

**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 №10 : «Порушення психіки при органічних уразках
головного мозку»**

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. Класифікація та причини органічних уражень головного мозку
2. Клініко-психологічна характеристика органічних уразок головного мозку.
3. Методи психологічної діагностики психічних порушень при органічних уразках головного мозку.

Рекомендована література:

Основна:

1. Діденко С.В. Клінічна психологія. Словник-довідник. К.: Академвидав, 2012, 320 с.
2. 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.
3. Ніконенко Ю.П. Клінічна психологія: Навчальний посібник. Вид. КНТ Київ, 2016, 368 с.
4. 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:

1. 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, 2013.
2. Мартинюк І. А. Патопсихологія. Навчальний посібник. К.: Центр учбової літератури, 2018. 208 с.
3. 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.

Текст лекції

Питання 1. Класифікація та причини органічних уражень головного мозку

Однією з найбільш поширених психічних аномалій є органічні ураження головного мозку, які зустрічаються у осіб із захворюваннями головного мозку *судинної, атрофічної і пухлинної* етіології (пухлини, деякі види судинної патології головного мозку, хвороба Піка, хвороба Альцгеймера, старече слабоумство і т.д.) , а також у осіб із *залишковими явищами черепно-мозкових травм*. За даними деяких дослідників, ознаки органічного ушкодження мозку (енцефалопатія) виявляють майже 3/4 недостатньо адаптованих дітей і підлітків, схильних до делінквентних форм поведінки.

Черепно-мозкові травми, особливо отримані у дитячому та юнацькому віці, призводять до розвитку психопатоподібних розладів, які відрізняються

стійкістю. Особливо ускладнює цю аномалію алкоголізм. Саме поєднання патологічних особистісних розладів внаслідок черепно-мозкової травми та алкоголізму підвищує ймовірність делінквентності та інших, часто злочинних, форм поведінки.

Патопсихологічний аналіз органічного синдрому в цілому засвідчує про наявність у таких осіб:

- інтелектуально-мнестичних розладів (загальне зниження інтелекту, що вимірюється за допомогою психометричних методик, розпад наявного запасу відомостей і знань, мнемічні розлади, які зачіпають як довгострокову, так і короткочасну пам'ять, порушення операційної та динамічної сторін мислення);
- порушення уваги і розумової працездатності,
- зміни в емоційній сфері з афективною лабільністю, нестійкістю, експлозивністю, емоційною чутливістю, слабкістю;
- порушення критичних здібностей і самоконтролю.

Ядром органічного патопсихологічного синдрому є зниження інтелектуальних процесів і розумової працездатності.

В. М. Блейхер і І. В. Крук виділяють в рамках органічного екзогенно-органічний і ендогенно-органічний реєстр-синдроми. У клініці екзогенно-органічному синдрому відповідають такі ураження головного мозку, як церебральний атеросклероз, наслідки черепно-мозкової травми, токсикоманії та т.д. Ендогенно-органічному синдрому в клініці відповідають справжня епілепсія, а також первинні атрофічні процеси в головному мозку (енцефалопатії).

Питання 2. Клініко-психологічна характеристика органічних поразок головного мозку.

Епілепсія – це хронічне захворювання, яке викликане ураженням нервової системи, й яке виявляється різними пароксизмальними станами (судорожними або без судорожними) та частими змінами особистості. За несприятливих умов протікання, захворювання призводить до своєрідного епілептичного туподумства.

У МКХ-10 епілепсія входить до класу VI «Хвороби нервової системи», розділ «Пароксизмальні розлади». Однак при епілепсії завжди є порушення психіки.

Захворювання може виникнути в будь-якому віці, починаючи з раннього віку (декілька місяців) та закінчується літнім віком, але частіше починається епілепсія в доволі ранньому віці (до 20 років). Епілепсія – доволі розповсюджене захворювання (за даними різних авторів, на епілепсією страждають 5 - 10 чоловік на 1000 населення).

Причини епілепсії.

У 60% випадків епілепсії неможливо встановити причину її виникнення. Це так звана первинна або ідіопатична епілепсія. Інші 40% складає вторинна епілепсія, причинами якої є: травми голови; пошкодження головного мозку в передпологовий і післяпологовий періоди внаслідок

травм, гіпоксії (нестачі кисню); інсульт (як ішемічний, так і геморагічний); інфекції головного мозку та мозкових оболонок (менінгіт, енцефаліт тощо); пухлини.

У числі чинників, що сприяють розвитку захворювання, називають: стреси, емоційне перенапруження; переважно; різкі зміни кліматичних умов в регіоні проживання.

Найбільш характерними симптомами епілепсії є *судорожний напад*, який виникає несподівано «як грім серед ясного неба», або після передвісника. Нерідко напад починається з аури. За 1-2 дні до припадку з'являються передвісники: погане самопочуття, дратівливість, головний біль і так далі.

Міра вираженості нападів варіюється за тривалістю і інтенсивністю, але має однотипний характер і проявляється схожими зовнішніми ознаками.

Тривалість припадку - 3-4 хвилини. Частота припадків може бути різна: від щоденних до одного-двох разів на рік.

Нарівні з великими судорожними нападами під час епілепсії бувають також *малі напади*. Це короткочасне виключення свідомості, частіше за все триває декілька секунд, без падіння. Звичайно воно супроводжується вегетативними реакціями та невеликим судорожним компонентом.

Хворий під час спокійної розмови несподівано може перервати свою розповідь, блідне. Одночасно з'являються судорожні ковтальні рухи. І вже через декілька секунд хворий продовжує свою розповідь, наче нічого не сталося.

Разом з великими і малими припадками в клінічній картині епілепсії значне місце займають *безсудомні пароксизми* із затьмаренням свідомості (сутінкові стани, сновідні стани з фантастичним маренням, амбулаторні автоматизми) і без розладу свідомості. Присмеркові розлади свідомості серед без судорожних пароксизмів займають значне місце.

Психічні порушення при епілепсії можуть бути у вигляді психічних еквівалентів, які ніби є заміною нападів, а також у вигляді хронічних змін психічної діяльності, які постійно нарастають, змін особистості хворого, його характеру, мислення, інтелекту (розвиток епілептичного туподумства).

До групи хворобливих симптомів епілепсії відносяться: розлади особистості та розлади настрою, які з'являються нападоподібно.

Якщо захворювання триває доволі довго, то у хворих з'являються риси, які раніше були не притаманні людині, формується так званий епілептоїдний характер. Зміни характеру відбуваються поступово. Інтереси хворих звужуються. Хворі стають все більш егоїстичними. Більш за все хворий хвилюється за своє власне здоров'я та власні інтереси. Хворі епілепсією стають педантичними, причепливими, дріб'язковими. Вони люблять повчати інших людей, вони завжди за справедливість, але розуміють її в основному в аспекті своїх власних егоїстичних інтересів.

Психічні порушення при черепно-мозкових травмах.

Черепно-мозкові травми (ЧМТ) за статистикою - найпоширеніший вид травм і одна з головних причин інвалідизації в Україні. У групі ризику -

молода працездатна частина населення у віці 21-45 років, переважно чоловіки.

Черепно-мозкова травма - ушкодження кісток черепа і/або м'яких тканин (мозкові оболонки, тканини мозку, нервів, судин). За характером травми розрізняють закриту і відкриту, проникаючу і непроникаючу ЧМТ, а також струс або забиття головного мозку. Клінічна картина черепно-мозкової травми залежить від її характеру і тяжкості. Основними симптомами є головний біль, запаморочення, нудота і блювота, втрата свідомості, порушення пам'яті.

Психічні порушення при черепно-мозкових травмах відносяться до поширеної патології. Їх частота складає 18-25%.

У динаміці черепно-мозкової травми виділяють 4 основних етапи.

1. Психічні порушення початкового періоду (перша доба) характеризуються станами виключення свідомості - комою, сопором, оглушенням.

2. У гострому періоді (1-3 тижні) спостерігаються переважно гострі психози з деліріозним або смерковим затьмаренням свідомості.

3. У пізньому періоді травматичних розладів (через декілька місяців після травми) спостерігаються психози, які можуть приймати періодичну течію. Клінічно такі психози всілякі: галюцінаторні, депресивні, маревні розлади, корсаківський синдром.

4. Психічні порушення віддаленого періоду (через декілька років після травми) характеризуються психоорганічним синдромом, якому часто супроводить травматична астения з вираженою дратівливістю і виснаженістю. Спалахи дратівливості, як правило, нетривалі, хворі зазвичай жалкують про свою нестриманість. Часто наголошуються вегетативні порушення: тахікардія, запаморочення, головні болі, коливання артеріального тиску, пітливість. Можуть виникати вестибулярні розлади - хворих вколює в транспорті. Багато хто відзначає погіршення самопочуття при змінах погоди. Такі розлади досить швидко згладжуються, але при навантаженнях з'являються знов.

В цілому, черепно-мозкові травми (ЧМТ), особливо в їх віддаленому періоді (через 6 місяців і більше), призводять до розвитку у хворих різних проявів психоорганічного синдрому. Розрізняють наступні його види:

1) церебрастенічний синдром (найчастіше зустрічається) - характеризується підвищеною стомлюваністю, головними болями, вегетативними і вестибулярними порушеннями, непереносимістю жару і їзди в транспорті;

2) енцефалопатичний синдром - поєднує емоційну вибуховість, конфліктність і деяке інтелектуально-мнестичне зниження, яке може в деяких випадках досягати рівня вираженого недоумства.

Встановлено, що вираженість дефекту залежить від багатьох причин: характеру черепно-мозкової травми, віку, своєчасності лікування, спадкових і особистісних особливостей, додаткових шкідливостей (алкоголізації, інтоксикації) і ін.

Розлади пізнього віку. До даної патології відносяться функціональні психічні розлади пізнього віку; сенільні і пресенільні деменції; психічні порушення, обумовлені церебрально-судинною патологією - атеросклерозом мозкових судин і гіпертонічною хворобою.

Серед чинників, що роблять найбільш істотний вплив на психіку літніх людей, відзначають: нейроендокринні зрушення, викликані клімаксом; всілякі функціональні і структурні зміни всіх систем і органів; накопичення соматичних хвороб і вікових недуг; особливу соціально-психологічну ситуацію, в якій опиняється старіюча людина (припинення трудової діяльності, звуження соціальних зв'язків, самота в результаті смерті близьких, неможливість задоволення багатьох інтересів і потреб, труднощі самообслуговування унаслідок вікових недуг, старечої немічності); психологічне старіння, зміни характеру, що настають в ході інволюції (зниження емоційного фону, збіднення інтересів і зсув їх в сферу фізичного і матеріального благополуччя, тривожна недовірливість, консерватизм, недостатня активність, інертність психічних процесів, ослаблення інтелектуально-мнестичних функцій).

Психічні розлади є всілякими і відрізняються повною або частковою редукацією, а також відсутністю вираженого психічного дефекту або недоумства в результаті захворювання. У одних випадках вони носять непсихотичний характер (кліматеричні неврозоподібні стани), в інших досягають психотичного рівня (функціональні психози пізнього віку).

Функціональні психози пізнього віку виявляються інволюційною депресією і інволюційним параноїдом.

Сенільна деменція. (стареча недоумкуватість) - психічна хвороба, обумовлена атрофією клітин кори головного мозку; проявляється поступово наростаючим розпадом психічної діяльності до рівня тотальної недоумкуватості з втратою особистості хворого і розвитком старечого маразму. Захворювання розвивається частіше у віці 65-75 років, хоча можливий і більш ранній і більш пізній початок.

Анатомічною основою сенільної деменції є дифузна атрофія кори головного мозку і ряд супутніх їй морфологічних змін. При патологоанатомічному дослідженні знаходять зменшення маси головного мозку до 1000 г і менш, стоншування звивини і розширення борозен, розширення шлуночків мозку внаслідок внутрішньої гідроцефалії, вторинного здавлення гіпофізу.

Початок хвороби майже завжди повільний, малопомітний, без характерологічних змін. Ці зміни нагадують особистісні зміни, властиві природному старінню, але відрізняються від останніх вираженістю, більш швидким прогресуванням. На початковому етапі індивідуальні психологічні особливості загострюються, а надалі згладжуються. Наступають патологічні зміни особистості, типові саме для старечої недоумкуватості (сенільна психопатизація особистості).

Хворим властиві карикатурний егоцентризм, черствість, скупість, збирання старих непотрібних речей. Зникають колишні інтереси і

захоплення. Одночасно розгальмовуються елементарні біологічні потреби.

Частина хворих на сенільну деменцію доживає до стадії маразму. На цій стадії вони майже нерухомі, байдужі, лежать в ембріональній позі, практично не піддаються спілкуванню, мовному контакту. Зберігаються лише деякі життєві біологічні потреби.

Смерть частіше настає в результаті інтеркурентних захворювань. Від появи початкових ознак старечої недоумкуватості до летального результату проходить від 2 до 10 років.

Хвороба Альцгеймера. Це атипова форма старечого слабоумства, оскільки захворювання починається у більше ранньому віці (40-45 років) і протікає важче. При цьому атрофічний процес вражає більшою мірою окремі області головного мозку (тім'яно-потиличні, скроневі, лобові відділи лівої півкулі). На першій стадії хвороби Альцгеймера відзначаються розлади уваги, інтелектуально-мнестичне зниження, а також порушення письмової мови і читання, гнозису (агнозії), праксису. У другій стадії прогресує недоумство з афатичними (афазія - ця локальна відсутність або порушення мови, що вже сформувалася), агностичними і апрактичними розладами. У третій стадії настає глибокий психічний розпад. Послідовність розвитку хвороби така ж, як при старечому слабоумстві, але розпад психічної діяльності глибший. Хворі внаслідок виражених амнестичних розладів безпорадні, не здатні обслуговувати себе, можуть здійснювати антисоціальні дії, тому потребують постійної опіки.

Судинні захворювання головного мозку. Психічні розлади можуть дебютувати неврозоподібною симптоматикою у вигляді дратівливості, підвищеної стомлюваності, зниження розумової працездатності. Хворі усвідомлюють неадекватність своїх емоційних проявів, випробовують незручність. Виникають нав'язливості: нав'язливий рахунок, нав'язливі спогади і сумніви, нав'язливі страхи (частіше кардіофобія, танатофобія, страх натовпу, висоти, рухомого транспорту).

Характерними є порушення сну: утруднене засипання, неглибокий, переривистий сон, раннє пробудження і відсутність відчуття відпочинку вранці, сонливість вдень. Часто хворі відчувають болісний головний біль без певної локалізації, то тупий, то такий, що посилюється при психічних і фізичних навантаженнях, інколи супроводжується відчуттям шуму в голові і вухах.

Характерним є своєрідне шаржування, акцентуація колишніх особистісних рис: економні стають скупими, недовірливі - підозрілими, неспокійні - надзвичайно тривожними і тому подібне

По мірі розвитку захворювання виразно виявляються розлади пам'яті: забувають, що потрібно зробити, куди поклали річ, насилу запам'ятовують нове. Особливо слабіє пам'ять на поточні події, імена, дати. Через збереження критики хворі починають все записувати. Може виникати Корсаківський синдром.

Змінюється мислення - втрачається його гнучкість і рухливість, з'являється усебічність, багатослівність, хворі насилу виділяють головне.

Поступово схильність до реакцій роздратування посилюється аж до гнівливих спалахів по незначним приводам, з'являється нетерплячість, егоїзм, вимогливість, образливість. Виражені порушення мислення і пам'яті, емоційна незрілість і особливості поведінки говорять про настання атеросклеротичної деменції. У ряді випадків розвивається депресія, хронічні маревні стани (частіше марення переслідування, ревнощів, іпохондричне, сутяжне).

Небезпечним проявом судинного захворювання мозку є інсульт (ішемічний або геморагічний), який може виникати як спонтанно, так і у зв'язку з різними провокуючими чинниками: станом психічної напруги, статевими і алкогольними ексцесами, переповнюванням шлунку, запорами.

При артеріальній гіпотензії неврозоподібна симптоматика не супроводжується зниженням пам'яті і інтелекту. Психози бувають у край рідко, психопатологічна картина обмежується астеничними і антоно-депресивними станами. Хворі гірше відчують себе вранці. Протягом дня можуть раптово виникати періоди зниження працездатності і загального тону.

Питання 3. Методи психологічної діагностики психічних порушень при органічних уразках головного мозку.

Ядром органічного патопсихологічного синдрому є зниження інтелектуальних процесів і розумової працездатності.

Отже, патопсихологічна діагностика даного синдрому повинна бути спрямована на виявлення порушень пам'яті, уваги, розумової працездатності.

Методи: коректурна проба, таблиці Шульте, тест зорової ретенції Бентона, методика 10 слів та інші методи.

Тест зорової ретенції Бентона. Тест запропонований Бентон в 1952 році для дослідження запам'ятовування малюнків різних форм. Малюнки, за допомогою яких проводиться проба Бентона, об'єднані в три форми - С, D, E. Всі ці три форми еквівалентні і складаються кожна з 10 карток-зразків. На картці зображено кілька простих геометричних фігур. Час експозиції перших двох карток – 5 сек, інших – 10 сек. Потім обстежуваний повинен відтворити намальовані на картці фігури по пам'яті.

Оцінка відповідей проводиться за кількісним та якісним показникам. *Кількісна оцінка відповіді* нескладна, правильне репродукування оцінюється в 1 бал, неправильне - в 0 балів. Більш важливим виявляється *якісний аналіз*. Бентоном складена спеціальна таблиця можливих помилкових репродукцій кожної картинки-образу. При цьому розрізняються помилки, що спостерігаються у здорових людей, і помилки, типові для органічної церебральної патології.

Виявлено, що наявність однієї «органічної» помилки можливо і у психічно здорових людей. Це може бути пояснено фактором перевтомлення. Наявність двох «органічних» помилок представляє велику рідкість навіть у дуже старих обстежуваних психічно здорових.

Для дослідження особливості короткочасної слухової пам'яті застосовувалася **проба на запам'ятовування 10 слів**. Вперше методика була запропонована О.Р.Лурія. Випробуваному для запам'ятовування на слух пропонується набір з 10 не пов'язаних один з одним за змістом слів (наприклад, будинок, вода, ліс, вікно, мед, брат, стілець, гриб, кінь, голка). Завдання випробуваного: якнайкраще запам'ятати ці слова і відтворити більш повно в будь-якому порядку.

Найчастіше здорові люди відтворюють 9-10 слів після 3-4 повторень. Вони не дублюють стимульні слова і не продукують додаткових слів.

Таблиці Шульте. Методика застосовується для дослідження темпу сенсомоторних реакцій і особливостей уваги. Дослідження проводиться за допомогою спеціальних таблиць (всього їх 5), на яких у випадковому порядку розташовані числа від 1 до 25. Випробуваному необхідно відшукувати числа по порядку, кожне показати указкою і назвати вголос. Секундоміром відзначається час, витрачений на кожну таблицю. Результати рекомендується зобразити графічно у вигляді «кривої працездатності».

Зазвичай здорові обстежувані ведуть пошук чисел в таблицях рівномірно. Іноді у них навіть спостерігається прискорення темпу в наступних таблицях. Якщо пошук ведеться нерівномірно, то слід уточнити характер цього явища: що це: ознака підвищеного виснаження або запізнілої впрацьованості.

Варіанти «кривої виснаження»:

- при гіперастенічному варіанті астенії крива характеризується високим початковим рівнем, різким його спадом і тенденцією повернення до вихідних показників.

- при гіпостенічній формі астенії крива виснаження відрізняється невисоким вихідним рівнем і поступовим і неухильним зниженням показників, без помітних їх коливань у бік поліпшення. Тобто, відзначається зниження темпу і якості виконання завдання з часом, особливо при тривалому інтелектуальному навантаженні.

У прогностичному відношенні гіперстенична форма астенії більш сприятлива, ніж гіпостенична. Виявлення у одного і того ж хворого зміни гіперстеничної форми кривої на гіпостенічну може розглядатися як ознака прогресивності захворювання, і зокрема, сприяє диференціюванню атеросклеротичної астенії від соматогенних і психогенних астенічних станів, які спостерігаються у літньому віці.

Розумова працездатність може бути також порушена внаслідок швидкого "пересичення", явища, близького по своєму прояву до виснажуваності, але все таки воно має іншу психологічну характеристику. Поняття це введене К. Левіном для позначення стану, коли у людини вичерпується потреба до продовження початої дії, тоді як умови примушують її цим займатися.