакт із такими підлітками ускладнений, проте вони з задоволенням говорять про своє самопочуття, перераховують симптоми, які їх тривожать. Свій поганий настрій усвідомлюють, вважають його наслідком «тяжкого захворювання». Даний еквівалент більш властивий середньому та старшому підлітковому віку, зустрічається як у хлопців, так і у дівчат.

**Астенопатичний еквівалент.** Порушення, зазвичай, розпочинаються з ускладнень у навчанні. Не вдається зосередитися, нелегко засвоїти та запам'ятати новий матеріал, повільно пригадується матеріал, що був вивчений раніше. Спочатку хворі посиленими та тривалими заняттями намагаються заповнити прогалини у навчанні. При цьому швидко настає втома і продуктивність занять падає. Хворі приходять у відчай і перестають цікавитися навчанням.

Рідні звертають увагу на зміни у стані підлітка. Дитина стає в'ялою, час проводить переважно вдома, нічим не займається. Апетит помітно не знижується, проте їжа, навіть улюблена, перестає приносити задоволення. Підлітки багато сплять, але сон не приносить бадьорості. Після сну

почувають себе розбитими, говорять про те, що у голові безліч думок. До вечора стан трохи покращується.

На звинувачення зі сторони у лінії та бездіяльності підлітки реагують роздратуванням. Самі зрозуміти свій стан не можуть. При зовнішньому тиску (наприклад, звинувачення та роздратування рідних, вчителів, однокласників) можливі спроби суїциду.

При психологічному дослідженні у такому стані діагностується сповільнення мисленневих процесів та послаблення активної уваги.

Даний тип еквіваленту характерний для середнього та старшого підліткового віку.

Під час депресій частими є деперсоналізаційні переживання.

Зв'язок між депресивними та маніакальними станами у підлітковому віці дуже тісний. Фази можуть змінюватися протягом 1-2 днів і, навіть, декількох годин. Фази завжди короткі (до 3 тижнів), виключення складають депресії, які можуть затягуватися на місяці. Особливістю БАР підліткового віку є також те, що в даному віковому періоді захворювання завжди біполярне.

### **3. Патопсихологічне обстеження хворих із БАР**

#### *Діагностичні критерії біполярного афективного розладу*

При маніакальному стані проявляється прискорене (лабільне) мислення. На перший план виступає порушення динаміки мисленневих процесів, при відсутності порушення рівнів узагальнення та відволікання. Мислення малопродуктивне у зв'язку з поверхневістю суджень. Постійно виникають сторонні, побічні асоціації. Інколи відсутній зв'язок між окремими судженнями та цілісним завданням. Зменшення продуктивності мисленнєвої діяльності при манії відповідає ступеню вираження фази. При гіпоманії іноді можна навіть спостерігати підвищення продуктивності виконання завдань. Чим більш виражена манія – тим нижча продуктивність мисленнєвої діяльності.

У хворих у маніакальному стані увага знижена більше, ніж при депресії (Л. Калягіна, 1972)<sup>8</sup>. Порушення уваги в маніакальних станах, в першу чергу, характеризується її нестійкістю. Це проявляється у збільшенні часу на виконання завдань за методиками: коректурна проба, таблиці Шульте, рахунок за Крепеліним та ін. Збільшується кількість помилок. Порушення уваги проявляється також у помилках, які свідчать про порушення диференційного гальмування – помилкове закреслювання літер у коректурній пробі (схожих або сусідніх).

Поєднання нестійкої уваги, полегшеного утворення асоціацій, прискорення мисленнєвої діяльності призводить до своєрідності мовлення хворого (окремі висловлювання, не пов'язані з темою розмови, асоціації нерідко за звучанням). При стрибку ідей думки так швидко змінюють одна одну, що виникає неконтрольований словесний потік. В той же час, при стрибку ідей, на відміну від шизофренічної розірваності, можна вловити взаємопов'язану інформацію.

Мовлення при стрибку ідей відображає хаотичність та підвищену мінливість цілеспрямованості мисленнєвих процесів, високу здатність хворого до відволікання. Прискорене мислення в цілому носить характер поверхневості, непослідовності, лабільності.

Якщо хворому вказати на помилку – судження легко коригуються.

Швидкість сенсомоторних реакцій та латентний період між словами-подразниками та реакцією у відповідь у хворих не прискорені, іноді погіршені, у зв'язку з нестійкістю уваги.

За методикою ММРІ профіль особистості маніакальних хворих піднімається за шкалою 9, знижується за шкалою 2 і особливо за шкалою 0.

У депресивній фазі поруч, із гіпотимією і затримкою психомоторики, відмічається загальмоване мислення, сповільнений темп перебігу мисленнєвих процесів, зменшений обсяг та кількість ідей. Хворі говорять про

---

<sup>8</sup> Дослідження проведені за допомогою коректурної проби.

суб'єктивне відчуття утрудненого мислення, інтелектуальну неспроможність, скаржаться на відсутність думок.

В асоціативному експерименті характерним є збільшення латентного періоду словесних реакцій.

Мислення малорухоме, інертне. Застрягають на одній думці (моноідеїзм). Страждає також спрямованість мислення, хворі скаржаться на те, що не можуть довести свої роздуми до кінця.

Уявлення хворого про мету мисленнєвої діяльності не страждає, проте формується повільніше, порівняно із здоровою людиною. Мети мисленнєвої діяльності хворий або не досягає, або це дається йому з великими труднощами.

Загальмування мислення провокує утруднення переходу від виконання одного завдання до іншого. Хворому важко зосередитися на виконанні завдання. При цьому узагальнення у нього збережені, проте він насилу засвоює інструкцію.

В окремих випадках доступні для виконання таблиці Шульте та рахунок за Крепеліним, проте спостерігається затримане включення в роботу.

Для визначення ступеня депресії використовують різні шкали депресії, що ґрунтуються на оцінці та самооцінці. Оціночні шкали депресії не є психологічними методиками.

Шкали на основі самооцінки можуть існувати як самі по собі, так і в структурі багатофакторних опитувальників. До таких належать: шкала депресії Т. Ташева, ММРІ. За шкалою Спілбергера у хворих спостерігаються високі показники особистісної тривожності.

Уявлення про емоційний стан хворого надає методика Дембо-Рубінштейн. Депресія виявляється опосередковано за шкалами сімейного благополуччя, службових досягнень. Обговорення з хворим результатів за цими шкалами виявляє гіпотимію, ідеї самозвинувачення, самознищення. Важливу роль відіграє не оцінка хворого, а її пояснення.

При дослідженні за методикою ТАТ спостерігається проекція власних переживань на сюжет розповіді, наділення депресивним афектом деяких персонажів, іноді – суїцидальні думки.

Не лише себе, а й близьке оточення хворі на депресію сприймають як мучеників (В. Блейхер, І. Крук).

У таблиці 6 показано результати патопсихологічної діагностики підлітків та дорослих, які страждають на БАР.

*Таблиця 6*

**Результати обстеження підлітків та дорослих хворих на БАР  
(депресивна фаза)**

<i>Обстежуваний пасивний, малоініціативний, малоемоційний</i>	
<i>Назва методики</i>	<i>Особливості виконання</i>
<i>Коректурна проба</i>	Продуктивність низька
<i>10 слів</i>	Забування
<i>Класифікація предметів</i>	Помилки на увагу, які важко виправляються
<i>Тести на інтелект</i>	Інтелект в межах норми
<i>Діагностика змін світогляду</i>	Себе оцінює на 1-2 бали, оточуючий світ – на 4-5
<i>Тематичний апперцептивний тест</i>	Знижений емоційний фон, іноді суїцидальні думки
<i>Методики на визначення особливостей самооцінки</i>	Самооцінка рівномірно занижена

***Запитання та завдання для самоконтролю***

1. Охарактеризуйте маніакальну фазу БАР.
2. Охарактеризуйте депресивну фазу БАР.
3. Назвіть тріаду симптомів, якими характеризується біполярний афективний розлад.
4. Що таке манія?

5. Чим відрізняється гіпоманіакал від вираженого маніакального стану та найбільш вираженого маніакального стану?
6. У чому Ви вбачаєте основну небезпеку депресивної фази БАР? Відповідь обґрунтуйте.
7. Як проявляється делінквентний еквівалент гіпоманіакального стану БАР у підлітків?
8. Порівняйте патопсихологічні особливості делінквентного еквіваленту депресивного стану та іпохондричний еквівалент БАР у підлітків.
9. Охарактеризуйте астенопатичний еквівалент БАР у підлітків.
10. Порівняйте іпохондричний та астенопатичний еквіваленти БАР у підлітків.
11. Якими є особливості патопсихологічного обстеження хворих із БАР?
12. Порівняйте особливості патопсихологічного обстеження хворих, які знаходяться у маніакальній та депресивній фазах БАР.

## **ТЕМА 6. ПАТОПСИХОЛОГІЧНА СЕМІОТИКА ШИЗОФРЕНІЇ**

### **План**

1. Загальна характеристика шизофренії як психічного розладу. Основні форми шизофренії.
2. Особливості перебігу шизофренії у дітей та підлітків.
3. Патопсихологічна діагностика хворих.

- 1. Загальна характеристика шизофренії як психічного розладу. Основні форми шизофренії**

*Шизофренія – це ендогенний хронічний психічний розлад, що характеризується типовими змінами особистості та своєрідністю*

дефектів. Для шизофренії характерними є позитивні та негативні симптоми (див. табл. 7).

Таблиця 7

### Симптоми шизофренії

<i>Негативні (дефіцитарні) розлади</i>	<i>Позитивні (продуктивні) розлади</i>
Структурні розлади мислення (розірваність, резонерство, різноплановість)	Галюцинаторно-маячні розлади
Симптоми якісного викривлення емоцій (ущільнення, неадекватність)	Кататонічні явища
Порушення волі (амбівалентність, амбітендентність, гіпобулія, негативізм)	Гебефренна симптоматика
Порушення особистості (аутизм, зниження енергетичного потенціалу)	Афективно-маячні розлади

К. Шнайдер виділив симптоми шизофренії першого рангу, до яких належать:

1. Відкритість думок (хворим здається, що їх думки відомі всім).
2. Відчуття відчуження (хворому здається, що його дії йому не належать).
3. Відчуття впливу (відчуття того, що думки та дії нав'язані зовнішніми силами).
4. Сприймання на основі маячення (організація реальних сприймань в особливу систему, що часто призводить до викривлення уявлень та конфлікту з дійсністю).
5. Слухові галюцинації та псевдогалюцинації (голоси коментують дії та думки хворого).

Виділяють три варіанти протікання шизофренії: неперервне прогредієнтне (зляжкісне), приступоподібне прогредієнтне, періодичне (рекурентне).

Прогноз при шизофренії може бути сприятливим або сприятливим.

**Сприятливий прогноз** можливий за таких умов: раптовий початок, психоз має короткий епізод, початок у більш пізньому віці, хворий перебуває у шлюбі, хороша психологічна адаптація, нормальна особистість до захворювання, хороші соціальні стосунки тощо.

**Несприятливий прогноз** має місце за наступних умов: поступовий початок, тривалі психотичні епізоди, домінування негативної симптоматики, тощо.

Відповідно до класифікації, представленої А. Снежневським, виділяють чотири основні форми шизофренії: **параноїдну, просту, гебефренну, кататонічну.**

**Параноїдна шизофренія** протікає за стереотипом, який описав французький лікар В. Маньян. Починається з паранояльних розладів (більш або менш систематизованих) без наявності галюцинацій. Далі стан хворого погіршується, що проявляється у формі нетривалого тривожно-депресивного збудження – передвісника переходу паранояльного стану у параноїдний, який характеризується недовірливим та підозрілим ставленням до інших людей. В перебігу хвороби параноїдний стан видозмінюється і стає парафренним<sup>9</sup>. Поряд із фантастичним маяченням у хворих можуть виникати і кататонічні розлади.

В іншому варіанті параноїдна шизофренія починається не з паранояльного маячення, а зі стійких явищ нав'язливості, котрі або ж стають

---

<sup>9</sup> Надаючи характеристику паранояльним, параноїдним та парафренним розладам при шизофренії, А. Лічко описує паранояльні розлади як такі, що є наслідком неправильного викривленого тлумачення подій та власних переживань. Як правило, такі маячні ідеї є монотематичними. Паранояльним називають недостатньо систематизоване маячення. Параноїдні розлади поєднують маячення (зазвичай політематичне), галюцинації та психічні автоматизми (психопатологічне явище, яке полягає в тому, що хворий сприймає власні психічні процеси як нав'язані стороннім зовнішнім впливом). Одним із різновидів параноїдних розладів при шизофренії є синдром Кандинського-Клерамбо, що містить у своєму складі психічні автоматизми, псевдогалюцинації та марення впливу. Парафренний синдром складається з різноманітних галюцинацій, емоційно насиченого маячення, часом протилежного змісту. Психічні автоматизми, зазвичай, поєднуються з вираженим маячним фантазуванням.

психічним автоматизмом, або ж поєднуються з параноїальним маяченням. Можливі варіанти розвитку параноїдної шизофренії зі стійких сенестопатій, що переходять у параноїальне іпохондричне марення або поєднуються з ним. Зустрічаються випадки розвитку шизофренії з деперсоналізації (*порушення свідомості, що характеризується відчуттям відчуження власних думок, афектів, дій, свого «Я», які сприймаються ніби зі сторони*), з наступним переходом у параноїдний стан.

Наведемо приклад деперсоналізації: «Я продовжувала вести щоденник і писати про себе в третій особі – «вона». Це викликало у мене збентеження. Якщо «вона» – це «я», то хто ж тоді про «неї» пише? Хіба «вона» – це «я»? Проте якщо «вона» – це «я», то хто ж тоді розповідає про цих «я» та «вона»? Хаос наростав і я заплутувалась все більше і більше. В один чудовий вечір у мене остаточно опустились руки і я замінила всі «я» на невідому величину X. У мене було відчуття, що мене більше не існує, що не залишилось нічого, крім хаосу, і я уже нічого не знала – ні хто я така, ні що собою являю і чи існую я взагалі.» (А. Лаувенг).

Інколи у хворих спостерігається явище нав'язливості, що не підлягає терапії і трансформується у тяжкі шизофренічні зміни особистості.

**Проста форма шизофренії** маніфестує в юнацькому віці. Поступово наростає редукція енергетичного потенціалу (К. Конрад), що проявляється у вигляді втрати активності. Хворі стають гірше вчитися, у них починається емоційне вигорання, з'являються односторонні захоплення, вони концентруються на абстрактних проблемах, часто таке захоплення носить характер одержимості («філософська інтоксикація»). Спостерігаються рудименти кататонічного збудження чи маячення, значно частіше – афективні коливання, що інколи набувають характеру циркулярності, стерта депресія, іноді ступідна (дезорганізована поведінка при порушенні здатності до осмислення ситуації, порушенні пам'яті на реальні події). Дана симптоматика не змінюється протягом усього життя хворого.

**Гебефренна шизофренія** теж розпочинається в юнацькому віці. Її можна назвати видозміненою формою простої шизофренії, хоча, на відміну від останньої, вона злякисна. При такій формі виникає гострий дебют психозу зі змішаною поліморфною картиною, у якій спостерігаються афективні, параноїдні та кататонічні розлади. Хворі потребують постійного перебування у психіатричній лікарні. Таким чином, юнацька шизофренія може мати два напрями протікання: проста – відносно сприятливе протікання та гебефренна – несприятливе.

**Кататонічна шизофренія.** При люцидній кататонії (кататонія, що не супроводжується розладами свідомості) спостерігається характерний, порівняно нетривалий, продром у вигляді аутизму, іпохондрії, інколи навіть рудиментарних проявів кататонічних розладів з наступним розвитком збудження або ступору. Подальше протікання даної форми шизофренії злякисне і її важко диференціювати з гебефренною формою.

Кататонічна форма шизофренії часто характеризується кататонічним ступором, коли хворі знаходяться в «позі ембріона», для якої є характерним «симптом повітряної подушки». Будь-яка спроба змінити позу призводить до все більшого напруження мускулатури зі сторони хворого.

Характерним симптомом для кататонічної форми є *стереотипії*. Наприклад, хворий протягом кількох годин ритмічно розхитується на ліжку; стереотипно підіймає чи опускає руки; годинами ходить туди-назад. Можуть бути стереотипії у мовленні, наприклад, повторення слів або неологізми.

Досить важливими симптомами кататонічної форми шизофренії є *негативізм* та *мутизм*. Значно рідше спостерігаються такі симптоми як *ехолалія* та *ехопраксія*. Нерідко при кататонічній формі виникає збудження із немотивованою агресивністю. Можуть спостерігатися галюцинації та маячні ідеї. Прогноз – можливі стійкі ремісії.

Слад пам'ятати, що наявність кататонічних симптомів не завжди є свідченням шизофренії, вони можуть бути спровокованими захворюваннями

мозку, метаболічними захворюваннями, алкоголем чи лікарськими препаратами, а також виникати при афективних розладах.

Проста форма шизофренії здатна видозмінюватися у гебефренну або параноїдну. Параноїдна може приєднувати кататонічні порушення та видозмінюватися до кататонічної.

У відповідності до МКХ-10, крім перерахованих форм шизофренії, виділяють також недиференційовану шизофренію, постшизофренічну депресію, резидуальну шизофренію, інші форми шизофренії та неуточнену шизофренію.

Серед симптомів шизофренії, які властиві їй незалежно від форми, виділяють три:

- емоційну тупість;
- своєрідні порушення мислення;
- абулію.

*Емоційна тупість* – це кардинальний симптом захворювання, саме з нього починаються прояви шизофренії. Хворі стають байдужими до того, що складало сферу їх інтересів. Характерна зміна ставлення до найбільш близьких людей. В міру розвитку захворювання симптом емоційної тупості проявляється дедалі яскравіше. Хворих перестає турбувати навіть те, що загрожує їх життю і те, що безпосередньо пов'язане з інстинктами (статевими, харчовими). Вони стають абсолютно байдужими до зовнішнього світу.

На фоні наростаючої емоційної тупості, з абсолютно незначних причин можуть спостерігатися спалахи гніву (симптом «скла та дерева»).

Проявляється так звана *чуттєва амбівалентність*. Наприклад, хворий тягнеться поцілувати матір, яка прийшла його відвідати, і несподівано злісно кусає її.

Саме емоційна тупість призводить до того, що хворі починають здійснювати вчинки, не властиві та незрозумілі здоровій людині, наприклад, їсти неїстівні предмети.

Ще один симптом, властивий для усіх форм шизофренії – це *порушення мислення*. На початку захворювання у хворих спостерігається *резонерство* та *хворобливе мудрування*. Вони стають багатослівними та починають роздумувати (філософствувати) на теми, які не варті уваги. Підґрунтям для тривалих, часто незрозумілих роздумів можуть стати випадково сказані слова чи якісь другорядні факти, події, явища. В ході таких роздумів усе менше спостерігається цілеспрямованість мислення.

В подальшому мислення стає *атактичним*. Хворі у своєму мовленні починають поєднувати несумсні явища та поняття. При цьому мовлення залишається граматично правильним. Наприклад, хвора говорить «Я поїхала на будинку культури», тобто поєднує несумісні речі. Атактичне мислення виражається і в малюнках хворих, у яких поєднуються несумісні деталі.

*Абулія* – це втрата волі або відсутність волі. Даний симптом поєднується з двома попередніми. Вже на початку захворювання хворі перестають проявляти активність, яка була властива їм до того. Часто оточуючі таке зниження активності розглядають як прояв лінощів. Хворі не лише перестають займатися звичними справами, а й взагалі припиняють будь-яку діяльність. Вони увесь час проводять у ліжку. Часто лежать в одній і тій самій позі. В решті-решт, вони припиняють виконання простих дій, спрямованих на задоволення примітивних фізіологічних потреб.

Як правило, хворі на шизофренію не втрачають здатності орієнтуватися у місці, часі та оточуючій дійсності. Пам'ять та інтелект не порушуються. Різко страждає увага. Часом їм майже неможливо зосередитися на певних питаннях або справах.

Узагальнені зміни психічних процесів, що характерні для шизофренії, представлено у таблиці 8.

Таблиця 8

## Порушення психічних процесів при шизофренії

<i>Психічні процеси</i>	<i>Порушення</i>	<i>Приклади порушень</i>
Сприймання	Підсилення та ослаблення сприймання, можливі псевдогалюцинації, галюцинації (частіше слухові) та ілюзії.	Кольори стають більш яскравими, звуки та шуми голосними або навпаки – все стає тьмяним. Порушення сприймання визначає настрій хворого.
Увага	Інформація, яка потрапляє до хворого, перестає бути цілісною.	Одночасні аудіо та відео сигнали з одного джерела сприймаються окремо.
Емоції	Неадекватні ні зовнішнім обставинам, ні думкам хворого, ні діям. Афективні реакції неочікувані та парадоксальні, можуть бути поверхневими. На ранніх стадіях можливі депресії, на пізніх – ущільнення емоцій, емоційна тупість.	Симптом «скла та дерева» (поєднання емоційного притуплення з підвищеною вразливістю, чутливістю, емоційною витонченістю. При цьому сила та якість емоційних реакцій не відповідає значенню подразника).
Мислення	Порушення мотиваційної сфери (редукція енергетичного потенціалу).	Втрата цілеспрямованості мислення.
	Порушення особистісного смислу.	Особистісний смисл предметів та явищ не співпадає з загальноприйнятим та

		обумовленим ситуацією.
	Порушення селективності інформації.	Порушення вибірковості інформації з минулого та неможливість її використовувати у майбутньому.
Мовлення	Порушення емоційної сторони мовлення.	Порушується темп, інтонація, виникає заїкання, сусюкання.
	Зниження спонтанності мовлення, комунікативної функції, вербальності. На більш пізніх стадіях – порушення граматичної сторони. Характерні монологізми, ехолалії, іноді мутизм.	Мовлення часто розірване, розпливчате, монологічне.
Пам'ять	Порушення мотивації до запам'ятовування.	Хворий може не назвати число або місяць, бо йому не цікаво запам'ятовувати дану інформацію.
Мотиваційно-вольова сфера	Зниження інтересів, ослаблення енергетичного потенціалу, рухові розлади.	Астенія, нестандартний тип реагування, адинамія, надцінні або односторонні інтереси тощо.

## 2. Особливості протікання шизофренії у дітей та підлітків

В. Башина, досліджуючи особливості протікання шизофренії у дітей раннього віку, виділяє наступні порушення психофізичного розвитку, які можуть виникнути до початку захворювання:

1. Затримка становлення моторних актів.
2. Затримка формування тонких моторних навичок.
3. Затримка мовленнєвого розвитку, особливо часто у дітей зі злякисним протіканням шизофренії.
4. Порушення ігрової діяльності та міжособистісної взаємодії (зустрічається у понад 80% хворих дітей).

Залежності від якостей розвитку, виділяють чотири групи таких дітей:

I – діти з нормальним розвитку, які до початку захворювання розвиваються відповідно до вікових норм.

II – діти з викривленим розвитком.

III – діти з стигматизованим розвитком.

IV – діти з затриманим розвитком.

Найбільш вивченою у дітей раннього віку є непереривна злякисна шизофренія. Даний тип шизофренії протікає на перших етапах зі зниженням активності та регресом, на наступних – зі стертими кататоноподібними розладами та страхами.

За ствердженням Г. Мюдслі, симптоми психічних розладів, які присутні у дорослих при тому чи іншому психічному захворюванні, у дітей можуть спостерігатися не повною мірою через недостатній розвиток головного мозку. Так, психічний розлад, що виникає у віці 1,5-2 років, може проявитися лише у бурхливих простих емоціях: страх, сміх, плач тощо. Після 2 років прояв психозів стає більш різноманітним. Проблема полягає у тому, що в даному віці важко видиференціювати фантазії від галюцинацій. Шизофренія, яка виникає у віці 3-4 років, починається з виражених

кататонічних розладів – негативізму, мутизму, збудження хаотичного чи по типу бігу у манежі.

Дитина, яка до певного віку розвивалася нормально, стає пасивною, малоемоційною, втрачає набуті навички та знання. Поступово вона стає відстороненою, може надовго застигати в одній позі (наприклад, сидіти та дивитися у стіну), мало рухається, перестає розмовляти. У неї залишається лише обмежене коло слів, яким вона користується. Пасивність може змінюватися одноманітною діяльністю, гра відбувається по типу маніпулятивних дій. Якщо до захворювання дитина їла усі страви, то після захворювання проявляє вибірковість у їжі, їсть лише звичні страви. З розвитком захворювання симптоми поглиблюються. Дитина погано набуває навичок самообслуговування, можливі приступи агресії, характерним є поганий сон та рухові розлади. При злякисному протіканні захворювання діти, як правило, не здатні до навчання.

Для хворих на шизофренію дітей галюцинації не характерні, зате типовими є страхи (галюцинації можуть приєднатися з віком). Особливістю страхів у таких дітей слід вважати схильність до їх генералізації. Зв'язок страхів із першочерговим джерелом нерідко неможливо встановити. Діти часто замальовують свої страхи, проте є й такі, які малюють страх неохоче. Віталік Р., 4 роки 9 міс.: «У глибокій ямі я побачив чаклуна та бабу Ягу. Я не боявся чаклуна, дав йому по голові залізною палицею, і він втік. Баба Яга дряпала хлопчиків нігтями. Я їй теж не боявся. Як дав їй по голові». Іноді у дітей зустрічаються нетипові страхи, наприклад, страх крику півня або страх гудка паровоза (за С. Болдиревою).

В'ялопротікаюча шизофренія у дітей характеризується:

1. Поступовим початком процесу.
2. Невираженими, однотипними, продуктивними психопатичними розладами.
3. Меншою, порівняно з злякисною шизофренією, прогредієнтністю.

Для хворих характерні аутичні риси, втрата єдності особистості, втрата спонтанності та ініціативності, ущільнення емоцій, сензитивність, кататонічні розлади, часткова втрата мовлення, нав'язливі стани (останнє потребує диференціації з неврозом нав'язливих станів). Для подолання нав'язливих станів вони формують ритуали: Євген 5 років 9 міс., перед тим, як сісти на горщик, завжди йшов у сусідню кімнату, голосно кричав: «Гей, хлопчики, приходьте, приходьте!», широко відкривав рот, потім біг до матері, запитував: «Знаєш що?», вона повинна була сказати: «Знаю, Євгенчику, давай погойдаю». Вся послідовність стереотипно повторювалася кожного дня (за А. Снежневським).

Крім описаних варіантів, у дітей можливе приступоподібний перебіг шизофренії.

Питання шизофренії підліткового віку є досить актуальним, ще Е. Крепелін відзначав, що 24% випадків захворювання припадає на період 10-19 років. При цьому хлопці хворіють у 1,5 рази частіше, ніж дівчата. Пубертатний період накладає своєрідний відбиток на картину захворювання. Якщо підлітковий період сам по собі не є причиною шизофренії, то ендокринні порушення, пов'язані з статевим дозріванням, можуть стати провокуючим чинником. Проте найсильнішим провокатором при шизофренічних психозах вважається раптова психічна травма з переживанням сильного страху, а інколи – болю (наприклад, підліток був побитий хуліганами).

У підлітковому віці, особливо у хлопців, шизофренія часто проявляється порушенням поведінки та змінами характеру, типовими для певних типів психопатій (шизоїдного, епілептоїдного, нестійкого, рідше – істероїдного). Даними змінами може обмежитися клінічна картина захворювання. При цьому вони спочатку повільно нарастають, а потім під впливом певних чинників або й без них посилюються та призводять до соціальної дезадаптації. В подальшому такі порушення можуть поступово пом'якшуватися (це характерно для психопатоподібної в'ялопротікаючої

шизофренії, коли після приступів настає незначне покращення). Можливий варіант захворювання: підліток захворів ще у дитинстві, в подальшому розвиток захворювання призупинився, проте хвороба наклала відбиток на поведінку, характер, особистість в цілому.

Як правило, до психолога звертаються рідні підлітка зі скаргами на зниження енергетичного потенціалу, апатичність, іноді депресію, ущільнення емоцій, зміну поведінки у негативну сторону, часто дивну поведінку та дивні захоплення тощо.

### **3. Патопсихологічна діагностика хворих**

При дослідженні хворих на шизофренію встановлюються своєрідні зміни мислення, перцептивної діяльності та афективно-особистісних властивостей. При цьому фактично не існує методик, які були б абсолютно діагностично значущими чи незначущими. А. Лічко акцентує увагу на тому, що основним у патопсихологічному дослідженні при шизофренії має бути встановлення *порушень мислення*.

Викривлення процесів узагальнення та відволікання легко виявляється за допомогою методики «Класифікація». При шизофренії хворий ділить карточки на групи надмірно узагальнено, іноді відразу на дві групи – «жива та нежива природа», без зв'язку з реальним змістом явищ або ж за неіснуючими, незвичними, неадекватними ознаками. Наприклад, класифікація по закінченню слів (група «мак, жук...», «морква, гуска...») або поділ карток за родами (чоловічий, жіночий, середній).

За характером проведення класифікації можна говорити про порушення у хворих цілеспрямованості мислення, що призводить до непродуктивності мисленнєвої діяльності. Поруч із групами, виділеними за абстрактними ознаками, залишається багато нерубрифікованих карток.

При виконанні завдань за методикою «Виключення» хворі також проводять узагальнення за неіснуючими формальними ознаками. Легкість актуалізації слабких, надмірно узагальнених ознак яскраво проявляється

тоді, коли хворому показують картку, на якій зображені предмети, що не мають між собою нічого спільного.

При виконанні методики «Виключення» у хворих на шизофренію можуть проявлятися явища різноплановості мислення, тобто завдання вони виконують в різних варіантах і всі варіанти вважають правильними («дивлячись із якої сторони підійти»).

Також до методик, які покликані діагностувати особливості цілеспрямованої та послідовної мисленнєвої діяльності, належить методика співвіднесення прислів'їв із фразами (за Б. Зейгарнік).

Методика піктограми дозволяє виявити порушення асоціативного процесу часто ще до того, як вони стають явними. Нерідко відмічається своєрідна легкість, із якою хворі підбирають образи для опосередкування. Піктограми, особливо для слів із абстрактним змістом, не складають для них труднощів.

В асоціативному експерименті спостерігаються неадекватні асоціації. Мовленнєва реакція пов'язана не зі словом-подразником, а з стороннім подразником (зоровим, слуховим). Можливі примітивні мовленнєві реакції: ехолалічні, відмовні, за звучанням. Спостерігається також своєрідне сприймання слів хворим, слова можуть носити множинне значення. Проявляється резонерство (це пов'язано із легкістю утворення асоціацій, актуалізацією слабких ознак предметів та явищ).

При вираженому шизофренічному дефекті прихований зміст прислів'їв стає для хворих недоступним, і прислів'я трактується формально: «За деревами лісу не видно. – Дерево і є ліс». Іноді між прислів'ям та фразою відсутня навіть формальна схожість.

Зісковзування мислення легше виявити за допомогою таких методик як класифікація, виключення, утворення аналогій (вони містять багато однотипних завдань).

Для діагностики шизофренії важливе значення мають емоційні прояви. Оцінка емоційних проявів у клініці ґрунтується на результатах

спостереження за хворим та його відносинами з оточуючими, а також у процесі експериментально-психологічного дослідження без використання спеціальних методик (враховують особливості контакту з хворим, його відношення до дослідження, інтерес до виконання завдань).

Велике значення належить відношенню хворого до хвороби, його особистісної позиції в цьому плані (методика Дембо-Рубінштейн). Такі хворі вважають себе абсолютно здоровими (за виключенням іпохондричної форми).

При дослідженні за допомогою методики ТАТ та складанні розповідей за сюжетними картинками хворі на шизофренію або обмежуються перерахуванням елементів малюнка або надають формально-абстрактну характеристику. Емоційний підтекст не виділяється.

Своєрідним є порушення почуття гумору. Воно носить парціальний характер (окремі картинки трактують правильно, окремі – не розуміють).

На особливу увагу заслуговують особливості виконання графічних методик. Різноманіття малюнків хворих на шизофренію І. Карпов (1926) поділяє на 4 групи:

- з невиясненими формами;
- стереотипні;
- символічні;
- з розривом асоціативних зв'язків.

Автор наголошує на відсутності градації кольорових відтінків у малюнках таких хворих або на повній відмові від кольорів.

С. Болдирева, яка вивчала малюнки дітей, хворих на шизофренію, виділяє такі їх особливості:

- стилізованість,
- схематизм,
- вичурність,
- символізм.

У таблиці 9 відображені особливості виконання патопсихологічних методик підлітками та дорослими, які страждають на шизофренію.

Таблиця 9

### Результати обстеження підлітків та дорослих, хворих на шизофренію

<i>В контакт вступає неохоче. Більшість інструкцій не виконує, успіхом не цікавиться, «бореться» із галюцинаціями</i>	
<b>Назва методики</b>	<b>Особливості виконання</b>
<i>Коректурна проба</i>	Може виконати успішно
<i>10 слів</i>	Відсутність мотивації заучування
<i>Піктограми</i>	Можуть бути суб'єктивно-символічні зображення, можливі асоціації за звучанням
<i>Класифікація предметів</i>	Опора в мисленні на латентні ознаки
<i>Тести на інтелект</i>	Часто норма
<i>Тест фрустрації Розенцвейга</i>	Нестандартний тип реагування
<i>Неіснуюча тварина</i>	Жива тварина з механічними включеннями
<i>Методики на визначення особливостей самооцінки</i>	Самооцінка диференційована висока або середня недиференційована

### Запитання та завдання для самоконтролю

1. Охарактеризуйте шизофренію як ендогенний хронічний психічний розлад.
2. Які Ви можете назвати позитивні та негативні симптоми шизофренії?
3. Перерахуйте та охарактеризуйте симптоми шизофренії першого рангу (за К. Шнайдером).
4. Проведіть порівняльну характеристику простої, гебефренної, параноїдної та кататонічної шизофренії.

5. Назвіть порушення емоцій при шизофренії. Розкрийте поняття емоційної тупості.
6. У чому полягає своєрідність порушення мислення при шизофренії?
7. Які Ви знаєте порушення волі при шизофренії? Що таке абулія?
8. Надайте загальну характеристику порушення психічних процесів при шизофренії.
9. Які є особливості протікання шизофренії у дітей?
10. Які Ви знаєте особливості підліткової шизофренії?
11. Порівняйте психічні зміни при шизофренії у дітей, підлітків та дорослих.
12. У чому заключаються особливості патопсихологічної діагностики хворих на шизофренію?

## **ТЕМА 7. ПАТОПСИХОЛОГІЧНА СЕМІОТИКА ЕПІЛЕПСІЇ**

### **План**

1. Клінічні прояви епілепсії.
2. Зміни психічної діяльності при епілепсії.
3. Особливості протікання епілепсії у дітей та підлітків.
4. Основи патопсихологічної діагностики епілепсії.

### **1. Клінічні прояви епілепсії**

Відповідно до МКХ-10, епілепсія належить до неврологічних захворювань. ***Епілепсія*** – це ендогенно-органічне хронічне захворювання, що характеризується різноманітними пароксизмальними розладами та типовими змінами особистості.

#### ***Причини епілепсії***

1. Спадковість.

2. У новонароджених 1-го року життя: пошкодження головного мозку, генетичні порушення обміну речовин, дефекти головного мозку, порушення обміну речовин.

3. У дитячому віці – нейроінфекції.

4. У дорослих: ЧМТ, пухлини ГМ, судинні мозкові захворювання (інсульт, дегенеративні захворювання).

Епілепсія як захворювання відома з давнини. Загалом її можна поділити на 2 форми: істинна (спадкова, вроджена) та набута (посттравматична, алкогольна, пов'язана із пухлинами ГМ, інтоксикаціями, з ураженням головного мозку). Дану класифікацію не вважають точною, наприклад, при алкогольній епілепсії, говорять про хронічний алкоголізм із епілептиформним синдромом.

Епілепсія характеризується 2 групами ознак: короткочасними (періодичними) та постійними. Клінічні прояви захворювання включають в себе: судомні напади (параксизми) та епілептичні зміни особистості. При цьому всі напади мають загальні ознаки:

- раптове виникнення та припинення;
- нетривале протікання;
- стереотипність проявів;
- повторюваність.

Перед нападом доволі часто за декілька годин або за добу виникають передвісники: головний біль, поганий настрій, недомагання, передчуття біди.

**Великий судомний напад** часто починається з аури (хоча аура зустрічається не у всіх) – це нетривалі (декілька секунд) порушення, які хворий, на відміну від нападу, добре пам'ятає. Це можуть бути яскраві зорові галюцинації (спалахи синього, жовтого, червоного кольорів), неприємні відчуття у животі, різке запаморочення, поява різких неприємних запахів, тощо. Після аури хворий втрачає свідомість та падає, видаючи своєрідний крик. Далі триває тонічна фаза (близько 30 сек.), під час якої всі м'язи напружені. Хворий спочатку блідне, а потім синіє, оскільки у нього

тимчасово зупиняється дихання та серцева діяльність. За тонічною фазою настає клонічна – ритмічне скорочення усіх м'язів. Судоми тривають 2-3 хв. Після нападу часто спостерігається сонливість та головний біль.

Стан, коли напада йдуть один за одним, і хворий практично не приходить до свідомості, має назву епілептичного статусу.

**Малий судомний напад** характеризується короткочасним виключенням свідомості (декілька секунд) і супроводжується короткими судомами м'язів обличчя чи кінцівок, а також різноманітними вегетативними розладами. Хворий не падає. Спогадів про напад не залишається.

**Абсанс** – короткочасне виключення свідомості (на 1-3 сек.), у цей час у хворого застигає погляд, він замовкає, перериває своє заняття, може випустити з рук предмет, який тримав, проте сам не падає. Коли він приходить до тями, то продовжує розмову або припинену роботу. Такі напади можуть бути поодинокими або виникати серіями.

Існують і інші різновиди нападів, залежно від локалізації епілептоїдного вогнища. Безсудомні напади можуть бути у вигляді сутінкового затьмарення свідомості, амбулаторних автоматизмів, у вигляді поганого настрою зі злобою, тугою, агресивними тенденціями стосовно інших та до себе. Також у вигляді нападів різної тривалості може бути непереборна тяга до алкоголю (дипсоманія), підпалів (піроманія), бродяжництва (дромоманія).

**Епілептичні еквіваленти** різноманітні. Їх клінічна картина зводиться до наступних психопатологічних форм.

**Дисфорія** – тужливо-злобний настрій, що розвивається без видимої причини і триває від декількох годин до декількох діб. Іноді дисфорія поєднується з нестерпним потягом до алкоголю та супроводжується запоями. Можливі приступи страху. Кульмінаційним моментом дисфорії нерідко є збудження.

Розрізняють дисфорію з негативними та позитивними афективними знаками. Дисфорія з ейфоричним настроєм зустрічається набагато рідше. В

окремих випадках при дисфорії досягається ступінь екстазу. Екстатичний стан при епілепсії відрізняється великою яскравістю та силою хворобливих переживань, що нерідко носять релігійний характер. Амнезія на період нападу відсутня. Іноді дисфорія має місце в структурі аури або ж виникає після судомного нападу.

*Афективні реакції* мають безпосередній причинно-наслідковий зв'язок з психогенними обставинами реального життя. Домінуючим є афект роздратування та протесту. Унаслідок підвищеної чутливості хворих афективні реакції можуть бути викликані навіть слабкими побутовими подразниками, нейтральними для інших людей (шум транспорту, падіння крапель води з крану, тощо).

*Сутінковий розлад свідомості* виражається у викривленнях і фрагментарності сприймання дійсності, порушенні орієнтування у місці, часі, просторі. Критика до свого стану різко слабне. При епілепсії розрізняють кілька варіантів сутінкового розладу свідомості: *делірійний варіант, амбулаторний автоматизм (частіше у вигляді сомнамбулізму, хоча може бути у вигляді фуґи та трансу)*, можливий *ступор* різної глибини.

## **2. Зміни психічної діяльності при епілепсії**

*Хронічні зміни психічної діяльності* при епілепсії спричиняються тривалим протіканням патологічного процесу, проявляються у вигляді змін характеру, порушення мислення та недоумкуватості. Слід зазначити, що епілептична недоумкуватість настає далеко не завжди, причому її розвиток не має прямої залежності від тривалості захворювання, його форми та тяжкості протікання, частоти та сили епілептичних нападів.

До епілептичних рис характеру належать сповільнення рухливості мислення та дій, хворі занадто швидко збуджуються, схильні надавати виняткового значення дрібницям, застрягають на деталях. Вони надмірно самолюбиві, егоїстичні, злопам'ятні, в той же час надто акуратні та пунктуальні. Люблять чистоту та порядок. Речі, до яких вони звикають,

завжди повинні стояти на своїх місцях. Виконуючи якусь роботу, вони роблять усе надмірно старанно, ретельно. Особливо показовими в даному контексті є малюнки хворих.

Характерними є зміни мислення. Мислення стає сповільненим, інертним, в'язким. Хворі багатослівні, застрягають на деталях, складно переключаються на іншу тему. Мовлення уповільнене та монотонне. Часто вживають зменшувальні суфікси (матіночка, ручечка, олівчик, сестричка...). Афекти в'язкі, виникнувши один раз, не підлягають змінам, саме тому хворі злопам'ятні, довго зберігають інформацію про отриману образу та намагаються помститися. Внаслідок хвороби значно страждає пам'ять. При несприятливому перебігу захворювання можуть до деталей пам'ятати події минулого, проте втрачають їх зміст. При цьому дуже добре пам'ятають усе, що стосується їх захворювання.

При несприятливому перебігу захворювання розвивається так звана *епілептична недоумкуватість*. Хворий втрачає здатність відділяти головне від другорядного, застрягає на деталях, оскільки для нього однаково важливо. Мислення стає конкретно-описовим, різко знижується пам'ять, зменшується словниковий запас. Знижується коло інтересів. Хворі схильні до реакцій ярості та гніву.

**Приклад епілептичної недоумкуватості<sup>10</sup>.** «Хвора Ч., 34 роки, орієнтована, контактна, особливо охоче розмовляє з тими, хто щось їй дарує. Словниковий запас збіднений. Використовує багато зменшувальних слів («миленька сестричка, дай гудзичок»). Мовлення в'язке, постійно застрягає на дрібних деталях. Інтонації інфантильні. Вразлива, легко плаче, подитячому розмазуючи по обличчю сльози. Тут же починає сміятися, якщо хтось погладить по голові або подарує іграшку. У відділенні зайнята збиранням обгортки від цукерок, грою в ляльки, читанням дитячих книжок із картинками. Пам'ять погана, не пам'ятає імен, облич, проте образи пам'ятає довго. Іноді стає злісною, дратівливою, може бути агресивною. Інтелект різко

<sup>10</sup> Клінічний приклад взято із сайту <https://medlec.org/lek-78129.html>

знижений. Настрій постійно пригнічений. У відділенні бувають розгорнуті епілептичні напади з упусканням сечі, прикушуванням язика, які під впливом лікування виникають значно рідше. Після нападу повна амнезія, часті дисфорії, через які вступає у конфлікти з хворими. У листі до знайомої хвора пише: «Миля Т. С.! Душа у мене з кожним роком зменшується. Я стала якась образлива і вперта... не соромте мене за іграшки... раніше я на них навіть не дивилася, а тепер збираю всякі кульки, катушки тощо».

Таким чином, до хронічних змін психічної діяльності при епілепсії належать такі:

- полярність афекту,
- іпохондрія,
- егоцентризм,
- активізація потягів,
- педантичність,
- брадіфренія.

### **3. Особливості перебігу епілепсії у дітей та підлітків**

Епілепсія у дітей характеризується більш тяжким протіканням і призводить до виражених змін особистості. Діти, які страждають на епілепсію, надмірно збуджені, дратівливі, вимогливі. Характерними для дитячої епілепсії є приступи психомоторного збудження з криком, агресією, руйнівними діями.

Дослідження особливостей пізнавальної діяльності у дітей з епілепсією було проведене Л. Троїцькою. Авторка довела, що психологічні особливості у дітей із епілепсією мають зв'язок із локалізацією джерела епіактивності. При локалізації джерела епілептичної активності у лобно-скроневих відділах головного мозку у дітей з нормальним інтелектом спостерігається розпад найпростіших програм цілеспрямованої психічної діяльності, порушення поведінки, довільних рухів та дій. У дітей із легким ступенем розумової відсталості та затримкою психічного розвитку спостерігається порушення

психологічної структури різних видів пізнавальної діяльності: гностичної, мнестичної та інтелектуальної. При вирішенні гностичних задач хворі втрачали сенс задачі, у них порушувався активний зоровий пошук, послідовність у перегляді картин.

При запам'ятовуванні словесного матеріалу страждає стратегічний аспект діяльності. Діти відтворювали 4-5 слів із 10 і не намагалися запам'ятати більше. При вирішенні арифметичних задач у дітей був відсутній етап попереднього орієнтування в умовах задачі та формування плану її вирішення.

Якщо джерело епіактивності розміщене у тім'яно-потиличних відділах мозку, то у дітей з нормальним інтелектом мають місце труднощі при виконанні графічних проб та оптико-просторових операцій: розуміння карт, схем, креслень, визначення часу на циферблаті без цифр, проблеми при написанні та впізнаванні букв (синдром дзеркального копіювання).

Якщо джерело епіактивності знаходиться в потиличних відділах – у дитини спостерігається порушення зорового гнозису (діти не впізнають зашумлені зображення).

Якщо джерело локалізується в правій частині головного мозку – це проявляється у своєрідності виконання графічних проб. Зокрема, у дітей відмічається просторова дезорганізація малюнка аж до повного розпаду зображення. Якщо джерело локалізоване у лівій частині головного мозку – спостерігається випадіння з поля зору однієї частини, частіше лівої.

Окрім описаних порушень, у дітей наявні порушення мовлення, пам'яті, емоційної сфери.

Виділяють такі форми поведінки дітей, які страждають на епілепсію:

- 1) психічна розгальмованість, непосидючість;
- 2) психічна загальмованість, інертність психічних процесів;
- 3) виражена впертість і негативізм;
- 4) прояви садистської поведінки та жорстокості;
- 5) агресивні та руйнівні дії;

б) аутоагресивність.

Як зазначалося, епілепсія часто супроводжується характерними змінами особистості, які набувають особливої яскравості у підлітковому віці. Зміни особистості розвиваються далеко не у всіх хворих на епілепсію, частіше вони виникають у тих, хто захворів у ранньому дитинстві, страждав на часті напади, не отримував належного лікування. Проявлятися особистісні зміни можуть уже у віці 5-6 років. Найбільш стійкі зміни особистості виникають на більш пізніх етапах захворювання. *Спочатку з'являється астенична симптоматика, або зниження рухливості психічних процесів, а потім виникають характерологічні відхилення.*

Гіперопіка призводить до того, що хворі стають егоїстичними, безпомічними, невпевненими у своїх діях, замкнутими, відчуженими, агресивними, асоціальними.

Певну роль у формуванні характеру хворих на епілепсію відіграють реакції особистості на ставлення до них оточуючих, усвідомлення свого захворювання та пов'язаних із ним психічних дефектів. До таких реакцій хворих належать: настороженість, невдоволеність, недовіра до оточуючих, відчуття дефектності, іпохондричні переживання. Виникають реакції стеничного типу: підвищене прагнення до досягнення мети, схильність обвинувачувати інших у власних невдачах.

Напади призводять до органічних змін у ЦНС та викликають психогенні нашарування у вигляді звуження інтересів особистості навколо власного захворювання. Хворі дуже ранимі, важко переживають власне захворювання, соромляться його, мають відчуття неповноцінності та прагнення до компенсації. Після або перед нападами виникає конфліктна переробка усього, що відбувається, з хворобливим занепокоєнням, злобною дратівливістю або похмурым зниженим настроєм. Можуть приєднуватися суїцидальні думки. Суттєвими причинами тривоги, страху та депресії є неможливість прогнозування виникнення наступного нападу.

Зміни особистості у підлітків та дорослих однотипні. Є схильність до дисфорій, афективні порушення, підсилення потягів, поєднання злобливої мстивості та злопам'ятності з улесливою сентиментальністю. У хворих з'являється педантичність, дріб'язковість, скупість, недовіра до людей, турбота про власні інтереси, егоцентризм. Епілепсія часто накладає відбиток на інтелект, здібності і навіть на світогляд хворого.

Особистісні зміни розпочинаються зі звуження інтересів та зациклення хворого на своїй особі. Знижується здатність до засвоєння абстрактних знань, це впливає на шкільне навчання підлітка, в тяжких випадках шкільна освіта може стати недоступною. Слабне творча уява. При труднощах у розумовій роботі зростає афективне напруження. Стає більш важко відділяти головне від другорядного, хворі застрягають на деталях. Поступово з'являється олігофазія. Все більше страждає пам'ять, тому вивчити новий матеріал часто неможливо для хворого, проте у пам'яті надовго закарбовується те, що має зв'язок із негативним афектом. Елементарні навички та орієнтування у побуті зберігаються навіть при вираженій недоумкуватості. При цьому критика до власної розумової неповноцінності втрачається доволі рано. Працездатність страждає внаслідок утруднення переключення з одного виду діяльності на інший, те ж саме стосується і бесіди (хворі не можуть змінити тему розмови). Спостерігаються порушення моторики, міміка стає бідною.

Такі підлітки легко створюють собі ідеали і різко негативно ставляться до тих, хто не розділяє їх поглядів.

Внаслідок ослаблення інстинктів спостерігається порушення потягів. Підлітки характеризуються відвертою сексуальністю, схильністю до сексуальної агресії, садистськими нахилами.

У дівчаток 11-15 років можна спостерігати істеричний варіант змін особистості. Вони схильні демонструвати власне захворювання і за рахунок цього добиватися поступок. У них спостерігається схильність при конфліктах провокувати у себе напади чи симулювати їх.

Хворим властива акуратність, педантичність. Любов до порядку гіпертрофована, проявляється при виконанні справ, у манері вдягатися, розміщувати речі, планувати свій розпорядок дня, здійснювати покупки та ін. Пацієнти, зазвичай, неспішно обдумують події і так само неспішно діють. Проте під впливом афекту вони можуть бути нестримними у своїх вчинках. До людей ставляться двояко: з одного боку, вони прагнуть догодити, підлеститися, у мовленні використовують велику кількість зменшувано-ласкавих слів; з іншого – вони злопам'ятні, мстиві, жорстокі. З часом поглиблюється егоїзм та егоцентризм хворих.

З плином часу мотиви вчинків усе більше підлягають егоцентричній установці. Хворі фіксуються на всьому, що стосується їх здоров'я, життя, успіху. Інстинкти та бажання проявляються бурхливо. Пристрасті не контролюються і не стримуються, нерідко проявляються у вчинках, які наносять шкоду оточуючому.

Серед психічних порушень у дітей та підлітків спостерігаються *астенічні стани*. Вони є фоном, на якому розвиваються напади та інші психічні порушення, а також можуть стати домінуючою психопатологічною симптоматикою (нервово-психічна збудливість, загальна слабкість, висока чутливість до зовнішніх подразників, швидка втомлюваність, порушення сну, вегетативні розлади, головні болі).

*Девіантна поведінка дітей, які страждають на епілепсію, є відображенням психічного стану хворих та їх зв'язку з зовнішнім середовищем. До девіантної поведінки нерідко призводять конфлікти у сім'ї та неправильне виховання. За клінічними проявами девіантну поведінку прийнято поділяти на декілька форм:*

- 1) психічна розгальмованість;
- 2) психічна загальмованість;
- 3) контрастні зміни поведінки;
- 4) психопатоподібна поведінка;
- 5) поведінка, в якій домінує впертість та негативізм;

б) поведінка з агресивними та руйнівними діями;

7) аутоагресивність.

У хворих із психічною розгальмованістю спостерігається подразливість, збудливість, непосидливість, надмірна рухливість. Бажання хворих часто змінюються, вони вередливі. Плач нерідко змінюється збудженням та агресивністю. Хворі мстиві та злопам'ятні. Розгальмування проявляється також у їх мовленні та бажаннях: вони не сприймають заборони або ігнорують їх, дуже егоцентричні, не схильні до співпереживання. За наявності дисфорії проявляється надмірна напруженість, злостивість, прагнення знущатися над слабшими.

*Психічне загальмування.* Недостатня активність, безініціативність, скованість, недостатня самостійність, неможливість пристосуватися до життя та самостійно вирішувати складні життєві завдання. Навіть при незначному ускладненні життєвої ситуації хворі можуть виявитися безпомічними. Часто така форма поведінки пов'язана не стільки з органічним враженням головного мозку, скільки з гіперопікою.

*Контрастна поведінка.* У школі такі діти характеризуються як дисципліновані, ввічливі, з хорошою поведінкою, нерідко вони добре встигають у навчанні. Вдома поведінка стає деспотичною.

*Психопатизація особистості* спричиняється егоїзмом та егоцентризмом, недостатньою вимогливістю батьків. У таких хворих підвищені вимоги до оточення, завищена самооцінка. Психопатизація може проявитися терором рідних, вимаганням грошей та різних благ, необдуманими марними тратами, безпечною поведінкою.

*Негативістська поведінка* часто проявляється стосовно лікування – відмова від призначеного лікування та вживання ліків на власний розсуд.

*Афективні розлади.* Діти, які страждають на епілепсію, характеризуються надмірним емоційним насиченням, яке часто переходить у постійне афективне напруження. Навіть на незначні подразники (наприклад, прохання про допомогу або прохання переключитися на інший вид

діяльності) хворі можуть видавати бурхливі емоційні вибухи та навіть агресію. Афективне напруження перешкоджає пристосуванню до життя та спілкуванню з іншими людьми. Чим нижчий інтелект – тим менший контроль над емоціями.

#### **4. Основи патопсихологічної діагностики**

##### *Діагностичні критерії при епілепсії*

Спостерігаються характерні зміни мислення, мовлення, пам'яті, особистісні особливості. Суттєво змінюється темп психічних процесів, на тлі загальної брадикінезії вони мають різний ступінь загальмування. Так, за таблицями Шульте пошук триває 1,5-2,5 хв. (при нормі 40-50 с.), при цьому не спостерігається збільшення часу на кожну таблицю.

У хворих із істинною епілепсією астенічні стани – рідкісне явище.

Уже на початковій стадії епілепсії спостерігаються зміни рухливості психічних процесів. Порушення рухливості психічних процесів легко виявити у пробі на переключення (наприклад, поперемінне називання до заданих слів антонімів та синонімів; поперемінне називання пар живих та неживих предметів). Хворі виявляють обмежене називання предметів в рамках одного поняття (сміслові гнізда), часто повторюють одні й ті ж слова, іноді виявляють неправильне чергування пар слів.

При виконанні методики 50/60 слів спостерігаються дуже великі смислові гнізда (у здорових 5-6 слів). На виконання завдання затрачається від 6-7 до 14 хв. Багаторазово повторюють одні й ті ж слова.

Мислення хворих в'язке, часті ехолалічні реакції, однотипні повторення тих самих відповідей.

Зменшення словникового запасу часто призводить до того, що хворі утворюють антоніми шляхом додавання частки «не», часто у словесному експерименті зустрічаються реакції-штами («яблуко-груша; птах-курка»).

В бесіді схильні до надмірної деталізації. Часто ці особливості виступають на перший план при переказуванні тексту або описанні

сюжетного малюнка. Хворі виділяють абсолютно несуттєві деталі та фіксують на них свою увагу. Нерідко описавши таким чином малюнок, хворий не може вловити його суть. Мають місце труднощі у диференціації суттєвих та другорядних ознак.

За методикою виключення хворі детально описують усі 4 предмети і, або не знаходять між ними відмінностей, або говорять про те, що між предметами немає нічого спільного.

Класифікацію проводять за конкретно-ситуаційними ознаками. Характерна ознака – виділення кількох дрібних, близьких за змістом груп.

Складання картинок із фрагментів визначається непланомірним синтезом (О. Бернштейн). Спочатку виділяється більш крупний фрагмент, а потім до нього по черзі додають інші, керуючись краями, формою та кольором, а не уявленням про цілісність малюнка.

Пусті роздуми складають картину своєрідного резонерства (носить характер компенсаторних роздумів). Тенденція до резонерства нерідко виявляється при пред'явленні гумористичних малюнків.

Характерні особливості: в мисленні – зниження рівнів узагальнення та відволікання, звуження діапазону мислення; зі сторони особистості – егоцентричні тенденції; зі сторони мовлення – збіднення словникового запасу.

Розрізняють два варіанти олігофагії у хворих:

- 1) гостра, що виникає після нападу;
- 2) постійна (загальна, прогресуюча).

Безпосередньо після нападу, за умови порушеної свідомості у хворих спостерігається асимболія (порушена здатність впізнавати предмет та його призначення). В міру відновлення свідомості асимболія зникає та проявляється амнестично-афатичний комплекс (гостра олігофагія) – хворі впізнають предмет, проте не можуть його назвати. Більш знайомі предмети хворі називають краще, ніж менш знайомі. При тривалому протіканні захворювання олігофагія спостерігається не лише після нападу, а й в період

між нападами (постійна, прогресуюча олігофагія). Чим нижчий рівень процесів узагальнення та відволікання – тим більше труднощів відчувають хворі при називанні предметів.

Протікання епілепсії супроводжується послабленням пам'яті. Спочатку страждає довільна репродукція, пізніше – утримання в пам'яті та запам'ятовування. Крива запам'ятовування – кількість слів при відтворенні або незначно збільшується, або залишається такою самою.

У таблиці 10 показано можливі результати патопсихологічного обстеження підлітків та дорослих, хворих на епілепсію.

*Таблиця 10*

**Результати патопсихологічного обстеження підлітків та дорослих,  
що страждають на епілепсію**

<i>Контакт встановлюється легко, пацієнт виконує усі завдання, іноді уточнює, цікавиться успіхом</i>	
<b><i>Назва методики</i></b>	<b><i>Особливості виконання</i></b>
<i>10 слів</i>	Незначне зниження запам'ятовування на старті, далі – ті ж слова з невеликим наростанням
<i>Коректурна проба</i>	При посттравматичній епілепсії рівномірно низька, при спадковій – патологічне включення в роботу
<i>Класифікація предметів</i>	Утворення великої кількості дрібних груп за несуттєвими ознаками
<i>Тест на рівень інтелекту</i>	Може бути інтелектуальне зниження або норма інтелектуального розвитку
<i>Малюнкові тести</i>	Детальне промальовування зображень
<i>Методики на визначення особливостей самооцінки</i>	Самооцінка завищена, мало диференційована

<i>Тест фрустрації Розенцвейга</i>	Спалахи гніву
------------------------------------	---------------

У наступній таблиці (див. табл. 11) представлено результати диференційної діагностики істеричного та епілептичного нападу.

Таблиця 11

### Диференційна діагностика епілептичного та істеричного нападу

Диференційна ознака	Епілептичний напад	Істеричний напад
Початок	Раптовий	Психогенно обумовлений
Аура	Як правило, наявна	Відсутня
Крик	Часто	Відсутній
Падіння	В будь-якому місці	Щоб собі не зашкодити
Ціаноз обличчя	Відмічається	Не буває
Мімічні реакції	Одноманітні	Виразні
Реакції зіниць на світло	Відсутні	Збережені
Прикус язика	Як правило	Не буває
Мимовільне сечовиділення	Може бути	Не буває
Контакт під час нападу	Неможливий	Можливий
Послідовність фаз	Відмічається	Відсутня
Стереотип розвитку нападів	Відмічається	Відсутній
Тривалість нападу	Секунди-хвилини	До годин
Постнападна олігофазія	Відмічається	Відсутня
Постнападна амнезія	Повна	Часткова

### *Запитання та завдання для самоконтролю*

1. Охарактеризуйте епілепсію як ендогенно-органічне хронічне захворювання.
2. Якими є загальні ознаки епілепсії?
3. Порівняйте великий та малий судомний напад. Що таке абсанс?
4. Які Ви знаєте епілептичні еквіваленти?
5. Охарактеризуйте хронічні зміни психічної діяльності, що виникають при епілепсії.
6. Що таке епілептична недоумкуватість?
7. Які Ви знаєте особливості протікання епілепсії у дітей?
8. Охарактеризуйте поведінку дітей, які страждають на епілепсію.
9. Порівняйте особливості протікання епілепсії у підлітків та у дорослих.
10. Охарактеризуйте девіантну поведінку підлітків із епілепсією.
11. Розкрийте основи патопсихологічної діагностики при епілепсії.
12. Проведіть диференціацію між епілептичним та істеричним нападом.

## ПИТАННЯ ДЛЯ ПІДГОТОВКИ ДО ЕКЗАМЕНУ

1. Патопсихологія як галузь клінічної психології.
2. Основні напрями розвитку патопсихології у працях зарубіжних дослідників.
3. Розвиток вітчизняної патопсихології.
4. Зв'язок патопсихології з іншими науками.
5. Поняття психічного здоров'я та психічного розладу.
6. Поняття про психічний розлад, варіанти завершення психічних розладів.
7. Основні завдання патопсихологічного дослідження.
8. Основні принципи патопсихологічного дослідження.
9. Методи патопсихологічного дослідження.
10. Характеристика патопсихологічного експерименту.
11. Особливості використання методу бесіди у патопсихологічній діагностиці.
12. Метод спостереження та особливості його застосування у патопсихології.
13. Особливості підбору методик у експериментальній патопсихології.
14. Характеристика етапів патопсихологічного дослідження.
15. Особливості написання заключення.
16. Критерії психічного здоров'я, їх характеристика.
17. Загальна характеристика психічного розладу.
18. Патопсихологічні реєстр-синдроми.
19. Варіанти завершення психічного розладу.
20. Кількісні та якісні порушення чутливості.
21. Агнозії, їх класифікація.
22. Характеристика галюцинацій та псевдогалюцинацій.
23. Критерії розрізнення істинних та псевдогалюцинацій.

24. порушення уваги при психічних розладах.
25. характеристика кількісних розладів пам'яті.
26. характеристика якісних порушень пам'яті.
27. характеристика порушень операційної сторони мислення.
28. порушення темпу мислення, їх характеристика.
29. характеристика порушень рухливості мислення.
30. порушення цілеспрямування мислення, їх характеристика.
31. порушення продукції мислення.
32. основні параметри порушення емоцій при психічних розладах.
33. емоційне реагування особистості при розладах неврастенічного кола.
34. емоційні розлади дисоційованого кола.
35. характеристика емоційних розладів тривожно-фобічного кола.
36. порушення вольової регуляції при психічних розладах.
37. характеристика синдрому дефіциту уваги та гіперактивності у дітей.
38. клінічні форми протікання парабулій.
39. об'єктивні перверзії, їх характеристика.
40. вікові перверзії.
41. статево-рольові перверзії.
42. рухові порушення при психічних розладах.
43. апраксії та їх класифікація.
44. кататонічні прояви, зв'язок кататонічних порушень із порушеннями вольової регуляції.
45. ознаки порушення свідомості.
46. непродуктивні порушення свідомості (виключення свідомості).
47. продуктивні порушення свідомості (помутніння свідомості).
48. делірій як одна із форм затьмарення свідомості.
49. онейроїд як форма затьмарення свідомості.
50. аменція, її характеристика.

51. Сутінковий розлад свідомості.
52. Амбулаторний автоматизм, його різновиди.
53. Характеристика порушень самосвідомості (деперсоналізації та дереалізації).
54. Чинники виникнення та різновиди психогенних розладів.
55. Основні типи неврозів, їх систематика.
56. Неврастенія як найбільш поширена форма неврозу.
57. Характеристика істеричного неврозу.
58. Невроз нав'язливих станів, патопсихологічна характеристика.
59. Психогенні афективно-шокові реакції та їх типи.
60. Патопсихологічна діагностика при межових розладах.
61. Біполярний афективний розлад. Загальна характеристика.
62. Характеристика маніакальної фази БАР.
63. Характеристика депресивної фази БАР.
64. Особливості прихованої (ларвірованої) депресії.
65. Особливості БАР у підлітковому віці.
66. Діагностичні критерії депресивної фази БАР.
67. Шизофренія, загальна характеристика психічного розладу.

#### Основні симптоми шизофренії.

68. Симптоми шизофренії першого рангу (за К. Шнайдером).
69. Порушення психічних процесів при шизофренії.
70. Клінічні форми шизофренії. Проста форма шизофренії.
71. Клінічні форми шизофренії. Кататонічна форма шизофренії.
72. Клінічні форми шизофренії. Гебефренна форма шизофренії.
73. Клінічні форми шизофренії. Параноїдна форма шизофренії.
74. Патопсихологічна семіотика шизофренії.
75. Проблема дитячої шизофренії.
76. Особливості протікання шизофренії у підлітковому та юнацькому віці.

77. Загальні ознаки шизофренії: емоційна тупість, своєрідність мислення, абулія.
78. Основні діагностичні критерії хворих на шизофренію.
79. Епілепсія як ендогенно-органічне хронічне захворювання.
80. Епілепсія. Характеристика великого, малого судомного нападу та абсансу.
81. Епілептичні еквіваленти.
82. Диференційна діагностика епілептичного та істеричного нападів.
83. Амбулаторні автоматизми при епілепсії (фуга, транс, сомнамбулізм).
84. Хронічні зміни психічної діяльності при епілепсії.
85. Характеристика епілептичної недоумкуватості.
86. Особливості епілепсії у дітей.
87. Патопсихологічна характеристика епілепсії у підлітків.
88. Порушення поведінки у дітей та підлітків, які страждають на епілепсію.
89. Патопсихологічна семіотика епілепсії.
90. Зміни особистості у хворих на епілепсію.

## ОСНОВНІ ТЕРМІНИ ДИСЦИПЛІНИ

**Аменція** – сплутаність свідомості, найбільш глибоке непароксизмальне помутніння свідомості. Суттю аменції є глибока тотальна дезінтеграція усієї психічної діяльності.

**Амнезія** – порушення пам'яті, яке полягає у втраті здатності зберігати в пам'яті нову інформацію; часткова або повна нездатність згадати чи ідентифікувати минуле переживання.

**Анамнез** – факти про життя хворого, перенесені ним захворювання, початок та протікання теперішнього захворювання. Є необхідною частиною обстеження. Анамнез може бути об'єктивним та суб'єктивним. Суб'єктивний анамнез збирають зі слів хворого, об'єктивний отримують від найближчого оточення.

**Біполярний афективний розлад** – це психічний розлад, що супроводжується чергуванням періодів манії, депресії та інтермісіями.

**Галюцинація** – розлад сприймання, який характеризується хибним виникненням образів, предметів, звуків, запахів без наявності подразника. Галюцинації поділяють на істинні та псевдогалюцинації.

**Гіпербулія** – хворобливе посилення вольової активності, буває у наркоманів при пошуках наркотиків, у маніакальних хворих, психопатичних осіб.

**Гіперестезія** – підвищення здатності відчувати різні види подразнень.

**Гіперкінез** – розлад психомоторики, що проявляються у мимовільних рухах окремих м'язів чи їх груп.

**Гіпермнезія** – «надспогади», збільшення об'єму запам'ятовування інформації; несподіване і незвичне посилення можливостей спогадів.

**Гіпобулія** – послаблення активності, яке спостерігається за депресивних станів та інших форм пригнічення психічної діяльності.

**Гіпоестезія** – зниження здатності відчувати різні подразнення.

**Гіпомнезія** – порушення здатності до запам'ятовування будь-якої етіології.

**Делірій** – стан свідомості, що характеризується напливом яскравих уявлень, які неперервно виникають уривками спогадів, появою оманливого орієнтування у часі та просторі.

**Депресія** – пригнічений стан, який характеризується сумом, занепадом сил, вкрай низькою самооцінкою, почуттям провини.

**Дисфорія** – стан похмурого, тужливо-злостивого настрою з відтінком невдоволення, роздратованості, що виникає часто несподівано, без зовнішньої причини і триває від декількох хвилин до багатьох днів.

**Ейфорія** – підвищений настрій з відтінком благодущності, задоволення, радощів, що не відповідає ситуації і обставинам особистого життя хворого.

**Епілепсія** – хронічне нервово-психічне захворювання, що характеризується судомними розладами, специфічними психічними відхиленнями та наростаючими змінами особистості.

**Етіологія** – це розділ медицини, що вивчає причини виникнення захворювань.

**Іпохондрія** – соматоформний розлад, за якого людина помилково підозрює, що незначні зміни у функціонуванні її організму можуть бути ознаками серйозного захворювання.

**Лабільність мислення** – порушення динаміки мислення, яке виражається у послідовній побудові адекватних та неадекватних рішень, у викривленні на деякий час правильного ходу думок.

**Лунатизм (сомнамбулізм)** – розлад свідомості, за якого автоматично уві сні здійснюються звичайні дії.

**Мутизм** – розлад комунікативної функції мовлення (повна німота).

**Невроз** – це психічний розлад, який виникає в результаті порушення особливо значимих життєвих відносин людини і проявляється психогенно

зумовленими емоційними і сомато-вегетативними розладами за відсутності психотичних явищ.

**Нозологія** – це вчення про хвороби, що містить біологічні та медичні основи хвороб, а також їх етіологію, патогенез, номенклатуру і класифікації, профілактику захворювань. Те чи інше конкретне захворювання називається нозологічною одиницею.

**Онейроїдний стан свідомості** – синдром порушення свідомості, який характеризується сумішшю уявлень реального світу і яскравих фрагментів фантастичного характеру.

**Парабулія** – перекручення вольової активності, що проявляється негативізмом, амбітендентністю та імпульсивністю.

**Патогенез** – механізми виникнення і розвитку хвороби і окремих її проявів на різних рівнях організму – від молекулярних порушень до змін в органах і системах.

**Псевдогалюцинації** – вид галюцинацій, які проєктуються у внутрішній простір.

**Резонерство** – розлад мислення, що проявляється міркуванням заради міркування, безпредметністю мислення, відсутністю конкретності думок, їх пізнавального змісту.

**Розумова відсталість (олігофренія)** – стан значно нижче середнього рівня когнітивних здібностей людини; вроджене або набуте у ранньому дитинстві слабоумство, що виражається у недорозвиненні інтелекту і психіки людини в цілому. Відповідно до МКХ-10, виділяють легку, помірну, тяжку та глибоку розумову відсталість. Також при утрудненні діагностики говорять про неуточнену розумову відсталість.

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

**Транс** – розлад свідомості, що може тривати від декількох хвилин до декількох днів, проявляється у несвідомому виконанні складних автоматичних актів поведінки.

***Шизофренія*** – ендогенний хронічний психічний розлад, що характеризується типовими змінами особистості та своєрідністю дефектів.

## РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Ільїна Н. М. Клінічна психологія. Суми: Університетська книга, 2022. 163 с.
2. Герасименко Л. О., Скрипніков А. М., Ісаков Р. І. Психогенні психічні розлади: навч.-метод. посібник. Київ: ВСВ «Медицина», 2021. 208 с.
3. Губенко І. Я., Карнацька О. С., Шевченко О. Т. Основи загальної і медичної психології, психічного здоров'я та міжособового спілкування: підручник. Київ, 2021. 312 с.
4. Зінченко С. М. Патопсихологія. Методики дослідження: метод. посібник. Київ, 2004. 101 с.
5. Клінічна психодіагностика: практикум / редактор-упорядник М. В. Миколайський. Івано-Франківськ: МістоНВ, 2006. 228 с.
6. Коробіцина М. Б. Психологічна діагностика психічних розладів та розладів поведінки у дорослих та відповідні реабілітаційні заходи. Одеса: Астропринт, 2015. 82 с.
7. Кричківська Т. Д. Психологія аномального розвитку: навчальний посібник, 2016. 168 с.
8. Крюкова М. А., Курова А. В. Патопсихологія: навчально-методичний посібник. Одеса: Фенікс, 2019. 38 с.
9. Максименко С. Д., Цехмістер Я. В., Коваль І. А., Максименко К. С. Медична психологія / за заг. ред. С. Д. Максименка. Київ, 2014. 520 с.
10. Максимова Н. Ю., Мілютіна К. Л., Піскун В. М. Основи дитячої патопсихології: навч. посібник. Київ: Перун, 1996. 464 с.
11. Мартинюк І. А. Патопсихологія: навч. посібник. Київ: «Центр учбової літератури», 2008. 208 с.
12. Мельник А. П., Мигдасюк Л. І., Дучимінська Т. І. Патопсихологія та спецпрактикум з клінічної психодіагностики: навчально-методичний посібник. Луцьк: Вежа-Друк, 2018. 152 с.

13. Савенкова І. І. Навчально-методичний посібник «Патопсихологія». Миколаїв, 2017. 160 с.
14. Словник з патопсихології / укл.: Полозненко О. В., Мартинюк І. А. Київ: НУБіП, 2010. 53 с.
15. Стець В. І., Скотна Н. В. Патопсихологічний словник. Дрогобич: Редакційно видавничий відділ Дрогобицького державного педагогічного університету ім. І. Франка, 2015.
16. Стець В. І., Хавула Р. М. Патопсихологія: навч.-метод. посібник. Дрогобич: Видавничий відділ ДДПУ ім. І. Франка, 2015. 240 с.
17. Турецька Х., Гурська Т. Патопсихологія: навчальний посібник. Тернопіль: Навчальна книга – Богдан, 2015. 160 с.

## ДОДАТКИ

Результати патопсихологічного обстеження осіб із різними психічними розладами<sup>11</sup>

<i>№</i>	<i>Діагностична проба</i>	<i>Психічний розлад або патологічний стан</i>	<i>Результати обстеження</i>
<i>Дослідження сприймання</i>			
1	Впізнавання зображень на картинках	Явища психічної слабкості та порушення свідомості (астенічні, аментивні, аментивноподібні стани)	Порушення сприймання зображень, як правило силуетних, контурних, незавершених, накладених один на один малюнків.
		Розумова відсталість	Порушене сприймання зображень, які відрізняються від реальних предметів розміром та неповнотою деталей.
2	Проба на дослідження сенсорної збудливості	Різні психопатоподібні стани (делірійний, передделірійний стан, гіперестетична емоційна лабільність, сенсорна	Внаслідок підвищеної сенсорної збудливості утруднена адаптація зорового аналізатора, відмічаються труднощі при засвоєнні завдання, зниження продуктивності діяльності (втома).

<sup>11</sup>Атлас для експериментального дослідження відхилень в психічній діяльності людини / ред. І. А. Поліщука, А. Є. Відренко. 2-ге вид., перероб. і доп. Київ: «Здоров'я», 1979. 124 с., вкладка 32 с.

		форма енцефаліту, наслідки арахноїдиту...)	
<i>Дослідження уваги</i>			
3	Підрахунок кружків у секторах кола (за Ф. Рибаківим), підрахунок однорідних зображень	Явища астенії (токсикоінфекційного, органічного чи ін. походження)	Рахунок із утрудненням, потреба у стимулюванні, повторенні інструкції, рахунок за допомогою пальців.
		Маніакальний стан	Швидке виконання завдання, допускання великої кількості помилок.
		Розумово відсталі діти	Неможливість співвіднести навичку із уявленням про кількість.
4	Проба на знаходження відсутніх деталей зображення	Розумово відсталі діти	Утруднення через порушення уваги та через недостатність відповідних уявлень, знання слів, якими позначають деталі предметів.
5	Послідовне та ускладнене вираховування чисел, перераховування місяців та днів	Розумово відсталі діти	Порушений зворотний рахунок через порушення уваги, інертність нервових процесів, неусвідомлене механічне заучування числового ряду. Особлива складність при рахунку «від та до». Наприклад, від 8 до 4.

<i>Дослідження пам'яті</i>			
6	Проби на безпосереднє та оперативне запам'ятовування	Органічні враження головного мозку	Різке порушення запам'ятовування
		Прогресивний параліч	Пам'ять порушується глобально, пропорційно глибині недоумкуватості
		Атеросклероз головного мозку	Порушення пам'яті прогресують неухильно, проте повільно. Спочатку порушується довільна репродукція, потім порушення ретенції та запам'ятовування. Порушення асоціативної пам'яті прогресує повільно.
		Астенічні стани	Порівняння результатів дослідження на початку та в кінці експерименту показують зниження здатності до запам'ятовування.
		Розумова відсталість	Рівномірне зниження безпосередньої та оперативної пам'яті, пропорційне ступеню недоумкуватості.
		Шизофренія	Безпосередня пам'ять в межах норми (6-7 слів), оперативна знижена (2-4 числа).
		Амнестичні синдроми органічного генезу	Порушення усіх видів короткочасної пам'яті.
		Корсаківський синдром	Порушення безпосередньої пам'яті, в той час як пам'ять на

			віддалені події залишається відносно збереженою.
		Стареча недоумкуватість	Порушується і механічна, і асоціативна пам'ять, різко виражені порушення запам'ятовування (2-3 слова із 10).
		Маніакал, інфекційні психози	Гіпермнезія (12-15 слів та більше).
7	Піктограми	Шизофренія та системні органічні враження головного мозку	Проби на механічне запам'ятовування хворі виконують краще, ніж методику «Піктограми». Малюнки хворих на шизофренію позбавлені предметного змісту, псевдоабстрактні, парадоксальні, стереотипні.
		Інтелектуальна недостатність органічного генезу та олігофренія	Простіше знаходять образи для запам'ятовування слів конкретного змісту та утруднюються при опосередкуванні абстрактних понять.
		Епілепсія	Зміст малюнків має яскраво виражений егоцентричний характер.
<i>Дослідження асоціацій</i>			
8	Асоціативний (словесний) експеримент	Шизофренія	Зниження якості мовленнєвих реакцій (зниження кількості вищих реакцій, поява нижчих, головним чином персеверуючих, ехолалічних та атактичних). Нерідко неадекватність чи недостатність вираження мімічних,

			вегето-судинних та емоційних реакцій.
		Біполярний афективний розлад	Зміна латентного періоду словесних реакцій. У маніакальній фазі укорочення, у депресивній – подовження. Вираження мімічних, вегето-судинних та емоційних реакцій має залежність від фази психозу: в депресії вони загальмовані, у маніакалі підсилені. Зниження якості мовленнєвих реакцій. З'являються нижчі реакції. В депресії – реакції відмови, у маніакалі – співзвучні та багатослівні реакції.
		Епілепсія	Найчастіше нижчі реакції персеверуючого варіанту. Помітне підвищення латентного періоду. Добре виражені мімічні, вегето-судинні та рухові реакції.
		Психози при грубому органічному враженні головного мозку	Різде зниження репродукції і якості мовленнєвих реакцій, поява різноманітних варіантів нижчих реакцій.
		Розумова відсталість	Поява нижчих реакцій та зменшення або відсутність вищих реакцій абстрактного типу.
		Астенія	Значне подовження латентного періоду, зниження якості мовленнєвих реакцій до кінця експерименту.

9	Методика незакінчених речень (дослідження спрямування)	Хворі із прихованими маячними переживаннями	Поява хворобливих суджень.
		Страхи та переживання	Невпевненість у майбутньому.
		Шизофренія	Порушення усіх видів відносин, що має пряму залежність від вираження соціальної декомпенсації.
<i>Дослідження процесів узагальнення та відволікання</i>			
10	Класифікація понять	Легкий ступінь психічних порушень, наприклад, легка розумова відсталість	Виділення конкретно-ситуаційних груп
		Епілепсія	Схильність до деталізації, виділення великої кількості дрібних груп, в деяких випадках утворення кількох груп предметів між якими немає принципової різниці. Причина цього – звуження об'єму уваги та порушення пам'яті.
		Шизофренія	Орієнтування на мало актуальні, слабкі, другорядні ознаки – симптом «надвключення».
11	Визначення та розділення понять	Розумово відсталі діти	Не бачать різниці між предметами або вказують на несуттєві ознаки – не сформованість понять, не чіткість їх, конкретність мислення.

12	Виключення понять	Розумово відсталі діти	Керуються зовнішніми ознаками і не можуть підібрати однорідним предметам загальну назву.
		Шизофренія	Часто виключають предмет за малозначимими слабкими ознаками, проявляється різноплановість, надвключення.
13	Аналіз відношень понять (аналогії)	Органічні враження головного мозку	Інертність психічних процесів.
		Шизофренія	Хворі вибирають відношення керуючись не загальною суттєво ознакою, а асоціативними зв'язками за суміжністю.
14	Розуміння смислу прислів'їв та метафор	Шизофренія	Прислів'я поєднують не на основі переносного змісту, а на різних інших основах (другорядних та випадкових ознаках).
		Розумова відсталість	Недостатній запас тимчасових зв'язків, утворених у минулому життєвому досвіді.
		Органічні враження головного мозку	Стійка втрата тимчасових зв'язків.
<b><i>Порушення осмислення</i></b>			
15	Розуміння змісту сюжетних картин	Виражені астеничні стани, синдроми сплутаності	Зниження здатності до осмислення сюжету. Хворі виділяють лише окремі предмети, деталі зображені на картинах та випускають зв'язки та відношення, які існують між ними.

		Розумово відсталі діти 6-8 років	Не можуть правильно зрозуміти смисл навіть у простих сюжетних картинках.
16	Осмилення розповіді	Розумово відсталі діти	Навіть прості розповіді сприймають фрагментарно, у них виникають випадкові асоціації.
<b><i>Дослідження комбінаторики (навичок конструктивних дій)</i></b>			
17	Складання картинок із відрізків	Розумово відсталі, хворі із інтелектуальною недостатністю, із недостатністю предметних уявлень	Діють хаотично, виконати завдання можуть методом «проб та помилок» із затрачанням великої кількості часу.
18	Заповнення відсутніх деталей у зображеннях (матриці Равена)	Легкі інтелектуальні порушення	Не можуть виконати більш складні завдання навіть із підказками, проте виконують легкі завдання.
		Тяжкі інтелектуальні порушення	Не можуть виконати легкі завдання.
<b><i>Дослідження типологічних та індивідуальних особливостей</i></b>			
19	Таблиці Шульте та таблиці Шульте-Горбова	Епілепсія	Збільшення часу на виконання завдання (1,5-2,5 хв. на одну таблицю). У пробі на переключення роблять помилки на чергування чисел, через зниження рухливості нервових процесів.

		Церебральний атеросклероз	Збільшення часу на пошук чисел у кожній наступній таблиці.
		Стареча недоумкуватість	Неможливість виконати завдання.
20	Дослідження рівня домагань (Ф. Хоппе модиф. Б. Бежанішвілі)	Шизофренія	Вибір не має залежності від успіху чи невдачі, у зв'язку із зниженням емоційно-вольової сфери.
		Психічний недорозвиток чи розпад особистості	Рівень домагань не формується.
21	Дослідження самооцінки (Т. Дембо, С. Рубінштейн)	Епілепсія	Часто оцінюють себе як і здорові, посередньо, проте таке оцінка не відповідає реальній.
		Шизофренія	Самооцінка нестійка, хворі схильні до крайнощів.
		Депресія	Самооцінка гранично низька.

### Патопсихологічне обстеження молодшого школяра та підлітка

<i>Спрямування методики</i>	<i>Назва методики</i>
<b>Дослідження пізнавальних процесів</b>	
Дослідження слухового сприймання	- проби на впізнавання, розрізнення та порівняння звуків
Особливості зорового сприймання	- фігури Поппельрейтера
Дослідження об'єму уваги, переключення уваги, темпу сенсомоторних реакцій, стану працездатності	- коректурна проба; - відрахування чисел; - таблиці Шульте; - рахунок по Е. Крепеліну; - таблиці Шульте-Горбова
Механічне запам'ятовування	- запам'ятовування 10 слів
Опосередковане запам'ятовування, роль мислення у мнестичних процесах	- піктограми (рекомендовано застосовувати для дітей старших 11-12 років)
Рівень інтелекту	- тест Векслера; - шкала інтелекту Біне-Сімона; - шкала розвитку Гезелла; - тест Ф. Гудінаф
Наочно-дійове мислення	- кубики Кооса - прогресивні матриці Равена
Дослідження рівня процесів узагальнення та абстрагування, послідовності суджень	- класифікація предметів; - виключення предметів; - виділення суттєвих ознак; - утворення аналогій; - визначення та порівняння понять
Осмислення, вміння встановлювати внутрішні зв'язки між об'єктами	- розуміння сюжетних картин та розповідей з прихованим змістом
Розуміння переносного смислу тексту	пояснення прислів'їв та метафор
<b>Дослідження відхилень особистісного розвитку</b>	

<p>Інтегральна оцінка особистості дитини в контексті соціальної ситуації розвитку</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- тест «Дім-дерево-людина»;</li> <li>- тест «Неіснуюча тварина»;</li> <li>- тест Люшера;</li> <li>- метод Роршаха;</li> <li>- тематичний апперцептивний тест (ТАТ), для дітей молодшого шкільного віку – САТ;</li> <li>- методика аналізу сімейного виховання (АСВ);</li> <li>- тест «Кінетичний малюнок сім'ї»;</li> <li>- методика Рене Жиля;</li> <li>- методика діагностики міжособистісних відносин Т. Лірі</li> </ul>
<p>Дослідження структурних компонентів особистості:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- дослідження самооцінки</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- методика Дембо-Рубінштейн;</li> <li>- «сходинки самооцінки»;</li> <li>- методика Хоппе;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- дослідження мотивації</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- мотиваційний тест Хекхаузена;</li> <li>- методика Білопольської (для молодших школярів)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- дослідження реакцій на фрустрацію</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- тест фрустрації Розенцвейга</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- дослідження акцентуацій характеру</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- тест Леонгарда-Шмішека</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- вивчення рівня тривожності</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- методика Імедадзе;</li> <li>- методика Спілберга-Ханіна</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- дослідження патохарактерологічних відхилень</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- патохарактерологічний діагностичний опитувальник (ПДО)</li> </ul>