

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

*Факультет №6
Кафедра соціології та психології*

ТЕКСТ ЛЕКЦІЇ

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

053 Психологія (практична психологія)

Тема №9: Шизофренія.

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:

1. Клінічне поняття шизофренії як ендogenous психозу.
2. Епідеміологія та клініка шизофренії.
3. Структура дисоціативного (шизофренічного) патопсихологічного синдрому.
4. Патопсихологічна діагностика шизофренії.

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. 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.
3. Савенкова І.І. Клінічна психологія: навчальний посібник [для студентів вищих навчальних закладів]. Одеса: Астропринт, 2018. 287 с.

Допоміжна:

1. 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, 2014. 354 с.
2. Максименко С.Д., Чуприков А.П., Прокопович Є.М. та ін.. Патопсихологія. Навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів. К.: Видавництво ТОВ "КММ", 2010, 210 с.
3. Мартинюк І. А. Патопсихологія. Навчальний посібник. К.: Центр учбової літератури, 2018. 208 с.
4. Психіатрія і наркологія : підручник / В.Л. Гавенко, В.С. Бітенський, В.А. Абрамов та ін. ; за ред. В.Л. Гавенка, В.С. Бітенського. 2-ге вид., переробл. і допов. К. : ВСВ "Медицина", 2015. 512 с.
5. Шебанова С.Г., Шебанова В.І. Клінічна психологія: навчально-методичний посібник. Херсон, 2019. 192 с.

Текст лекції.

Питання 1. Клінічне поняття шизофренії як ендogenous психозу.

Шизофренія в перекладі з грецького означає «розщиплена душа» - (shiso - розщеплюю, frenio - душа). Це хронічне психічне захворювання (психотичне, психоз), яке протікає зі змінами особистості особливого типу, що швидко або повільно розвиваються. Часто прогресування хвороби призводить до розриву колишніх соціальних зв'язків людини, зниженню психічної активності, значної дезадаптації хворих у суспільстві

В основі уявлень про шизофренію лежить концепція Е.Краепелін (1896) про раннє слабоумство (*dementia praecox*). Цим поняттям він об'єднав раннє слабоумство, гебефренні, кататонічні хронічні маячні психози. Подальший розвиток вчення про шизофренію пов'язаний з ім'ям Е.Блейлера (1911), який дав цю назву хвороби (шизофренія, хвороба Блейлера). Е.Блейлер вважав основним діагностичним критерієм шизофренії виникнення первинного, «основного» розладу - порушення мислення. Вторинними феноменами він вважав марення, галюцинації і т.п. Вивчаючи психопатологію шизофренії, Е.Блейлер описав такі розлади, як аутизм, амбівалентність, своєрідність афективних порушень. При цьому Е.Блейлер стримано ставився до виділення форм перебігу шизофренії.

Надалі уявлення про шизофренію продовжували змінюватися. Стали говорити не стільки про слабоумство, скільки про психічний дефект, не стільки про процеси зниження інтелекту, скільки про прогредієнтність його перебігу. Шизофренію стали представляти як хворобливий процес, що виявляється як злоякісними, так і досить сприятливими, м'якими формами перебігу.

Етіологія.

Хоча специфічна причина шизофренії донині невідома, патогенез шизофренії має біологічну основу, про що свідчать зміни в структурі мозку (наприклад, збільшення шлуночків головного мозку, утоншення кори мозку, зменшення розміру передніх відділів гіпокампі та інших відділів головного мозку) та зміни активності нейромедіаторів, зокрема допаміну і глутамату. Деякі вчені вважають, що шизофренія виникає у людей з чутливою нервовою системою, і що початок, ремісія і рецидив симптомів є результатом взаємодії між внутрішніми і зовнішніми стресовими факторами.

Виявлена цікава залежність ризику розвитку шизофренії від сезонності. У народжених взимку і навесні ймовірність виникнення захворювання вище. Є дані, що дородові (пренатальні) інфекції збільшують ризик розвитку хвороби.

Ризик захворіти на шизофренію становить 1:100. Тобто частота діагностики шизофренії в світі становить близько 1%. Хворіють приблизно однаково чоловіки і жінки, однаково у всіх культурах. Розповсюдженість вище серед нижчих верств соціально-економічних класів в містах, можливо, тому що дисфункція при цьому захворюванні призводить до безробіття й убогості.

Сучасна *систематика* шизофренії поділяє це захворювання за формами перебігу на: безперервнопротікаючу, приступообразно-прогредієнтну (шубообразну); рекурентну (періодична течія - найбільш сприятливий варіант). А за темпом перебігу - малопрогредієнтну; середньопрогредієнтну; злоякісну.

Питання 2. Епідеміологія та клініка шизофренії.

Шизофренія діагностується у 0,3–0,7 % людей. Вона зустрічається у 1,4 рази частіше серед чоловіків, ніж серед жінок, і серед перших проявляється раніше - піковий вік для першого гострого нападу складає 20-28 років для чоловіків і 26-32 роки для жінок. Ця хвороба спричиняє приблизно 1 % інвалідності по всьому світі. Кількість випадків шизофренії може варіюватися навіть утричі, залежно від її визначення.¹

Клінічні прояви шизофренії характеризуються різними за вираженістю психічних порушень клінічними симптомами і синдромами. Серед них виділяють:

- негативні симптоми, або мінус-симптоми, які характеризуються порушеннями мислення і емоційно-вольової сфери та
- продуктивні симптоми (плюс-симптоми).

Продуктивні симптоми (маячня, галюцинації, дезорганізаційні симптоми):

Маячня - це стійка ідея, некоригуваний умовивід, який присутній у людини, не дивлячись на чіткі й очевидні свідчення її хибності. Маячня є вкрай поширеною при шизофренії - вона зустрічається у 90% хворих.

Найбільш типові маячні ідеї при шизофренії:

Маячня переслідування (параноїдна маячня) – віра в те, що інші (часто просто «вони») переслідують хворого. Часто персекуторні фантазії виглядають ексцентрично по сюжету, наприклад, «марсіани намагаються отруїти мене радіоактивними частинками, якими вони отруюють мій водопровід».

Маячня відносин – коли нейтральна подія трактується як така, що має спеціальне особисте значення. Наприклад, хворий на шизофренію може вірити, що людина на плакаті або в телевізорі посилає послання, призначене спеціально йому.

Маячня величі - впевненість, що людина є важливою або відомою фігурою, такою як Ісус Христос, Наполеон. Така маячня може включати переконання, що хворий володіє незвичайною владою або здатністю - як ніхто інший, наприклад, здатністю *літати*.

Маячня контролю - переконаність в тому, що думки і почуття знаходяться під контролем зовнішніх сил: «Мої особисті думки пере-ані іншим», імплантація думок: «Хтось вселив мені думки», уникнення думок: «Маша викрала мої думки».

Галюцинації.

Справжні і помилкові. Найчастіше слухові - голоси.

Дезорганізаційні симптоми (часто розглядають як позитивну симптоматику). До них належать дезорганізація мови і поведінки.

Порушення мови.

Фрагментованість мислення - це характеристика шизофренії. Зовні це спостерігається в стилі мови. Люди, страждаючі на шизофренію, з працею концентруються на підтримці на-правління. думки. Вони можуть дати на

питання несподівану відповідь, починати пропозиції з одного пункту, а закінчувати зовсім іншим пунктом, говорити незв'язно або вимовляти нелогічні речі.

Типові знаки дезорганізованої мови включають:

1. вільне асоціювання - швидкий перескок з пункту на пункт без зв'язку однієї думки з іншою;
2. використання неологізмів - придумані слова або фрази, що мають значення тільки для того, хто говорить;
3. персеверації - повторення слів і тверджень, вимовлення одного і того ж знову і знову;
4. безглузде використання рифмуючих слів.

Дезорганізована поведінка.

Шизофренія руйнує цілеспрямовану активність, призводячи до пошкоджень здатності людини піклуватися про себе, про роботу, про відносини з іншими людьми. Дезорганізація поведінки проявляється у:

1. зниженні здатності робити щоденні справи в загальному і в цілому;
2. непередбачувані або неадекватні емоційні реакції;
3. ексцентричні і безглузді вчинки;
4. недостатня здатність контролювати свої імпульси.

Питання 3. Структура дисоціативного (шизофренічного) патопсихологічного синдрому..

Шизофренічний патопсихологічний синдром складається з:

а) особистісно-мотиваційних розладів: зміни структури і ієрархії мотивів, їх спонукальної і сенсоутворюючої функцій;

б) розладів розумової діяльності:

- порушення цілеспрямованості мислення і змістоутворення (емоційно-вихолощене резонерство, зісковзування, різноплановість, патологічний полісемантизм),

- порушення операційної сторони (спотворення процесу узагальнення), при відносному збереженні здатності до виконання формальних розумових операцій;

в) емоційні розлади: емоційне сплюснення, емоційна тупість, дисоціація емоційних проявів, їх знакова парадоксальність;

г) нажиті патохарактерологічні реакції, зміна самооцінки і самосвідомості: наростаючий аутизм і сензитивність, відчуженість, підвищена рефлексія.

Шизофренічний синдром є неоднорідним при різних видах шизофренії. Він специфічний і по окремим його складовим, і по загальному малюнку.

Ядром шизофренічного синдрому є порушення селективності інформації (психічних процесів).

Питання 4. Патопсихологічна діагностика шизофренії.

Особливості діагностики цього синдрому визначаються його структурою. Зокрема, порушення мотиваційної сфери особистості можна з'ясувати шляхом клінічної бесіди, збору анамнестичних даних, спостереження, експериментом.

Порушення мислення діагностуються за допомогою методик «класифікації предметів», «виключення предметів», «визначення понять». Порушення в емоційній сфері хворих на шизофренію видно «неозброєним поглядом». Аутизм також можна виявити за допомогою методу спостереження. Доцільним буде застосування методик дослідження розумової працездатності.

Досить валідним для діагностики шизофренії є метод піктограм.

Зокрема, піктограми хворих на шизофренію характеризуються:

Шизофренічний (дисоціативний) симптомокомплекс при застосуванні піктограми складається з наступних елементів.

1. недостатнє або спотворене розуміння сенсу завдання. Хворі шизофренією можуть осмислити лише один елемент інструкції (як правило, "намалювати що-небудь"), не піклуючись про кінцеву мету дослідження - побудову образу, що гарантує запам'ятовування слова.

2. Зниження числа атрибутивних образів. Це зниження обумовлене великою кількістю метафоричних образів і геометричних символів, а іноді пов'язано із загальною гіперконкретністю піктограми.

3. Зниження числа адекватних образів. Ця ознака має надзвичайно велике діагностичне значення. Типовими для шизофренії є такі неадекватні образи: віддалені зв'язки, порожня символіка, вибір на підставі чуттєвого враження, асоціації по співзвуччю, фрагментарний або множинний тип вибору, конкретний вибір з розпливчатістю і символічним поясненням, стереотипні піктограми.

При формалізованому підході неадекватні образи піктограми оцінюються як метафоричні (кущ на поняття "справедливість"; пояснення: "справедливість росте, поширюється, охоплює все більший простір"; оцінка: М Ф Ориг -), геометричні (ламана лінія на поняття "хвороба", пояснення: "хвороба ламає душу людини, примушує його кидатися з одного боку в інший"; оцінка: ГС Ф Ориг -).

4. Зниження числа стандартних образів. Ця ознака особливо значуща тоді, коли в протоколі відсутні грубо неадекватні образи. Оскільки саме виявлення стертих форм патології - основне завдання при психологічному дослідженні, ця ознака має особливу цінність.

5. Зміщення стереотипизуючої установки (стереотипія атипічна, не за рахунок повторення людських фігур), своєрідні персеверативні тенденції (перенесення одного елементу з малюнка в малюнок, або феномен єдиної системи, який часто супроводжується загальною неадекватністю піктограми). Наприклад, хворий К. на поняття "хвороба" малює фашистський хрест ("фашизм - хвороба людства", на поняття "печаль" малює людину з

фашистським хрестом на грудях ("сумно, коли такий хрест перебирається на груди людини"), на поняття "щастя" закреслює два попередні малюнки.

6. Вживання букв, часто химерне. Випробовуваний деформує букви, намагається надати буквам подібність з конкретним зображенням. Спроби приховати вживання букв від експериментатора абсолютно неспроможні, не допомагають букви і при відтворенні слова. Ще більше патологічне повне заміщення малюнка буквою, що, як правило, зустрічається у багатьох образах одного протоколу. Вживання букв стає одним з видів атипічної стереотипії.

7. Розташування малюнків і графічні характеристики значно варіюють, зустрічаються різні форми атипічного розташування малюнків.

Підрахунок діагностичного коефіцієнту в методиці Векслера також дозволяє диференціювати шизофренію від неврозів.

Згідно з процедурою сума, що перевищує + 100, досить надійно свідчить на користь діагнозу шизофренії, а менша чим - 100 - про діагноз неврозу або психопатії. Якщо сума не виходить за межі цих меж, то вказується лише діагностична тенденція на підставі знаку суми.

Проте, отримані діагностичні правила непридатні до хворих низького освітнього рівня - менше 7- 8 класів середньої школи - і більше старшого віку - старше 40 років, а також до хворих зі змінами психіки за органічним типом.