

**МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ВНУТРІШНІХ СПРАВ**

*Факультет №6
Кафедра соціології та психології*

ТЕКСТ ЛЕКЦІЇ

навчальної дисципліни «Клінічна психологія»
обов'язкових компонент освітньої програми першого
(бакалаврського) рівня вищої освіти

053 Психологія (практична психологія)

Тема №5: «Порушення пізнавальних процесів»

Харків 2023

ЗАТВЕРДЖЕНО

Науково-методичною радою
Харківського національного
університету внутрішніх справ
Протокол від 30.08.23 №7

СХВАЛЕНО

Вченою радою факультету
Протокол від 25.08.23 р. №7

ПОГОДЖЕНО

Секцією Науково-методичної ради
ХНУВС з гуманітарних та соціально-
економічних дисциплін
Протокол від 29.08.23 №7

Розглянуто на засіданні кафедри соціології та психології
Протокол від 15.08.2022 №8.

Розробник:

доцент кафедри соціології та психології, кандидат психологічних наук, доцент,
Жданова І.В.

Рецензенти:

1. Доцент кафедри педагогіки та психології Харківської державної академії фізичної культури, кандидат психологічних наук, доцент Павлик О. М.
2. Доцент кафедри соціології та психології факультету № 6 Харківського національного університету внутрішніх справ, кандидат психологічних наук, доцент Шиліна А.А

План лекції (6 год):

1. Порушення сприйняття.
2. Порушення пам'яті.
3. Порушення розумової працездатності.
4. Розлади мислення.

Рекомендована література:

Основна:

1. Максименко С. Д., Цехмістер Я. В., Коваль І. А., Максименко К. С. Медична психологія : підручник / за загальною ред. С. Д. Максименка. 2-е вид. К. : Слово, 2014. 516 с.
2. Ніконенко Ю.П. Клінічна психологія: Навчальний посібник. Вид. КНТ Київ, 2019. 368 с.
3. Основи медичної психології : навч.-метод. посіб. Для студ. вищ. мед. навч. закл. IV рів. акред. та лік.-інтерн. / Ждан В.М., Скрипніков А.М., Животовська Л.В. та ін. Полтава: ТОВ «АСМІ», 2014. 255 с

Допоміжна:

4. Бітенський В. С., Горячев П. І., Мельник Е. В. та ін.; За ред. В. С. Бітенського. Психіатрія: курс лекцій: навч. посібник. Одеса: Одес. держ. мед. ун-т, 2004. 354 с.
5. Гальчук О.Я. Клінічна психологія : навчальний посібник. К.: Атіка, 2012. 216 с.
6. Ільїна Н.М. Клінічна психологія: навчальний посібник. Суми: Університетська книга, 2020. 163 с.
7. Критерії діагностики і психотерапії розладів психіки та поведінки / Під ред. Б. В. Михайлова, С. І. Табачнікова, О. К. Напрєєнка, В. В. Домбровської // Новини української психіатрії. Харків, 2003.
8. Савенкова І.І. Клінічна психологія: навчальний посібник [для студентів вищих навчальних закладів]. Одеса: Астропринт, 2010. 287 с.

Текст лекції.

Питання 1. Порушення сприйняття.

Відчуття і сприйняття є початковим етапом, першим ступенем пізнавальної діяльності людини – «живим спостереженням» навколишньої дійсності.

При нейропсихологічному аналізі порушень сприйняття доцільно спиратися на теорію системної динамічної локалізації вищих психічних функцій О.Р.Лурії. Відповідно до цієї теорії мозок - субстрат психічних функцій - працює як єдине ціле, що складається з безлічі високодиференційованих частин, кожна з яких виконує свою специфічну роль. Безпосередньо з мозковими структурами слід співвідносити не всю психічну функцію і навіть не окремі її ланки, а ті фізіологічні процеси, які здійснюються у відповідних структурах. Порушення цих фізіологічних процесів призводить до появи первинних дефектів, що поширюються на цілий ряд взаємозв'язаних психічних функцій.

Системна локалізація вищих психічних функцій передбачає багатоетапну ієрархічну багаторівневу мозкову організацію кожної функції. Це неминуче впливає зі складного багатокомпонентного складу функціональних систем, на які спираються вищі психічні функції.

Розглянемо порушення сприйняття на прикладі локальних поразок зорового аналізатора, потиличної частки головного мозку.

Первинні зони потиличної кори – це та структура, де закінчуються волокна, які йдуть від сітківки очей. Подразнення первинних відділів зорової кори спричинює появу елементарних зорових галюцинацій, відчуттів у вигляді «фотопсії», точок, які світяться, кольорових плям, туману, диму.

При ураженнях первинних (проекційних) відділів зорової кори (17 поле) порушення сприйняття будуть носити елементарний соматотопічний характер (так звані сенсорні зорові розлади) і проявлятися, напр., у формі гомонімної геміанопсії - випадінні контрлатеральної половини зорового поля; квадрантної геміанопсії - випадання певного сектора зорового поля; скотома - випадіння окремих ділянок зорового поля, відповідних ураженням ділянки проекційної зорової кори. Якщо вся первинна зорова кора знаходиться у стані дисфункції (травма з набряком), то у людини на перших етапах зникає зір, але потім він відновлюється.

Нейрони *вторинних відділів потиличної кори* здійснюють синтез зорових зображень і забезпечують їхню інтеграцію. Ураження потиличних часток головного мозку призводить до порушень процесів аналізу і синтезу зорової інформації. Як відомо, ці зони (18 і 19 поля кори) мають широкі асоціативні зв'язки (так звана «широка зорова сфера») і відповідають за синтез елементів, що візуально сприймаються. Поразка цих зон призводить до так званих зорових або оптичних агнозій (від грец. *a-* без, *ni*, *gnosis* - знання), при яких кожен елемент зорової структури сприймається досить чітко, але синтез цих елементів в єдине ціле порушений. Подразнення вторинних відділів кори потиличних часток здатне збуджувати сліди тих зорових образів, які зберігаються в довготривалій зоровій пам'яті людини. Вони допомагають об'єднувати окремі враження в цілісні зображення. При порушеннях їх функцій виникає феномен невпізнавання реальних предметів та їх зображень (хворий здатний бачити окремі деталі, але не бачить цілого; подібне явище має назву зорових агнозій). Також при цьому збереженими залишаються спрямованість і осмисленість перцептивної діяльності. Отже, хворий зберігає завдання розібратися у значенні сприйманих фрагментів і здатний компенсувати ці дефекти за допомогою міркувань. Він активно шукає рішення, висловлює гіпотези, зв'язує їх з реально сприймаються елементами і т.д., кодує, відносить до якихось систем, категоріям. При цьому сприйняття часто стає надмірно узагальненими («це якась тварина», «це якийсь прилад») і позбавляється своєї конкретності. Це так звана предметна агнозія.

Таким чином, ураження вторинних відділів зорової кори веде до порушення операцій зі створення зорових синтезів, але залишає збереженою структуру активної перцептивної діяльності. Сенсорні зорові функції при цьому також залишаються відносно збереженими.

При *ураженні лобових відділів мозку* (так званий лобовий синдром) не виявляється помітних порушень зорового сприйняття, але порушується активність, цілеспрямованість, підконтрольність, осмисленість сприйняття. Тобто, порушеним стає сприйняття як перцептивна діяльність, коли людина не може поставити мету, зрозуміти сенс зображеного, не здійснює активного пошукового процесу, не співвідносить свої відповіді з результатом. Наприклад, хворий сприймає перевернутий капелюх як тарілку, краватку як птицю і т.д. У цих ви-

падках можна говорити про порушення мотиваційного компонента сприйняття, що приймають форму «псевдоагнозій».

Патопсихологічний підхід до порушень сприйняття.

В патопсихології до якісних порушень сприйняття відносяться ілюзії та галюцинації, порушення відчуттів.

Ілюзії – розлади сприйняття, при яких реальні предмети або явища сприймаються людиною в спотвореному вигляді. Нормальне ілюзорне сприйняття – це спотворене сприйняття певного подразника оточуючого середовища зі здатністю до корекції цієї спотвореності.

Ілюзії можуть бути як у здорових, так і у психічно хворих людей. Ілюзії у здорових людей, як правило, виникають при незвичних, частіше несприятливих умовах сприйняття, а також при виражених емоційних напруженнях. Проте, на відміну від хворого, здорова людина має достатньо можливостей для перевірки правильності сприйняття та уточнення першого враження.

Психічно хворий ілюзорне порушення ототожнює з реальністю. Від ілюзій необхідно відрізнити помилки суджень, невірні висновки. Коли людина приймає за діамант яскраво освітлений сонцем уламок скла – це ще не ілюзія, не обман чуттєвого пізнання, а помилкове судження. Обов'язкова наявність помилково сприйнятого реального об'єкта відрізняє ілюзії від галюцинацій.

За механізмами виникнення виділяють *фізичні, фізіологічні та психічні* ілюзії.

Фізична ілюзія – спотворене сприйняття реально існуючого предмета або явища з повним, як правило, усвідомленням його спотворення. Виникає вона внаслідок певних фізичних властивостей предметів і речовин.

Фізіологічна ілюзія – спотворене сприйняття реально існуючого об'єкта або явища внаслідок особливостей функціонування аналізаторів чи системи комплексного сприйняття.

Психічні ілюзії – спотворене сприйняття реально існуючого об'єкта з неадекватним дійсності розумінням його справжньої суті. Об'єкт, який сприймається, оцінюється недостатньо чітко або у спотвореному вигляді. Основними станами, здатними цьому сприяти, можуть бути емоційне напруження, емоційна установка, емоційно звужена свідомість. Вирішального значення набувають несвідомі жахи, побоювання, очікування, які випереджають події. Ілюзії, пов'язані з порушеннями психічної діяльності, поділяють на афективні (афектогенні), вербальні та парейдолічні.

Афективні ілюзії найчастіше виникають за наявності жаху та тривожно – пригніченого настрою. В такому стані халат, який висить у кутку кімнати, сприймається як бандит, що причаївся, дзвін посуду на кухні сприймається як клацання зброєю, а в шумі вулиці чути голос юрби, яка збирається на публічну страту.

Вербальні ілюзії характеризуються помилковим сприйняттям слів оточуючих. Замість нейтральної для хворого розмови він чує загрози та звинувачення на свою адресу.

Парейдолічні ілюзії (парейдолії) виникають без суттєвих змін афекту на фоні зниження тону психічної діяльності. Часто вони є фантастичними та рухливими. Замість звичайних візерунків на килимі, шпалерах, в тріщинах на сті-

ні, гри світлотіней людина сприймає казкові сюжети, фантастичні видовища, тварин і т.ін., які рухаються, постійно змінюються.

Галюцинації - помилкові сприйняття, що виникають в свідомості на хворобливій основі без реального об'єкта і мають для хворої людини характер об'єктивної реальності.

Галюцинації поділяються по ступеню складності на елементарні, прості та складні; по аналізатору – зорові, слухові, тактильні, нюхові, смакові та вісцеральні.

Виділяють **істинні галюцинації та псевдогалюцинації**.

При істинних галюцинаціях хворі відносяться до галюцинаторних образів, як до реально існуючих, вони не сумніваються в тому, що чують голос людей, бачать тварин, нерідко фантастичних. Ці галюцинаторні образи переносяться в навколишнє середовище, вони конкретні: хворий з легкістю може, наприклад, вказати не тільки зміст голосів, але й визначити чоловічі або жіночі голоси, гучні вони чи ледь чутні. При істинних галюцинаціях поведінка хворого повністю відповідає його переживанням.

На відміну від істинних галюцинацій для псевдогалюцинаторних образів більш типова їх інтропроекція (знаходяться всередині голови, особистого «я»). Часто псевдогалюцинаторні образи знаходяться за межами можливостей органів чуття хворого: так, наприклад, хворі чують голоси на значних відстанях – із сусіднього будинку, іншого міста, з космосу. Дуже важливим є критерій підробленості, псевдогалюцинації супроводжуються переживанням штучності, їх насильництва, тобто хворому «показують» картини, передають, змушують чути голоси. Псевдогалюцинації на відміну від істинних галюцинацій, як правило, позбавлені якостей об'єктивної реальності та чуттєвості, хворі не знаходять своїм псевдогалюцинаторним образам аналогії в дійсності.

Галюцинації часто виникають у вечірній час та вранці, коли людина знаходиться у так званому просонному стані; галюцинації, що виникають перед засинанням, називаються гіпногічними, при пробудженні – гіпнопомпічними. Вони не завжди носять психотичний характер і можуть виникати при астеничному стані.

Розлади сприйняття значно частіше спостерігаються не ізольовано, а у поєднанні з хворобливо зміненим тлумаченням оточуючої дійсності та своїх відчуттів. Тобто вони пов'язані з порушенням мислення і є складовою частиною галюцинаторно – маячних психопатологічних синдромів (параноїчного, парафренного та синдрому Кандинського – Клерамбо).

Досить часто в клініці нервово-психічних захворювань зустрічаються **порушення чутливості**, які представлені наступними варіантами:

а) гіперестезія - підвищення сприйнятливості реальних подразнень, при цьому поріг чутливості знижується. Наприклад, звичайний стукіт приголомшує хворого, свіча, що горить, сліпить очі.

б) гіпестезія (гіпостезія) - зниження сприйнятливості подразників при підвищенні порога чутливості. У цьому випадку людина майже не реагує на укол, на плазує муху.

в) Якщо аналізатор не здатний відповідати на подразнення, то це зветься анестезії (наприклад, при анатомічному перерві одного з периферичних нервових стовбурів, при введенні новокаїну, нав'язна анестезії та ін.)

Синестезії - загострення сприйнятливості подразників з іррадіацією відчуттів і сприйняття на інший аналізатор, внаслідок чого вони набувають невластивого їм забарвлення, характеру двоїстого відчуття. Так, звуковий подразник викликає зорові відчуття, наприклад, колір (кольорова музика); нюховий - зорові, кольорові (троянди пахнуть синім); звуковий подразник викликає больові відчуття.

Гіперестезії та синестезії часто виникають у стані інтоксикації галюциногенами.

Парестезії - характеризуються спонтанними відчуттями печіння, поколювання, повзання мурашок.

Сенестопатії - різноманітні, вкрай неприємні, тяжкі і незвичайні відчуття, що виходять з окремих внутрішніх органів і різних областей тіла, і не мають причин для їх виникнення у даному органі.

Питання 2. Порушення пам'яті.

Пам'ять – психічний процес, який виконує функцію накопичення, збереження і репродукції досвіду пізнання людиною навколишнього середовища та самої себе, що забезпечує її диференційоване пристосування.

Класифікація порушень пам'яті у клінічній психології.

У основі цієї класифікації лежить принцип оцінки стану окремих функцій, процесів, параметрів пам'яті (об'єму, міцності, стійкості) та ін.

У рамках цієї класифікації виділяються:

1. *розлади довільної та мимовільної пам'яті* (наприклад, при олігофренії легкого ступеня збереженою залишається мимовільна пам'ять, у той час як довільна страждає);

2. *порушення короточасної, довготривалої та оперативної пам'яті*;

3. *порушення процесів пам'яті*: запам'ятовування та відтворення (наприклад, Корсаковский синдром);

4. *порушення конкретних мнестических функцій*: обсягу запам'ятовування, зниження міцності запам'ятовування;

5. *порушення опосередкованої та безпосередньої пам'яті*;

6. *порушення динамічного компонента пам'яті* (хворі протягом якогось відрізка часу добре запам'ятовують і відтворюють матеріал, проте через короткий час не можуть цього зробити. Тобто, в даному випадку мають місце коливання мнестичної діяльності. Такі розлади зустрічаються у хворих на судинні захворювання головного мозку, у віддаленому періоді черепно-мозкової травми, при деяких інтоксикаціях та профшкідливості);

7. *порушення пам'яті як мнемічної діяльності*. У разі страждає особистісно-мотиваційний компонент мнемической функції (зниження спонукання) і мають місце звані псевдомнемічні розлади. В експерименті вони виглядають як порушення запам'ятовування та відтворення, але виявляється, що функції об'єму, міцності запам'ятовування є збереженими.

Клінічний підхід до класифікації розладів пам'яті.

У клініці психічних захворювань розрізняють наступні *розлади пам'яті*:

1) Кількісні розлади пам'яті - дисмнезії (гіпермнезія, гіпомнезія й амнезії (ретроградна, антероградна, антероретроградна, ретардована, фіксаційна, прогресуюча);

2) Якісні розлади пам'яті - парамнезії (псевдоремінісценції, конфабуляції, криптомнезії).

Кількісні розлади пам'яті (дісмнезія) характеризуються зниженням можливості запам'ятовування, зменшенням запасів пам'яті і погіршенням відтворення.

Дисмнестичний синдром - є ознаки зниження пам'яті (гіпомнезія) або ознаки посилення пам'яті (гіпермнезія);

Гіпермнезія проявляється підвищеною здатністю до відтворення інформації з минулого, хоча не втрачено і можливість посиленого запам'ятовування. Спостерігають гіпермнезію при маніакальних епізодах біполярного афективного розладу, шизофренії з афективними коливаннями, гарячці.

Гіпомнезія (ослаблення пам'яті) проявляється утрудненнями запам'ятовування або відтворення матеріалу або це може стосуватися обох зазначених процесів. Виникає ослаблення пам'яті при астенічних і депресивних станах, судинних та органічних захворюваннях головного мозку, на початку старечої недоумкуватості. Такі хворі погано засвоюють нове, події відтворюють неповно.

Амнестичний синдром (амнезія) - це втрата пам'яті на події певного відрізка часу. Її спостерігають при органічних ураженнях головного мозку, хронічному алкоголізмі, після потьмарення свідомості.

Залежно від того, на які події порушена пам'ять, розрізняють:

- антерограду амнезію (гіпомнезію, гіпермнезію) – порушення пам'яті на події після початку захворювання.
- ретрограду амнезію (гіпомнезію, гіпермнезію) – порушення пам'яті на події на початок захворювання.

Можливо поєднання цих видів порушень, коли з пам'яті випадають ряд подій, як попередніх хворобливому стану, і слідували за ним.

Провали пам'яті можуть заповнюватись:

- неіснуючими подіями – це звані конфабуляції;
- подіями, які мали місце, але вони спотворені (псевдоремінісценції).
- ослаблення та втрата різниці між подіями, що дійсно відбувалися в житті хворого, й почутим, побаченим уві сні, прочитаним – це *криптомнезія*. В одних випадках почуте, побачене, прочитане хворий згадує як подію із власної біографії (механізм присвоєння), в інших, навпаки, — реальні події із свого життя пацієнт пригадує як почуте, побачене, прочитане, таке, що відбувалося з іншими людьми (механізм відчуження).

Конфабуляції, псевдоремінісценції та криптомнезії відносяться до **парамнезій**. *Парамнезії* – це якісні порушення пам'яті.

У разі, якщо розлади пам'яті мають прогресуючу течію, запаси пам'яті виснажуються від сьогодення до минулого (**закон Рібо-Джексона**). Так, при прогресуючій амнезії (у структурі старечого недоумства) спочатку знижується здатність до запам'ятовування поточних подій, потім стираються в пам'яті події останніх років, потім - частково з буття давно минулого часу. При цьому віддалене минуле, що збереглося в пам'яті, набуває особливої актуальності у свідомості хворого. Він живе не в реальній ситуації, яку не сприймає, а в уривках ситуацій далекого минулого («життя в минулому»). Наприклад, Зейгарнік Б.В. описує хвору, якій здається, що вона живе на початку століття, коли закінчила-

ся перша світова війна та почалася Жовтнева революція. В основі прогресуючої амнезії лежить дифузний атрофічний процес кори головного мозку.

Порушення пам'яті спостерігаються при багатьох нервово-психічних захворюваннях різного ступеня важкості, зокрема:

А) всі варіанти ураження головного мозку, як правило, супроводжуються тим чи іншим ступенем порушення пам'яті (починаючи від пухлин і закінчуючи травмами, інфекціями).

Б) Розлади пам'яті можуть бути і при виражених астенічних станах, але вони не носять грубого характеру, і, як правило, динамічніші, оборотні (якщо йде астенія, то йдуть порушення пам'яті).

Розлади пам'яті включені до багатьох клінічних синдромів, проте існує і самостійний клінічний синдром – **Корсаковський синдром**.

Корсаковський синдром описаний вперше (кінець XIX ст.) психіатром С. З Корсаковим при тяжких алкогольних інтоксикаціях.

Суть синдрому: порушення пам'яті на поточні події, збереженою залишається пам'ять на події минулого - основна ознака.

Синдром часто поєднується з конфабуляціями щодо поточних подій та дезорієнтуванням в місці та в часі. Два останні ознаки можуть бути слабо виражені, але забування поточних подій є завжди.

Приклад: хворий пам'ятає дитинство, шкільне життя, дати суспільного життя, але не може згадати, чи він сьогодні обідав, чи приходили до нього родичі. Такі хворі вітаються по кілька разів на день, ставлять ті самі питання, звертаються по кілька разів з одним і тим же проханням, справляють враження настирливих людей.

В даний час встановлено, що даний синдром спостерігається також при інших дифузних ураженнях мозку неалкогольного генезу та при певних локальних ураженнях мозку.

Ряд експериментальних досліджень довів, що Корсаковський синдром є наслідком дефекту відтворення, а не утримання інформації.

Питання 3. Порушення розумової працездатності.

Порушення розумової працездатності – найближче до порушення динаміки діяльності). Придбані в минулій життєдіяльності людини навички, її інтелектуальні операції залишаються нерідко збереженими, тим часом хворий не в змозі виконати розумові завдання, що вимагають тривалих і стійких зусиль.

Порушення розумової працездатності знаходить своє вираження у ряді проявів і нерідко приймає характер порушень окремих процесів: пам'яті, коливань уваги.

Перше порушення розумової працездатності - виснаженість (астенія, в перекладі з грецької – безсилля).

Астенія досить часто зустрічається у клініці психічних розладів (7-9% пацієнтів під час візиту до лікаря пред'являють подібні скарги - відчуття втоми, слабкості, плаксивості, порушеннях сну та ін.).

У сфері психічного астенія виражається в зміні динаміки психічних процесів, зниженні продуктивності психічної діяльності, вольових, емоційних і фізіологічних порушеннях.

Астенія може бути тимчасовою і постійною. В останньому випадку астеничний синдром призводить до інвалідизації хворого, змінює всю його особистість.

Б.С.Бамдас виділяє 4 основних **структурних компонента астенії**:

1. Дратівливість.
2. Слабкість.
3. Розлади сну.
4. Вегетативні порушення.

За проявами виділяють 2 форми астенії: гіпо- та гіперстенії.

Гіпостенія = характеризується швидкою стомлюваністю, вже в середині дня хворі відчувають себе нездатними працювати. Спостерігається постійна сонливість, причому сон не допомагає відпочити. Знижується психічна активність. Найбільша продуктивність за методиками Шульте, Крепеліна визначається у першій половині часу, хоча і тоді вона низька. Потім настає швидко прогресуюче якісне і кількісне зниження продуктивності. Нерідко хворі передчасно відмовляються від роботи, мотивуючи свою відмову втомою. У коректурній пробі загальна кількість помилок збільшується до кінця.

Гіперстенія - спостерігається поєднання підвищеної збудливості зі зниженням працездатності, стомлюваністю, недостатньою здатністю до концентрації уваги. У методиках Шульте і Крепеліна відзначається високий початковий рівень роботи, різкий спад в середині роботи, наприкінці можливе повернення до вихідних показників. У коректурній пробі - збільшення кількості помилок у середині завдання.

Види астенії залежно від причини:

1. **Цереброгенні.** Виникають при ураженнях ЦНС. Характерні стійкість і монотонність астеничних симптомів. Знижено поріг переносимості різних подразників. Хворі постійно відчувають слабкість, відчуття втоми. Фон настрою знижений, відзначаються апатія, дратівливість. Для ряду хворих характерна сильна фіксація на своїх іпохондричних відчуттях. При цьому немає зв'язку астенії з фізичними та розумовими навантаженнями. Хворі вказують на те, що астеничні симптоми існують постійно і не прогресують. Немає зв'язку між виразністю симптомів і тривалістю захворювання. Хворі повністю відокремлюють від себе зазначені симптоми, у них, як правило, є критика до хвороби. Навіть перебування в сприятливих умовах не усуває астенію. Характер церебрагенної астенії залежить від характеру органічного процесу.

2. **Соматогенні.** Спостерігаються при хронічних соматичних захворюваннях, таких, як тиреотоксикоз, мікседема, хронічна ниркова недостатність. Динаміка астеничних симптомів залежить від характеру та перебігу хвороби. Симптоматика монотонна. Як правило, суб'єктивні скарги і об'єктивні показники за даними дослідження збігаються. Працездатність таких хворих мало залежить від настрою.

5. **Адаптаційні.** Їх причинами можуть бути обмеження рухливості, сенсорна ізоляція, монотонні подразники та ін.. Ці астенії можуть бути як парціальними (пов'язаними з негативною адаптацією рецепторів) і тотальними. Виникненню астенії сприяє комплекс екстремальних факторів, що призводять до різкого зменшення аферентної стимуляції ЦНС.

6. Психогенні. Являють собою астеничні прояви неврозу виснаження – неврастенії. Можуть також спостерігатися при депресії. Характерні постійна втома, зниження працездатності, порушення пам'яті та уваги. Як правило, вдається простежити зв'язок з психічною травмою.

Другий вид порушення розумової працездатності – «пересичення».

Розумова працездатність може бути також порушена внаслідок швидкого «пересичення», явища, близького за своїм проявом до виснажування, але все ж має іншу психологічну характеристику. Поняття це запроваджено К. Левіном для позначення стану, коли у людини вичерпується потреба до продовження розпочатої дії, тоді як умови змушують його займатися. У цих випадках, за даними співробітниці К. Левіна А. Карстен, виникають зміни у діяльності, «варіації» заданої дії. Так, якщо випробуваному доводилося виконувати монотонне завдання, наприклад, креслити рисочки, ця дія переривалася привнесенням варіацій; випробувані відволікалися на якийсь час від основної мети завдання, виконували якісь інші дії, що не належать до справи (починали посвистувати, співати, сама зовнішня сторона діяльності змінювалася - рисочки ставали більше, менше, змінювалися їх зміни). А. Карстен розглядала ці варіації як показники наступного перенасичення, тобто. як фактор, що перериває цілеспрямованість діяльності.

Питання 4. Розлади мислення.

Мислення - психічний процес, за допомогою якого людина відтворює найважливіше в явищах навколишнього світу, усвідомлює їхній взаємозв'язок. Мислення — активна функція інтелекту.

У клінічній психології найбільш загальновизнаною і прийнятною в практичному і теоретичному плані є класифікація розладів мислення Б.В. Зейгарник. Вона виділяє 3 компонента мислення:

- Операційний;
- Динамічний;
- Особистісний (мотиваційний).

Зейгарник Б.В. розглядає порушення мислення з точки зору порушення цих компонентів. Причому, особливості мислення кожного конкретного хворого не завжди можуть бути класифіковані в межах одного виду порушень мислення. Нерідко спостерігаються більш-менш складні їх поєднання.

Зейгарник Б.В. виділяє два варіанти *порушення операційної сторони*: зниження рівня узагальнення (ЗРУ), спотворення процесу узагальнення.

До порушень мислення *динамічної сторони мислення* (за темпом) відносять: лабільність мислення, інертність мислення.

Також Б.В.Зейгарник виділила два варіанти *порушень мотиваційного (особистісного) компоненту мислення*: резонерство, різноплановість.

Порушення операційної складової мислення:

1. зниження рівня узагальнення (ЗРУ);
2. спотворення процесу узагальнення.

Зниження рівня узагальнення - виявляється у використанні при узагальненні конкретних, наочно-образних, наочно-дієвих, ситуативних ознак предметів і явищ замість абстрактних

При патопсихологічному дослідженні порушення мислення виявляються за допомогою методик «виключення предметів», «класифікація предметів».

Зниження рівня узагальнення спостерігається при широкому спектрі патологічних станів:

- це обов'язкова ознака будь-яких форм недоумства;
- у осіб з різними формами органічного ураження ЦНС (інфекції, травми, пухлини)
- при епілепсії, причому, спочатку захворювання зниження рівня узагальнення носить легкий характер, але в міру прогресування епілепсії вираженість ЗРУ буде зростати;
- при астенічних станах і затяжних невротичних розладах зниження рівня узагальнення носить не глибокий, тимчасовий характер.

При викривленні процесу узагальнення спотворення полягає в тому, що при узагальненні використовуються латентні, малопомітні, далекі, несуттєві, випадкові, псевдоабстрактні ознаки предметів і явищ.

Викривлення процесу узагальнення зустрічається набагато рідше, ніж зниження рівня узагальнення. *Найчастіше - у хворих на шизофренію, рідше - при шизоїдному розладі особистості.*

Іноді такі особливості виникають у здорових людей в гострих стресових, особливо значущих, екстремальних ситуаціях - але як одиничні помилки.

Порушення динамічної сторони мислення:

1. Лабільність мислення.
2. Інертність мислення.

Лабільність (прискорення) мислення - характеризується легкістю, швидкістю виникнення і великою кількістю асоціацій, їх поверховістю. В результаті хворі легко відволікаються від основної теми розмови, мова стає непослідовною (аж до скачки ідей), може бути римування, мовний напір.

Виникаючі асоціації носять хаотичний характер і не відгальмовуються. Окремі слова викликають нові асоціації, які хворі тут же висловлюють; будь-яке виникаюче уявлення, будь-яке емоційне переживання отримують своє віддзеркалення в мові хворих. Хворі зосереджуються на експериментальному завданні лише на короткі проміжки часу. Розуміючи сенс прислів'я, вони не можуть її пояснити.

Прискорення мислення характерно для маніакального синдрому, при прийомі психостимуляторів, у гіпертиміков.

Лабільність мислення – приватний випадок лабільності всієї психіки.

Інертність мислення – проявляється в тугорухливості, поганому переключенні, в'язкості розумових процесів, які поєднуються з деталізацією і докладністю. Хворі не можуть міняти вибраного способу своєї роботи, змінювати хід своїх думок, переключатися з одного виду діяльності на іншу. Для них характерний уповільнений темп промови, бідність виникаючих асоціацій, мова стає односкладною.

Інертність зустрічається часто і займає друге місце після зниження рівня узагальнення:

- найвиразніший прояв інертності дають хворі на епілепсію;

- інертність зустрічається також у осіб з органічним ураженням головного мозку. Причому чим більше стаж хвороби, тим більша ймовірність наявності у хворого інертності мислення.
- хворі з «лобним синдромом» виявляють грубі порушення по типу інертності.
- для «старих» хворих на шизофренію також характерна інертність мислення.
- при деяких розладах особистості (наприклад, параноїдний розлад особистості).
- Інертність у хворих на депресію, при оглушенні, апатичних, астеничних станах.

Існує вікова динаміка інертності: з віком прояви інертності зростають. Ця закономірність правомірна і по відношенню до норми, і по відношенню до патології.

В цілому розлад мислення за типу інертності є окремим випадком інертності всієї психічної діяльності.

Порушення мотиваційної складової мислення.

- Резонерство,
- Різноплановість.

Резонерство - це схильність до безплідного мудрування, тенденція до непродуктивних багатомовних міркувань.

Резонерство зустрічається часто, при різних патологічних станах (при епілепсії; шизофренії; органічних ураженнях головного мозку) і навіть в нормі.

У нормі резонерство зустрічається у представників деяких професій (напр., викладач, студент, який не знає відповіді на іспиті, може проявляти резонерство).

Резонерство при епілепсії і шизофренії відрізняється такими ознаками:

- у епілептиків судження чіткі, детальні, з моральним компонентом, з відтінком поучительства, «земні»,
- при шизофренії судження: холодні, химерні, далекі від земного.

Має місце вікова динаміка в нормі: частота резонерства з віком зростає.

Різноплановість. Дане порушення мислення проявляється в тому, що судження хворих про якісь предмети, явища, події протікає паралельно, в один і той же час як би в різних планах, напрямках (не послідовно, а паралельно). У нормі майже не зустрічається.

У бесіді різноплановість можна не помітити, необхідно проводити експериментально - психологічне обстеження, наприклад, за допомогою методу класифікації.

Порушення критичності мислення.

Можна виділити такі ***види порушень критичності:***

- a) порушення критичності до себе;
- b) порушення критичності до своїх суджень і висловлювань;
- c) порушення критичності до своїх патологічним переживань.

Порушення критичності до себе проявляється в розладі самооцінки, яка може бути неадекватно заниженою, неадекватно завищеною, лабільною.

Порушення критичності до своїх суджень, висловлювань. В експерименті, напр., за допомогою методики «класифікація» це можуть бути помилки

по типу бездумної маніпуляції з предметами, однак після пояснення хворий виконує класифікацію правильно. Або це може бути *байдуже ставлення до помилок*.

Порушення критичності до своїх патологічних переживань.

Критичність не залежить від ступеня тяжкості захворювання. Відношення між критичністю і ступенем тяжкості захворювання дуже складні. Наприклад: суїцидальна поведінка частіше зустрічається при виході з психозу. Проблема критичності до своїх хворобливих переживань тісно пов'язана з проблемою внутрішньої картини хвороби (ВКХ).