

МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ

Харківський національний університет внутрішніх справ

Навчально-науковий інститут № 3

Кафедра психології, соціології та педагогіки

**МЕТОДИЧНІ МАТЕРІАЛИ ДО СЕМІНАРСЬКИХ ТА ПРАКТИЧНИХ
ЗАНЯТЬ**

навчальної дисципліни «**Клінічна психологія**» обов'язкових компонент
освітньої програми першого рівня вищої освіти
за спеціальністю **053 Психологія (психолог ювенальної превенції)**

Вінниця 2024

ЗАТВЕРДЖЕНО

Науково-методичною радою
Харківського національного
університету внутрішніх справ
Протокол від 14.08.2024 № 8

СХВАЛЕНО

Вченою радою ННІ № 3
Протокол від 09.08.2024 № 8

ПОГОДЖЕНО

Секцією науково-методичної ради
з гуманітарних та соціально-
економічних дисциплін ХНУВС
Протокол від 13.08.2024 № 7

Розглянуто на засіданні кафедри педагогіки та психології
(протокол від 08.07.2024 № 13)

Розробники:

професор кафедри педагогіки та психології, кандидат психологічних наук,
доцент Харченко С.В.

Рецензенти:

1. начальник кафедри психології та педагогіки гуманітарного факультету
НАНГУ, кандидат психологічних наук, доцент С.О. Ларіонов.
2. доцент кафедри педагогіки та психології факультету 3 ХНУВС, кандидат
психологічних наук, доцент Доценко В.В.

**1. Розподіл часу навчальної дисципліни за темами
(денна форма навчання)**

Номер та найменування теми	Кількість годин відведених на вивчення навчальної дисципліни						Вид контролю
	Всього	з них:					
		Лекції	Семінарські	Практичні заняття	Лабораторні заняття	Самостійна робота	
Семестр № 7							
Тема № 1: Клінічна психологія як галузь психологічної науки	12	4	4	-	-	8	Екзамен
Тема № 2: Психічне здоров'я та психічна хвороба.	12	2	2	-	-	4	
Тема № 3: Розлади функціонування пізнавальних процесів та інтелекту при нервово-психічних захворюваннях	18	6	2	4	-	12	
Тема № 4: Розлади свідомості, самосвідомості та особистості при нервово-психічних захворюваннях.	14	6	4	2		12	
Тема № 5: Викривлення психічного розвитку у дітей.	18	6	4	2	-	12	
Тема № 6: Розлади психіки в похилому віці	20	2	2	-	-	8	
Тема № 7: Психологія соматичного хворого	14	4	2	2	-	4	
Всього за семестр № 7:	120	30	20	10	-	60	

2. Методичні вказівки до семінарських занять

Тема № 1: Клінічна психологія як галузь психологічної науки

Семінарське заняття 1. Клінічна психологія як галузь психологічної науки.

Навчальна мета заняття: закріпити й поглибити розуміння здобувачів вищої освіти про клінічну психологію як галузь психології.

Кількість години: 2 години.

Навчальні питання:

1. Історія становлення клінічної психології.
2. Клінічна психологія як галузь психологічної науки.

Методичні вказівки:

1. Історія становлення клінічної психології.

Здобувачам вищої освіти варто визначити основні джерела становлення клінічної психології як галузі психології.

Здобувачам вищої освіти повинно бути очевидним, що подальший розвиток багатьох розділів сучасної медицини: вчення про психогенні і психосоматичні захворювання, психотерапію і реабілітацію, психогігієни і психопрофілактики навряд чи було можливо без психологічної науки, що бере участь в розробці їх теоретичних основ

2. Клінічна психологія як галузь психологічної науки.

Здобувачам вищої освіти повинні розуміти, що клінічна психологія - галузь психологічної науки, спрямована на рішення теоретичних і практичних завдань, пов'язаних з попередженням захворювань, діагностикою хвороб і патологічних станів, психокорекційними формами впливу на процес одужання, з вирішенням різних експертних питань, з соціальною і трудовою реабілітацією хворих людей, що клінічна психологія - це прикладна галузь, вона відноситься до міждисциплінарної області досліджень і одночасно виступає як в ролі медичної, так в ролі психологічної науки.

Здобувачам вищої освіти повинні проаналізувати основні завдання клінічної психології як науки :

- вивчення психічних чинників, що впливають на розвиток хвороб, їх профілактику і лікування;
- вивчення впливу тих або інших хвороб на психіку;
- вивчення різних проявів психіки в динаміці хвороби;
- вивчення порушень розвитку психіки у дітей;
- розробка принципів і методів психологічного дослідження в клініці;
- створення і вивчення психологічних методів впливу на психіку людини з лікувальною і профілактичною метою тощо.

При розгляді цього питання доцільно обговорити заздалегідь підготовлений реферат на тему «Перспективи розвитку клінічної психології».

Література

1. Колосович, О.С. Основи клінічної та патопсихології : навч. посіб. Львів : ЛьвДУВС, 2020.
2. Медична психологія / Максименко С.Д., Цехмістер Я.В., Коваль І. А., Максименко К. С.; за заг. ред. С. Д. Максименка. Київ, 2014.
3. Никоненко Ю.П. Клінічна психологія : навч. посіб. Київ : КНТ, 2016.

Тема № 1: Клінічна психологія як галузь психологічної науки

Семінарське заняття 2. Галузі клінічної психології.

Навчальна мета заняття: закріпити й поглибити розуміння здобувачів вищої освіти про клінічну психологію як галузь психології.

Час проведення: 2 години

Навчальні питання:

1. Патопсихологія як галузь клінічної психології.
2. Нейропсихологія як галузь клінічної психології.
3. Соматопсихологія як галузь клінічної психології.

Методичні вказівки:

1. Патопсихологія як галузь клінічної психології.

Здобувачам вищої освіти варто визначити, що предметом патопсихології є психологічна структура розладів психіки у хворих з різними формами нервово-психічних захворювань, закономірності її розпаду в їх зіставленні з нормою.

Структура патопсихологічного синдрому :

- мотивація хворого (широта або вузькість мотиваційної сфери; усвідомлення мотивів; стійкість мотивації; збереження функцій мотивів та ін.),
- міра підконтрольності, цілеспрямованості психічної діяльності людини, критичність до наявних у неї розладів,
- характер емоційної регуляції,
- операційна оснащеність психічної діяльності.

Класифікація патопсихологічних синдромів (за В. М. Блейхер):

- шизофренічний;
- афективно-ендогенний (у клініці йому відповідає МДП і функціональні афективні психози пізнього віку);
- олігофренічний;
- екзогенно-органічний (у клініці йому відповідають екзогенно-органічні зміни ураження головного мозку - церебральний атеросклероз, наслідки ЧМТ, токсикоманії тощо);
- ендогенно-органічний (істинна епілепсія, первинні атрофічні процеси в головному мозку);
- особистісно-аномальний (психопатії, психогенні реакції на аномальному ґрунті);
- психогенно-психотичний (реактивні психози);
- психогенно-невротичні (неврози і невротичні реакції).

При розгляді цього питання доцільно обговорити заздалегідь підготовлений реферати на тему «Значення праць Л.С. Виготського для

розвитку патопсихології», «Значення праць Б.В. Зейгарник, С.Я. Рубінштейна, Ю.Ф. Полякова для розвитку патопсихології».

2. Нейропсихологія як галузь клінічної психології.

Здобувачам вищої освіти варто визначити, що предметом нейропсихології - психологічні закономірності і психологічна структура розладів психічних функцій з урахуванням їх мозкової організації.

Нейропсихологія — виникла в нашій країні на стику психології, неврології і нейрохірургії. Перші роботи з'явилися в 20-х роках ХХ в, основні — в 30-х рр. ХХ ст. Основоположник нейропсихології — Олександр Романович Лурія.

Існують так звані локальні ураження головного мозку (ЛПМ) : пухлини, кісти, інсульти. Завдання: раніше виявлення таких хвороб.

Лурія О.Р. почав шукати психологічні критерії ЛПМ через оцінку стану психічних функцій хворого. Оскільки на тому або іншому етапі розвитку патологічного процесу починають страждати психічні функції, то, знаючи, як в нормі представлена мозкова організація психічних функцій, можна на підставі даних психологічного дослідження хворого оцінити, які у нього є відхилення від нормальної організації і тим самим оцінити функціональний стан різних структур мозку.

При розгляді цього питання доцільно обговорити заздалегідь підготовлений реферат на тему «Значення праць О.Р. Лурія для розвитку нейропсихології».

3. Соматопсихологія як галузь клінічної психології.

Цей напрям виділився приблизно в 50-х роках ХХ ст. і пов'язано з роботою психолога з соматичними хворими, передусім з тими, хто має хронічні поточні соматичні захворювання, які змінюють життєдіяльність хворої людини, ведуть до інвалідизації.

Здобувачам вищої освіти варто визначити, що предметом

соматопсихології - психологічна структура порушень психіки при соматичних захворюваннях.

При розгляді цього питання доцільно обговорити заздалегідь підготовлений реферати на тему «Психологічні чинники ризику та антиризиків розвитку основних психосоматичних захворювань (на прикладі серцево-судинних)» та «Поведінкові типи А та В».

Література

1. Колосович, О.С. Основи клінічної та патопсихології : навч. посіб. Львів : ЛьвДУВС, 2020.
2. Медична психологія / Максименко С.Д., Цехмістер Я.В., Коваль І. А., Максименко К. С.; за заг. ред. С. Д. Максименка. Київ, 2014.
3. Никоненко Ю.П. Клінічна психологія : навч. посіб. Київ : КНТ, 2016.

Тема № 2: Психічне здоров'я та психічна хвороба.

Семінарське заняття Психічне здоров'я та психічна хвороба.

Навчальна мета заняття: закріпити й поглибити розуміння здобувачів вищої освіти про психічне здоров'я та психічну хворобу.

Час проведення: 2 години

Навчальні питання:

1. Психологічне здоров'я: основні підходи до поняття здоров'я, психічного здоров'я.
2. Критерії психічного здоров'я. Поняття та причини хвороби.
3. Класифікації хвороб. МКХ-10, МКХ-11, DSM-IV.

Методичні вказівки:

1. Психологічне здоров'я: основні підходи до поняття здоров'я, психічного здоров'я.

Здобувачі вищої освіти повинні показати, що здоров'я – це нормальний стан організму, який характеризується оптимальною саморегуляцією,

повною узгодженістю при функціонуванні всіх органів та систем, рівновагою поміж організмом та зовнішнім середовищем при відсутності хворобливих проявів.

При розгляді цього питання доцільно обговорити заздалегідь підготовлені реферати на тему «Психологічне здоров'я: поняття, історія поглядів», «Основні підходи до поняття здоров'я, психічного здоров'я».

Здобувачі вищої освіти повинні знати три рівні опису цінності “здоров'я”:

1) біологічний – початкове здоров'я передбачає досконалість саморегуляції організму, гармонію фізіологічних процесів як наслідок максимуму адаптації;

2) соціальний – здоров'я є мірою соціальної активності, діяльності відношення людського індивіда до світу;

3) особливий психологічний – здоров'я є відсутність хвороби, але швидше заперечення її у значенні подолання (здоров'я – не тільки стан організму, але й стратегія життя людини).

2. Критерії психічного здоров'я. Поняття та причини хвороби.

Здобувачі вищої освіти повинні знати основні критерії психічного здоров'я:

- відповідність суб'єктивних образів відбиваним об'єктам дійсності, характеру реакцій — зовнішнім подразниками, значенню життєвих подій;
- адекватний віку рівень зрілості емоційно-вольової і пізнавальної сфер особи;
- адаптивність в мікросоціальних стосунках;
- здатність до самоврядування поведінкою, розумному плануванню життєвих цілей підтримці активності в їх досягненні та ін.

Курсантам необхідно сформулювати гіпотезу Братуса Б. С. про рівні психічного здоров'я:

1. *Вищий рівень* - *особового здоров'я* (особистісно-сенсовий).

Визначається якістю смислових стосунків людини. Цей рівень відповідальний за виробництво смислових орієнтацій, визначення загального сенсу і призначення свого життя, ставлення до інших людей і до себе.

Проте, смислові орієнтації не можуть самі по собі забезпечити привласнення людської суті. Вони лише визначають ті або інші стійкі стосунки до неї. Для реалізації, опредмечування цих стосунків потрібна відповідно організована активність людини, її діяльність, яка несе на собі відбиток індивідуальних особливостей людини, її характерологічних рис і властивостей і що становить 2-й рівень.

2. Рівень індивідуально-психологічного здоров'я, оцінка якого залежить від здібностей людини побудувати адекватні способи реалізації смислових спрямувань. Це індивідуально-виконавський рівень, рівень реалізації.

3. Рівень психофізіологічного здоров'я, визначається особливостями внутрішньої мозкової, нейрофізіологічної організації актів психічної діяльності.

При розгляді цього питання доцільно обговорити заздалегідь підготовлений реферати на тему «Критерії психічного здоров'я» та «Ятрогенії та агравації».

4. Класифікації хвороб. МКХ-10, МКХ-11, DSM-IV.

Здобувачі вищої освіти повинні знати, що міжнародна статистична класифікація хвороб та проблем, пов'язаних зі здоров'ям (англ. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) — документ, який використовується як провідна статистична та класифікаційна основа в системі Охорони здоров'я. Періодично (раз в десять років) переглядається під керівництвом ВООЗ. МКХ є нормативним документом, що забезпечує єдність методичних підходів та міжнародну верифікацію матеріалів.

Метою МКХ є створення умов для систематизованої реєстрації, аналізу, інтерпретації та порівняння даних про смертність та захворюваність,

отриманих в різних країнах або регіонах та в різний час. МКХ використовується для перетворення словесного формулювання діагнозів хвороб та інших проблем, пов'язаних зі здоров'ям, у коди, які забезпечують зручність збереження, збору та аналізу даних.

DSM — це керівництво з діагностики і статистики, довідники, розроблені Американською психіатричною асоціацією. Вони містять реєстри і опис психіатричних діагнозів, аналогічні керівництвом міжнародної класифікації хвороб (ICD).

DSM змінювалися по мірі змін переважаючих концепцій психічних розладів. DSM-IV складається з 5 осей.

Література

1. Закон України про психіатричну допомогу. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1489-14#Text>
2. Галецька І., Сосновський Т. Психологія здоров'я: теорія та практика. Львів: Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2016.
3. Ільїна Н.М. Клінічна психологія: навчальний посібник. Суми: Університетська книга, 2020.
4. Клінічна психологія : словник-довідник / авт.-уклад. С.В. Діденко. Київ : Академвидав, 2012.
5. Морозов О.М. Патопсихологічний аналіз особистості в правоохоронній практиці : монографія. Київ: Атіка, 2019.
6. Никоненко Ю.П. Клінічна психологія : навч. посіб. Київ : КНТ, 2016.

Тема № 3: Розлади функціонування пізнавальних процесів та мовлення при нервово-психічних захворюваннях.

Семінарське заняття 1. Розлади почуттєвого пізнання та мовлення при нервово-психічних захворюваннях

Навчальна мета заняття: закріпити й поглибити розуміння здобувачів вищої освіти про розлади почуттєвого пізнання та мовлення при нервово-психічних

захворюваннях

Час проведення: 2 години

Навчальні питання:

1. Розлади відчуттів при локальних поразках головного мозку.
2. Розлади сприйняття при локальних поразках головного мозку.
3. Розлади мовлення при локальних поразках головного мозку.

Методичні вказівки:

1. Розлади відчуттів при локальних поразках головного мозку.

Здобувачам вищої освіти повинно бути зрозуміло, що розлади відчуттів є основою багатьох симптомів і синдромів різноманітних хвороб. Вони можуть мати усвідомлюваний і неусвідомлюваний характер і впливати на особливості пред'явлення пацієнтом скарг на стан власного здоров'я, що істотним чином відбивається на процесах діагностики і лікування.

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

- гіпергстезія — підвищення сприйнятливості реальних роздратувань, при цьому поріг чутливості знижується. Наприклад, стук машинки, що пише, приголомшує хворого, свічка, що горить, сліпить очі.
- гіпестезія (гіпостезія) - пониження сприйнятливості подразника при підвищенні порогу чутливості.
- якщо аналізатор не здатний відповідати на подразнення, то це носить назву анестезії.

2. Розлади сприйняття при локальних поразках головного мозку.

Здобувачі вищої освіти мають знати, що в клініці психічних захворювань найчастіше з розладів сприйняття зустрічаються ілюзії і галюцинації.

Здобувачам вищої освіти необхідно описати особливості галюцинацій:

1. Хворі відносяться до галюцінаторним образів як до реально

сприйманих об'єктів. Поведінка хворих часто визначається цими неправдивими сприйняттями. Нерідко хворі заперечують наявність галюцинацій, але їх поведінка свідчить про зворотну. Наприклад: розмовляючи з лікарем, хворою говорить голосу: «не заважай, бачиш, я зайнятий». Інший прогання «мишей», які нібито повзають по його рукаву (біла лихоманка).

2. Хворі не можуть відрізнити галюцінаторні образи від образів реально сприйманих об'єктів. І те, і інше для них є реальність.

3. Галюцінаторний образ проектується зовні (хворий може точно вказати його місцезнаходження: справа, перед вікном).

4. Галюцінаторний образ виникає мимоволі і позбавлений підконтрольності. Тобто хворий не може його викликати за допомогою вольових зусиль, не може від нього позбавитися, галюцинації виникають окрім його бажань, вольових зусиль. Хворого неможливо переконати в тому, що галюцінаторного образу не існує, він тільки дивуватиметься. Цей хворобливий симптом проходить лише з поліпшенням загального стану.

Здобувачі вищої освіти мають орієнтуватися в наступних формах зорових агнозій:

1. Предметна агнозія - хворий правильно оцінює окремі елементи об'єкту (його зображення), але не може зрозуміти його сенсу в цілому. Пов'язана з поразкою нижньої частини «широкої зорової сфери».

2. Оптико-просторова агнозія пов'язана переважно з поразкою верхньої частини «широкої зорової сфери». У хворих втрачається можливість орієнтації в просторових ознаках довкілля і зображень об'єктів.

3. Буквена агнозія проявляється тим, що хворі, абсолютно правильно копіюючи букви, не можуть їх назвати. У них розпадається навичка читання. Зустрічається при поразці лівої півкулі мозку (у правшій) - нижній частині «широкої зорової сфери».

4. Колірна агнозія - хворий розрізняє кольори, але не знає, які предмети забарвлені в цей колір, не може згадати колір знайомих предметів, тобто

порушена категоризація колірних відчуттів

5. Симультанна агнозія проявляється в тому, що хворий одночасно не може сприймати двох зображень, не може сприйняти ціле, а бачить тільки його частини. Причиною цієї форми агнозії є кіркових зорових клітин.

6. Лицьова агнозія проявляється в тому, що у хворого втрачається здатність розпізнавати реальних осіб або їх зображення (на фотографіях, малюнках). Такі хворі упізнають людей тільки по голосу. Лицьова агнозія пов'язана з поразкою задніх відділів правої півкулі (у правшій), більшою мірою - нижніх відділів «широкої зорової сфери».

Література

1. Галецька І. Клініко-психологічне дослідження: навч. посібник. Львів : ЛНУ імені Івана Франка, 2015.
2. Ільїна Н.М. Клінічна психологія: навчальний посібник. Суми: Університетська книга, 2020.
3. Клінічна психологія : словник-довідник / авт.-уклад. С.В. Діденко. Київ : Академвидав, 2012.
4. Никоненко Ю.П. Клінічна психологія : навч. посіб. Київ : КНТ, 2016.

Тема № 3: Розлади функціонування пізнавальних процесів та мовлення при нервово-психічних захворюваннях

Семінарське заняття 2. Розлади мислення та пам'яті при нервово-психічних захворюваннях.

Навчальна мета заняття: закріпити й поглибити розуміння здобувачів вищої освіти про розлади мислення та пам'яті при нервово-психічних захворюваннях.

Час проведення: 2 години

Навчальні питання:

1. Розлади пам'яті при нервово-психічних захворюваннях:

класифікації, основні закономірності

2. Розлади уваги при нервово-психічних захворюваннях.

Методичні вказівки:

1. Розлади пам'яті та уваги при нервово-психічних захворюваннях:
класифікації, основні закономірності

Здобувачі вищої освіти мають знати, що в рамках нейропсихологічної класифікації розладів пам'яті діляться за модальностями на:

- модально-специфічні розлади;
- модально-неспецифічні розлади.

Здобувачі вищої освіти мають знати, що в рамках патопсихологічної класифікації лежить принцип оцінки стану окремих функцій, процесів, параметрів пам'яті (об'єму, міцності, стійкості). У рамках цієї класифікації виділяються:

- розлади довільної і мимовільної пам'яті;
- розлад короткочасної, довготривалої і оперативної пам'яті;
- розлад процесів пам'яті : запам'ятовування і відтворення;
- розлад конкретних мнестичних функцій: об'єму запам'ятовування, зниження міцності запам'ятовування;
- підвищена нестійкість слідів пам'яті в умовах гетерогенної і гомогенної інтерференції (веде до порушення міцності довготривалої пам'яті);
- розлад опосередкованої і безпосередньої пам'яті;
- розлад динамічного компонента пам'яті
- розлад пам'яті як мнемічної діяльності. В даному випадку страждає особистивно-мотиваційний компонент мнемічної функції (зниження спонукання) і мають місце так звані псевдомнемічні розлади (у експерименті виглядають як розлад запам'ятовування і відтворення, але виявляється, що функції об'єму, міцності запам'ятовування збережені).

Можуть спостерігатися різні поєднання вказаних в цій класифікації

порушень. В цілому картина порушень утворює:

- дисмнестичний синдром, коли є або ознаки зниження пам'яті (гіпомнезія) або ознаки посилення пам'яті (гіпермнезія);
- амнестичний синдром, який проявляється відсутністю пам'яті (амнезія).

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

- *антероградну амнезію* (гіпомнезію, гіпермнезію) — розлад пам'яті на події *після початку* захворювання.
- *ретроградну амнезію* (гіпомнезію, гіпермнезію) - розлад пам'яті на події *до початку* захворювання.

Провали пам'яті можуть заповнюватися:

- неіснуючими подіями - це так звані *конфабуляції*;
- подіями, які мали місце, але вони спотворені (*псевдоремінісценції*).

Конфабуляції і псевдоремінісценції відносяться до *парамнезій*.

У разі, якщо розлади пам'яті мають прогресуючу течію, запаси пам'яті виснажуються від сьогодення до минулого (*закон Рібо*).

Розлади пам'яті спостерігаються при багатьох нервово-психічних захворюваннях різного ступеня тяжкості. Усі варіанти ураження головного мозку, як правило, супроводжуються тією або іншою мірою розлади пам'яті (починаючи від пухлин і закінчуючи травмами, інфекціями).

2. Розлади уваги при нервово-психічних захворюваннях.

Здобувачі вищої освіти мають усвідомлювати, що розлади уваги зазвичай спостерігаються при психогенному і соматогених обумовлених астеничних станах, дуже своєрідно проявляються при ряду локальних уражень головного мозку, деяких психічних захворюваннях.

Розлади уваги розглядаються в контексті розладів розумової працездатності. При цьому мається на увазі, що нерідко основним чинником, що визначає зниження у хворих працездатності, у тому числі розумовою, являється звуження обсягу уваги.

Література

1. Галецька І. Клініко-психологічне дослідження: навч. посібник. Львів : ЛНУ імені Івана Франка, 2015.
2. Ільїна Н.М. Клінічна психологія: навчальний посібник. Суми: Університетська книга, 2020.
3. Клінічна психологія : словник-довідник / авт.-уклад. С.В. Діденко. Київ : Академвидав, 2012.
4. Никоненко Ю.П. Клінічна психологія : навч. посіб. Київ : КНТ, 2016.

Тема № 3: Розлади функціонування пізнавальних процесів та мовлення при нервово-психічних захворюваннях

Семінарське заняття 3. Розлади мислення при нервово-психічних захворюваннях.

Навчальна мета заняття: закріпити й поглибити розуміння здобувачів вищої освіти про розлади мислення при нервово-психічних захворюваннях.

Час проведення: 2 години

Навчальні питання:

1. Розлад операційного боку мислення.
2. Розлад динамічного боку мислення.
3. Розлад мотиваційного (особистісного) компонента мислення.

Здобувачі вищої освіти мають розуміти, що розлади мислення, так само як і пам'яті, дуже часто зустрічаються при психічних розладах. Ці розлади носять різноманітний характер. Їх важко укласти в яку - або класифікацію. Нині найбільш прийнятною в практичному і теоретичному плані є класифікація Б.В. Зейгарник, в якій виділяють 3 компоненти мислення :

- операційний;
- динамічний;
- особовий (мотиваційний).

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

1. Розлад операційного боку мислення.

Це розлади розумових операцій. Оскільки вони взаємозв'язані, а операція узагальнення є наслідком і аналізу, і синтезу, і відвернення, то цей компонент мислення розглядається з точки зору розладу операції узагальнення.

Б.В. Зейгарник виділила 2 варіанти розладів операційної сторони :

- зниження рівня узагальнення;
- спотворення процесу узагальнення.

Зниження рівня узагальнення - проявляється у використанні при узагальненні конкретних, наочно-образних, наочно-дієвих, ситуативних ознак предметів і явищ замість абстрактних. Наприклад, хворий виключає ліжку, об'єднуючи в одну групу стіл, стілець, чашку за ситуативною ознакою, пов'язаною із вживанням убогі (а не по абстрактному - меблі).

Зниження рівня узагальнення спостерігається при широкому спектрі патологічних станів:

- зниження рівня узагальнення - обов'язкова ознака недоумства (будь-яких його форм);
- у осіб з різними формами ураження ЦНС (інфекції, травми, пухлини)
- при епілепсії (на початку захворювання зниження рівня узагальнення носить легкий характер, але у міру прогресу епілепсії вираженість зниження рівня узагальнення зростатиме)
- при астеничних станах і затяжних невротичних розладах - носить не глибокий, тимчасовий характер.

2. Спотворення процесу узагальнення - зустрічається рідше, це антипод зниженню рівня узагальнення. Спотворення полягає в тому, що при

узагальненні використовуються латентні, малопомітні, далекі, несуттєві, випадкові ознаки предметів і явищ.

2. Розлад динамічного боку мислення.

Це розлад мислення як розумового процесу. Проявляється в 2 формах:

- інертність мислення;
- лабільність мислення.

Розлад мислення за типом інертності проявляється в поганому перемиканні, в'язкості розумових процесів, які поєднуються з деталізацією і усебічністю. Хворі не можуть міняти обраного способу своєї роботи, змінювати хід своїх суджень, перемикатися з одного виду діяльності на інший.

Інертність зустрічається часто і займає друге місце після зниження рівня узагальнення. Найвиразніший прояв інертності дають хворі епілепсією.

Лабільність мислення - антипод інертності. Проявляється в полегшеному, прискореному утворенні асоціацій, перемиканні з одного судження на інше. Ця легкість і швидкість така, що знижують продуктивність розумової діяльності.

Хворі дуже виразні, хапаються за багато справ, але не доводять їх до кінця. Скачка ідей (словесна окрошка) поєднується з підвищеним фоном настрою, балакучістю.

Лабільність виявляється легко (у бесіді). Зустрічається при маніакальних і гіпоманіакальних станах.

3. Розлад мотиваційного (особистісного) компонента мислення.

Не існує мислення відірваного від потреб, мотивів, прагнень, установок людини, від особистості в цілому.

Б.В.Зейгарник виділила два варіанти розладів цього компонента :

- резонерствування;
- різноплановість.

Резонерствування - це безплідне мудрування з відтінком повчальництва. Зустрічається часто при самих різних патологічних станах (при органічних ураженнях головного мозку; епілепсії; шизофренія) і навіть в нормі.

Різноплановість - це розлад мислення проявляється в тому, що судження хворих про яке або предмети, явищі, події протікає паралельно в одне і теж час як би в різних планах, напрямках (не послідовно, а паралельно). У нормі майже не зустрічається.

Література:

1. Галецька І. Клініко-психологічне дослідження: навч. посібник. Львів : ЛНУ імені Івана Франка, 2015.
2. Ільїна Н.М. Клінічна психологія: навчальний посібник. Суми: Університетська книга, 2020.
3. Клінічна психологія : словник-довідник / авт.-уклад. С.В. Діденко. Київ : Академвидав, 2012.
4. Никоненко Ю.П. Клінічна психологія : навч. посіб. Київ : КНТ, 2016.

Тема № 4: Розлади свідомості, самосвідомості та особистості при нервово-психічних захворюваннях

Семінарське заняття 1. Розлади емоційної, мотиваційної сфери та самосвідомості при нервово-психічних захворюваннях.

Навчальна мета заняття: закріпити й поглибити розуміння здобувачів вищої освіти про розлади емоційної, мотиваційної сфери при нервово-психічних захворюваннях.

Час проведення: 2 години

Навчальні питання:

1. Розлади емоційної сфери нервово-психічних захворюваннях.
2. Розлади мотиваційної сфери при нервово-психічних захворюваннях.
3. Внутрішня картина хвороби при нервово-психічних захворюваннях.

Методичні вказівки:

1. Розлади емоційної сфери нервово-психічних захворюваннях.

Здобувачам вищої освіти повинно бути зрозуміло, що розлади емоцій зустрічаються при багатьох нервово-психічних розладах і досить різноманітні, їх важко укласти в яку-небудь класифікацію. Умовно виділяють наступні групи розлади емоцій і почуттів :

1. Патологічне посилення емоцій (ейфорія і депресія);
2. Патологічне послаблення емоцій (параліч емоцій, апатія, емоційне сплющення і емоційна тупість);
3. Розлад рухливості емоцій (емоційна лабільність, інертність, емоційна слабкість);
4. Неадекватність емоцій (власне неадекватність, патологічна амбівалентність, патологічна тривога і страх, патологічний афект тощо).

2. Розлади мотиваційної сфери при нервово-психічних захворюваннях.

Здобувачі вищої освіти мають знати, що при будь-якому нервово-психічному захворюванні формується різна по структурі і мірі тяжкості розладів потребово-мотиваційної сфери (при шизофренії, психопатіях, неврозах тощо). Потребово-мотиваційна сфера є дуже чутливою і будь-які зміни в цій сфері викликають ланцюгову реакцію в інших особових структурах (самооцінки, рівня домагань, самоконтролю, стосунків особистості тощо).

Б.Ф. Зейгарник виділяє наступні основні варіанти розладів потребово-мотиваційної сфери :

1. Розлади ієрархії потребностно-мотивационной сфери;
2. Формування нової патологічної потреби;
3. Розлади функцій сенсоутворення та спонукання.

Зниження спонукальної функції може мати:

- стійкі форми;
- скороминущі, пов'язані не стільки з мотиваційною сферою, скільки з

енергетичним забезпеченням психічної діяльності (при астенічних станах).

На відміну від зниження спонукальної функції, розлад процесу сенсоутворення стійкі.

3. Внутрішня картина хвороби при нервово-психічних захворюваннях.

Внутрішня картина хвороби - це складне багаторівневе психологічне новоутворення в самосвідомості хворої людини, в якій фіксується усі стосунки людини до захворювання. Внутрішня картина хвороби буває тільки у хворої людини і виникає на коком-то етапі хвороби.

Внутрішня картина хвороби включає чотири основні рівні відображення хвороби :

1. чуттєвий або сенситивний;
2. логічний або когнітивний;
3. емоційний;
4. мотиваційний.

Література

1. Галецька І. Клініко-психологічне дослідження: навч. посібник. Львів : ЛНУ імені Івана Франка, 2015.
2. Ільїна Н.М. Клінічна психологія: навчальний посібник. Суми: Університетська книга, 2020.
3. Клінічна психологія : словник-довідник / авт.-уклад. С.В. Діденко. Київ : Академвидав, 2012.
4. Никоненко Ю.П. Клінічна психологія : навч. посіб. Київ : КНТ, 2016.

Тема № 4: Розлади свідомості, самосвідомості та особистості при нервово-психічних захворюваннях

Семінарське заняття 2. Розлади свідомості при нервово-психічних захворюваннях.

Навчальна мета заняття: закріпити й поглибити розуміння здобувачів вищої освіти про розлади свідомості та особистості при нервово-психічних захворюваннях

Час проведення: 2 години

1. Критерії діагностики розладів свідомості.
2. Розлади свідомості за типом «виключення».
3. Загальна характеристика розладів свідомості за типом «потьмарення».

Методичні вказівки:

1. Критерії діагностики розладів свідомості.

Здобувачі вищої освіти повинні з'ясувати, що розлади свідомості при психічних розладах зустрічаються досить часто. Свідомість в клінічній психології розуміється як деякий фон, на якому протікають, розгортаються інші психічні процеси. К. Ясперс запропонував 4 критерії:

- розлади орієнтування в місці, часі, ситуації, власній особі (хворий не знає, де знаходиться, скільки йому років, яка пора року та ін.);
- розлади сприйняття навколишньої дійсності (неповне, фрагментарне, помилкове та ін.);
- розлади мислення різної міри;
- розлади пам'яті (у хворих завжди є повна або часткова амнезія на період розладу свідомості);

Про розлади свідомості говорять, коли є присутніми усі 4 критерії. Сучасні автори в якості критерію порушеної свідомості виділяють також емоційно-рухові розлади. Конкретні форми розлади свідомості.

У клінічній практиці розрізняють дві великі групи розладів свідомості:

- за типом виключення (оглушення);
- за типом затьмарення (делірій, онейроїд, сутінки, аменція тощо.). При їх відсутності, але наявності яких-небудь інших психопатологічних симптомів говорять про непорушену свідомість.

2. Розлади свідомості за типом «виключення».

Здобувачі вищої освіти мають описати оглушення - найчастіший варіант розлад свідомості. Характеризується підвищенням порогів чутливості усіх аналізаторів, уповільненням асоціативних процесів, руховою загальмованістю, гіпомімеєю, збідненням емоційних реакцій, є труднощі осмислення складних інструкцій, ситуації в цілому. Хворі нерухомі, непомітні, справляють враження як би сонних. Ніколи не буває марення і галюцинацій.

Ці стани бувають від декількох хвилин до годин і днів (рідше - тижнів, місяців). Спостерігаються у осіб з органічним ураженням головного мозку - особливо при пухлинах мозку або осередкових поразках (кіста), після черепномозкової травми, часто бувають у хворих епілепсією після великих епілептичних нападів, малі напади епілепсії можуть протікати з оглушенням. Орієнтування в тому, що оточує неповне або відсутній.

Розрізняють 3 ступеня оглушення:

Сомнолентність – слабкий ступінь оглушення: хворий сонливий, загальмований, орієнтація неповна, тим не менш, химерності в поведінці не спостерігається, при звертанні до нього хворий відповідає загальмовано, іноді, щоб отримати словесну реакцію, необхідно говорити голосніше або неодноразово повторювати питання.

Сопор – перехідний стан від оглушення до коми: хворий лежить, на оточуюче не реагує, як спонтанне, так і у відповідь мовлення відсутнє. Реакція зіниць на світло, корнеальні, кон'юнктивальні і сухожилкові рефлекси послаблені, патологічних рефлексів немає. При больових подразниках – короткочасна реакція (вираз болю, відсмикування руки). Після виходу із сопору на цей період настає повна амнезія.

Кома – повне виключення свідомості: усі види реакцій, а також фізіологічні рефлекси відсутні (іноді – і ковтальний і корнеальний), функціонують лише життєвоважливі центри – дихальний та серцево-судинний.

3. Загальна характеристика розладів свідомості за типом «потьмарення».

Здобувачі вищої освіти повинні описати делірій, який за частотою зустрічі займає друге місце після оглушення. Класичний приклад - біла лихоманка (алкогольний психоз). Характеризується:

- розлад орієнтування: помилкове орієнтування в місці, часі, ситуації, собі;
- вираженими галюціаторними переживаннями; можуть бути маячні ідеї;
- психомоторним збудженням.

Деліріозний розлад свідомості це екзогенний розлад свідомості, який має місце при різних порушеннях інтоксикацій нервової системи (у токсикоманів), при інфекційних захворюваннях (менінгіт, енцефаліт, інфекційні психози).

Особливість делірію : орієнтування у своєму "Я" порушене, але менше, ніж в оглушенні, в основному хворі дезорієнтовані в тому, що оточує. Орієнтований хворий тільки у власній особі. Є галюціаторні переживання, при цьому галюціаторні образи виразні, конкретні.

Онейроїд (сноподібне затьмарення свідомості). Зустрічається не дуже часто. Характеризується грубими розладами орієнтування в місці, часі, ситуації, собі у поєднанні з перевтіленням свого "Я", складними галюціаторними переживаннями.

Найчастіше буває у хворих шизофренією (тут може бути втрата свого "Я" і перевтілення в інший предмет). Під дією різних хімічних речовин також спостерігаються подібні розлади, близькі до онейроїду. Галюціаторні образи дуже масивні, але інші, чим в делірії: вони носять фантастичний зміст і відрізняються сценоподібністю. Обличчя хворого - це обличчя глядача, що дивиться фільм (наприклад, хворі здійснюють міжкосмічні перельоти, є присутніми при загибелі міст, розколів земної кулі). При онейроїді можуть

бути і маячні ідеї, які є сплавом минулого досвіду, поточної ситуації, планів і мріянь пацієнта. Контакт з хворим зазвичай неможливий. Цей стан оборотний, можливий спонтанний вихід.

Після закінчення стану онейроїду хворі не пам'ятають реальності, але можуть пам'ятати зміст своїх марень. Пам'ять страждає менше, ніж при інших формах розладів свідомості.

Сутінки (присмеркове затьмарення свідомості) - характеризуються раптовим початком і таким же раптовим закінченням, дезорієнтацією і повною відсутністю спогадів на період порушеної свідомості. Сутінки можуть виникнути у будь-якої людини, навіть абсолютно здорової. Провокувальні чинники: хронічна психоемоційна напруга; фізична перевтома; наявність соматичної патології; тривале перебування на сонці;

Сутінки зустрічаються при органічних ураженнях головного мозку, епілепсії, патологічному сп'янінні та ін.

Сутінки можуть тривати від хвилин до годин, навіть днів. Вихід спонтанний. Напад присмеркового стану закінчується критично, нерідко з подальшим глибоким сном.

Варіанти сутінків :

А. Класичні сутінки - проявляються в цілеспрямованому, іноді небезпечному для життя самого хворого або оточення поведінці, з афектами гніву, страху. Можуть бути галюцінаторно-бредові переживання. Спогади про цей період відсутні.

Б. Амбулаторний автоматизм - так званий впорядкований присмерковий розлад свідомості без маячних і галюцінаторних переживань і без афекту злості. Хворі при цьому прагнуть кудись піти, поїхати, десь бродити. Попри те, що під час своїх подорожей вони поводяться зовні впорядкування і не справляють враження хворих, надалі вони нічого про цей період згадати не можуть. Наприклад: хворою виходячи з будинку з певною метою, раптом несподівано і незрозумілим для себе чином опиняється в іншому кінці міста. Під час цієї несвідомої подорожі вони механічно

переходять вулиці, їдуть в транспорті і справляють враження занурених у свої думки людей.

В. Лунатизм або мимовільне сноходіння - варіант амбулаторного автоматизму. Проявляється в тому, що людина знаходячись в стані сну, починає здійснювати складні дії. Ці дії характеризуються точною моторикою (схильні підніматися на висотні споруди, дахи, балкони, при цьому не відчуючи страху). На те, що оточує вони не реагують. Прокинувшись, не пам'ятають про те, що сталося. Відзначається у хворих (частіше у дітей) із залишковими явищами органічного ураження головного мозку, при інших психічних захворюваннях і навіть у здорових осіб.

4. Аменція — глибока міра розладу свідомості, яка може виникнути при важких інтоксикаціях, рідше — при шизофренії. Аментивному стану властива незв'язність усіх видів психічної діяльності. Сприйняття зовнішнього світу спотворене і фрагментарне. Галюцінаторні переживання позбавлені тематичного змісту, вони незв'язні. Мовлення також незв'язне. Маячні переживання уривчасті і незв'язні. Емоції неадекватні і непостійні, один афект може швидко перейти в інший. Має місце хаотичне рухове збудження (частіше в межах ліжка). Порушені усі види орієнтування (у тому числі у власній особі). Після виходу частіше повна амнезія. Тривалість — від декількох днів до декількох тижнів.

Основними клінічними проявами аментивного потьмарення свідомості є повна дезорієнтація в оточуючому і власній особистості, фрагментарність сприйняття оточуючого, непослідовність мислення, розгубленість, пугливість. Хворі неспокійні, метушливі в межах обмеженого простору. Закінчується аменція глибокою амнезією. Розвивається переважно на фоні важких виснажливих соматичних захворювань і є ознакою важкої декомпенсації фізичного стану і погіршує прогноз основного захворювання.

Література

1. Ільїна Н.М. Клінічна психологія: навчальний посібник. Суми: Університетська книга, 2020.

2. Клінічна психологія : словник-довідник / авт.-уклад. С.В. Діденко. Київ : Академвидав, 2012.

3. Колосович, О.С. Основи клінічної та патопсихології : навч. посіб. Львів : ЛьвДУВС, 2020.

4. Медична психологія / Максименко С.Д., Цехмістер Я.В., Коваль І.А., Максименко К. С.; за заг. ред. С. Д. Максименка. Київ, 2014.

Тема № 4: Розлади свідомості, самосвідомості та особистості при нервово-психічних захворюваннях

Семінарське заняття 3. Розлади свідомості та особистості при нервово-психічних захворюваннях.

Навчальна мета заняття: закріпити й поглибити розуміння здобувачів вищої освіти про розлади самосвідомості та особистості при нервово-психічних захворюваннях

Час проведення: 2 години

1. Розлади самосвідомості при нервово-психічних захворюваннях.
2. Психопатичні розлади особистості.

Здобувачі вищої освіти повинні розуміти, що частіше за усе розлади самосвідомості зустрічаються при шизофренії, маніакально-депресивних розладах. Розлади самосвідомості триваліші, ніж розлади свідомості і протікають дні, тижні, місяці.

При розладах самосвідомості у людини, як правило, зберігається спогади про те, яким він був до хвороби. Актуальний стан розцінюється хворим як хворобливе, неприродне. Зберігається здатність порівнювати себе до хвороби і у момент хвороби, аналізувати зміни, що сталися, часто - досить тяжко. Іноді хворий приховує свої переживання, а іноді навпаки, охоче розповідає, описує.

Розлад самосвідомості - деперсоналізація – це патологічно змінене сприйняття оточуючої дійсності та (або) власного «Я». Деперсоналізація поділяють на дереалізацію, соматопсихічну та аутопсихічну.

Дереалізація – розлад відображення оточуючого. Все оточуюче набуває незвичних якостей: “ніби-то штучне”, нереальне, “люди як лялькові, неживі”. Порухення сприйняття часу переживається як “зупинка часу”, “затримка часу”, “прискорення часу”, “втрата почуття часу” та ін. Зустрічається при епілепсії, афективних розладах.

Соматопсихічна деперсоналізація – порушення сприйняття власного тіла. Власне фізичне “Я” сприймається як неіснуюче, роздвоєне, не належне собі. Спостерігається у хворих з гострою інтоксикацією, органічною патологією головного мозку.

Аутопсихічна деперсоналізація – переживання відчуження власних психічних актів (думок, почуттів, спогадів), почуття роздвоєння душі, психічного “Я”. Характерна для клініки шизофренії. Варіанти розладів самосвідомості.

Розлади самосвідомості вітальності проявляються в тому, що хворі не упевнені у власній життєвості. У крайньому варіанті хворої втрачає уявлення про те, живий він або ні. У легкому варіанті - відмічає розлади функціонування життєвих органів («зник шлунок, як я можу їсти»). Суб'єктивний стан украй важкий, супроводжується депресивними розладами.

Найчастіше зустрічається у хворих шизофренією, маніакально депресивним психозом.

Розлади самосвідомості активності проявляється у відчутті утруднення, уповільнення протікання почуттів, мислення, моторики. Іноді хворий відчуває зупинку почуттів, мислення («не можу мислити»).

Розлади самосвідомості ідентичності проявляється в тому, що хворі не упевнені у своїй тілесній і психічній ідентичності від моменту народження до справжнього моменту. Вони вважають, що його теперішнє «Я» замінене, воно не те, що було кілька місяців тому, воно не сьогоднішнє. Це може поширюватися і на родичів (не його батьки, їх підмінили). У важких випадках хворої перестає відчувати хто він.

Розлад самосвідомості цілісності розлади усвідомлення себе як єдиного

нерозривного цілого.

Розлади меж самосвідомості - хворий втрачає межу меду «Я» і зовнішнім світом, аж до повного зникнення відмінності між «Я» і «не Я», відмінності між внутрішнім і зовнішнім. Суб'єктивно це порушення сприймається як почуття відкритості (наприклад: думки доступні для оточення, вони їх читають).

Розлади самосвідомості за типом деперсоналізації. Зустрічається при ЧМТ, шизофренія, епілепсії тощо. Розлади самосвідомості за типом деперсоналізації зустрічається частіше, ніж інші розлади самосвідомості. Характеризується зміною або відчуженням своїх психічних або фізичних властивостей. Відчуття, думки, представлення, бажання, почуття, рухи, мова, фізіологічні відправлення здаються людині або зміненими, або чужими і цій особі що не належать.

2. Психопатичні розлади особистості.

Здобувачі вищої освіти повинні розуміти, що під розладами особистості розуміють стійкі аномалії особи, які характеризуються дисгармонією емоційно-вольової сфери та своєрідним, переважно афективним мисленням. Психопатичні особливості проявляються в дитинстві або юності та без значних змін зберігаються протягом усього життя. Вони охоплюють всю особистість, визначають її структуру і, звичайно, перешкоджають повноцінному пристосуванню особи до навколишнього середовища, ускладнюють її адаптацію.

Переважає більшість психопатичних осіб залишається поза увагою психіатрів, тому виявлення дійсної розповсюдженості психопатій серед населення дуже утруднено.

Психопатія - це незвичайний, аномальний характер. Його походження залишається недостатньо з'ясованим. Існують три основних погляди на це питання. Згідно з першим, психопатію вважають вродженим. Відповідно до другого, спотворення характеру формуються протягом життя людини під

впливом несприятливих факторів мікросередовища й умов виховання. Прихильники третього розглядають походження психопатій як результат взаємодії вроджених і діючих у ранні роки розвитку особи факторів. За особливостями походження О. В. Кербіков поділяв психопатів на ядерні - вроджені, конституціональні, тобто зумовлені особливостями загальної тіло будови, краєві, котрі формуються внаслідок несприятливих впливів середовища та органічні, що виникають після перенесених в дитинстві та в юності різних захворювань. Формування психопатій відбувається до кінця пубертатного перехідного періоду, до того часу, коли завершується розвиток характеру людини.

За клінічними особливостями, з урахуванням найбільш виразних аномальних рис характеру, виокремлюють кілька варіантів психопатій: збудливого типу (кола); істеричного типу; паранояльного типу; гальмівні; шизоїдного типу; нестійкі або т. зв. (мозаїчні).

Психопатії збудливого типу. Підвищена дратівливість, збудливість у поєднанні з експлозивністю (вибуховістю), через що існує назва «психопатії експлозивного типу», переважання злобності в коливаннях настрою, мстивість, в'язкість афективних реакцій, схильність до бурхливих проявів афекту у відповідь на часто незначні причини - ось головні характерологічні ознаки, що проходять через все життя таких психопатичних осіб. Це здебільшого постійно нічим невдоволені люди, котрі шукають зачепок для прискіпувань. Коливання настрою у них, як правило, зумовлені зовнішніми чинниками, може спостерігатись і підвищений настрій, однак він не досягає радісного ставлення до життя. Збудливі психопатичні особи переважно злобні, їм бракує розсудливості і холодної оцінки ситуації, тому дрібні щоденні неприємності викликають у них виразні емоційні вибухи, спалахи нестримного гніву. Особливо чітко це виявляється в частих сімейних конфліктах. Психопатичні особи цього типу надто нетерпимі до чужої думки, не виносять протиріч. Ці риси в поєднанні з властивим їм егоїзмом, небажанням рахуватися з інтересами інших дають привід для завжди поганих

відносин з оточуючими. Повсякденні зіткнення призводять до уявлення про якість їх особливе призначення. З'являються думки та висловлювання про те, що їх «не розуміють», «недостатньо цінують» на роботі і вдома. Більшість психопатичних осіб збудливого типу схильні до переоцінки своїх розумових здібностей, часто вважають себе людьми, котрі стоять вище середнього рівня. На тлі неприємних відносин з оточуючими ці якості виливаються в дріб'язкову прискіпливість, підозрілість. Такі особи образливі, злопам'ятні, застережливо відносяться до близьких, які часто не приймають їх вимог. Таке ставлення, звичайно, поглиблює конфлікти. У суперечках із різних причин хворі доводять свою правоту не стільки логічними тлумаченнями, скільки намаганнями «перекричати» опонентів, здобути перевагу своїм сварливим характером. Вони прямолінійні, вперті. У деякого з них виробляється своєрідна поза «борця за справедливість», «захисника» різних прав, при цьому вони намагаються подати себе більш справедливими та достойними, ніж оточуючі, іноді вступають в конфлікти, коли «несправедливість» стосується третіх осіб, але швидко переходять до своїх особистих егоїстичних інтересів.

На тлі основних рис особистості, характерних для збудливої психопатії, можуть виявлятися деякі додаткові риси, які дозволяють визначити різні варіанти цієї групи. В одних випадках - це дефензивні риси: улесливість, педантичність, акуратність, злопам'ятність, жорстокість, що нагадують епілептичні риси; в інших - нестриманість, відсутність спроб приховувати свої почуття, деяка театральність їх експлозивних проявів, схильність до сліз у стані збудження, тобто особливості, які зовні нагадують істеричні ознаки. Ці додаткові якості слугують ніби надбудовою над основною структурою психопатичної особи, що додають відповідних відтінків афективним проявам таких осіб.

Психопатії істеричного типу. Головною особливістю істеричних психопатичних осіб є бажання будь-що привернути до себе увагу оточуючих, тому їхня поведінка характеризується демонстративністю, театральністю,

позбавлена простоти і природності. Їм необхідно бути в центрі уваги, щоби про них говорили, ними захоплювалися, і задля досягнення цього хворі не гребують жодними засобами. Психічна незрілість, інфантилізм, які характерні істеричним особам, не дають їм можливості досягнути здійснення своїх претензій шляхом виховання та розвитку власних дійсних здібностей. Їхні почуття поверхневі, неврівноважені та нестійкі, зовнішнє оформлення емоційних реакцій неадекватне приводу, глибина реакції та суб'єктивна значимість невеликі. На висоті афективного розряду в істеричних психопатичних осіб зберігається можливість контролювати свою поведінку, врахувати ситуацію – «гра на глядача». Для них є характерними часті зміни настрою, швидкі коливання симпатій та антипатій, своєрідна «спотвореність» почуттів, яка може полягати в поєднанні зовнішньої доброзичливості з внутрішньою холодністю емоцій. Вольові аномалії істеричних осіб визначаються підвищеною навіюваністю і самонавіюваністю, котрі мають вибіркового характер тільки стосовно того, що відповідає їхній потребі привертати до себе увагу. Вони нездатні до довготривалого напруження вольових зусиль заради мети, котра не обіцяє їм швидких лаврів і захоплення з боку оточуючих. Істеричним психопатичним особам властивий «художній тип мислення». Розумові висновки в них дуже суперечливі: замість логічного зіставлення фактів і тверезої оцінки дійсності їх часто захоплюють безплідні вигадки, які є продуктом по-дитячому багатой і нестримної фантазії. При уявній повній переконаності істеричних осіб у своїх фантазіях межа між реальним і фантастичним не зникає повністю. Вони завжди можуть розмежувати дійсне та вигадане, не дивлячись на часто повну захопленість своїми враженнями. Істеричні психопати рідко досягають успіхів у позитивній, творчій діяльності. Намагання постійно перебувати в центрі уваги, бути оригінальними їм заважають.

Психопатії паранояльного типу. При паранояльних психопатіях головними патохарактерологічними проявами є особлива схильність до надцінних утворень, поєднаних із малою гнучкістю психіки, підозрілістю і,

зазвичай, підвищеною самооцінкою. Виразні надцінні ідеї, а також перші паранояльні ідеї та реакції з'являються у цих хворих лише близько 20-25-річного віку. Однак і в більш ранньому віці виявляються патохарактерологічні реакції, які вказують на їх особливість і своєрідність. З дитинства їм властиві однобічні захоплення, які поєднуються з впертістю, прямолінійністю. Переоцінка своїх здібностей виявляється в тенденції до лідерства, самоствердження. Такі особи надзвичайно чутливі до ігнорування їхньої думки, схильні до перебільшування значення розходжень у поглядах, вкрай образливі та злопам'ятні. Їх егоїзм, безкомпромісність, бажання в кожній ситуації вчиняти по-своєму, безапеляційна категоричність міркувань, як правило, заважають підтримувати рівні стосунки в колективах і сім'ї.

З віком властиві цим особам особливості, зазвичай, підсилюються. Хворі стають більш консервативними та ригідними, нетерпимість до іншої думки переростає в них у відкриту ворожість. Акцентована принциповість набуває характеру прискіпливості, перетворюється в дріб'язковий педантизм. "Боротьба за справедливість" розвивається в зв'язку з незначними подіями, які зачіпають егоїстичні інтереси цих осіб. Схильність до легко виникаючих і домінуючих ідей, що стосуються афективно значущих переживань, як правило, поєднується з вузькістю мислення, його конкретністю, часто поверхневистю уявлень, банальністю і трафаретністю висловлювань і розумових висновків.

На фоні конфліктних відносин у психопатичних осіб паранояльного типу дуже загострюються недовірливість, підозрілість, схильність до фантазування. Афективна охопленість у таких випадках визначає однобічну оцінку дійсності, своєрідний відбір та інтерпретацію різних подій на підтвердження власної точки зору. Внаслідок цього виникаючі підозри все більше укріплюються, обростають "доказами", набувають маячного забарвлення. Таким чином, у психопатичних осіб у несприятливих умовах може розвинути паранояльне маячення, зміст якого тісно пов'язаний з психотравмуючими обставинами (сутяжно-паранояльний розвиток, маячення

ревнощів, винахідництва й ін). У хронічних психотравмуючих умовах паранояльні переживання хворих можуть розширюватись і систематизуватися, набуваючи стійкого малокурабельного характеру (стан параної або паранояльний стан).

Психопатія шизоїдного типу. В осіб на це захворювання поряд із вразливістю, несміливістю, інерцією в життєвих колізіях відзначаються такі особливості, як уникання спілкування, інтравертованість, схильність до внутрішньої переробки своїх переживань, ускладнення контактів з особами найближчого оточення, схильність до фантазування на далекі від реальності теми, холодність до близьких, чопорність і дивакуватість у поведінці. Проявляється також відсутність почуття гумору, надлишкова серйозність або сентиментальність, мрійливість. Вони виявляють схильність до самоаналізу, рефлексії, нерідко - високий освітній ценз, добру здатність до навчання при слабкій моторній вмілості. Їхні професії та захоплення відносяться переважно до галузі літератури, мистецтва, музики, теоретичних розділів науки. Захоплення нерідко "нестандартні", з прагненням до незвичайного (авангардистське мистецтво, поп-музика, екстрасенси, уфологія тощо). Разом із тим їхні захоплення не мають характеру відірваності від зовнішнього світу і дуже розповсюджені в мікрогрупах, в яких обертаються ці особи. Вони часто міняють професію, роботу, місце проживання, причому ці зміни мотивуються пошуками цікавіших занять "для душі", "романтичних", «незвичайних» місць проживання. Всі ці пошуки спрямовані на максимальне самозадоволення без прагнення матеріального успіху або слави. Такими ж нерівними складаються в них і сімейні відносини внаслідок непорозумінь і відсутності спільних інтересів.

Особи, котрі страждають на психопатії, відзначаються значною чутливістю до різних зовнішніх впливів і біологічних змін, що відбуваються протягом всього їх життя. Ці фактори змінюють клінічну картину психопатій, зумовлюючи загострення психопатичних проявів, тимчасові і довготривалі реакції та розвитку. Такі тимчасові зрушення в стані

психопатичних осіб позначаються як динаміка психопатій. Це - поняття ввів у психіатрію П. Б. Ганнушкін. Він підкреслював, що динаміку психопатій можна розуміти широко і вузько; в широкому плані розглядаються зміни складу особи впродовж життя під впливом вікових кризів.

У судово-психіатричній практиці найбільше значення мають реакції - такі зміни особистості, коли значно підсилені характерологічні риси є основним реактивним комплексом. Це психопатичні реакції в межах ресурсів особи, при яких у відповідь на зовнішні психотравмуючі впливи виникає огрубіння, поглиблення основних, облігатних сторін характеру. Психопатичні риси виникають, як правило, вслід за основною причиною, що є відповіддю на зовнішній привід. Результатом таких впливів є значне емоційне, напруження, тривожність, невпевненість у майбутньому. Поступове накопичення та сумація від'ємних переживань призводить до того, що часто незначний зовнішній привід - образа чи порушення намічених планів - спричиняє бурхливий афективний розряд, виразну емоційну реакцію.

За клінічними особливостями реакції можуть бути розділеними на два варіанти. Одні з них є характерологічними кількісними змінами рис у межах ресурсів особистості. Ці реакції швидкоплинні, тривають від кількох годин до кількох днів. Відреагування афекту, заспокоєння після таких загострень супроводжується недовготривалим періодом психічної та фізичної астенії.

Другий варіант психопатичних характерологічних реакцій - неоднозначних типових психопатій полягає в тому, що на фоні загострення постійних рис особи з'являються інші форми реагування: найчастіше істеричні, агресивно-вибухові, іноді астеничні. При цьому нерідко виникають реакції, контрастні основному типові психопатій, наприклад, астеничні у збудливих або агресивно-вибухові у гальмівних.

Література

1. Ільїна Н.М. Клінічна психологія: навчальний посібник. Суми: Університетська книга, 2020.

2. Клінічна психологія : словник-довідник / авт.-уклад. С.В. Діденко.
Київ : Академвидав, 2012.

3. Колосович, О.С. Основи клінічної та патопсихології : навч. посіб.
Львів : ЛьвДУВС, 2020.

4. Медична психологія / Максименко С.Д., Цехмістер Я.В., Коваль І.А.,
Максименко К. С.; за заг. ред. С. Д. Максименка. Київ, 2014.

Тема № 5: Розлади психічного розвитку у дітей

Семінарське заняття 1. Психічне недорозвинення та затриманий психічний розвиток у дітей.

Навчальна мета заняття: закріпити й поглибити розуміння здобувачів вищої освіти про розлади психічного розвитку у дітей

Час проведення: 2 години

Навчальні питання:

1. Загальна характеристика розладів психічного розвитку дітей.
2. Загальне психічне недорозвинення.
3. Затриманий психічний розвиток.

Методичні вказівки:

1. Загальна характеристика розладів психічного розвитку дітей.

Біологічні чинники, які призводять розладів психічного розвитку:

- враження генетичного матеріалу (хромосомні аберації, генні мутації, спадково обумовлені дефекти обміну речовин);
- внутріутробні розлади (у зв'язку з важким токсикозом вагітності, токсоплазмозом, краснухою та ін. інфекціями; інтоксикаціями (алкоголем, лікарськими засобами));
- патологія пологів (інфекції, травми під час пологів, асфіксія);
- інфекції, інтоксикації, травми, рідше - пухлинні утворення раннього постнатального періоду (до 2-3 років).

Соціальні чинники, які призводять розладів психічного розвитку:

- ті, що створюють значний дефіцит інформації і емоційного досвіду на ранніх етапах розвитку і призводять до непатологічного відхилення в розвитку - соціально-педагогічній занедбаності (затримці інтелектуального і до певної міри емоційного розвитку);

- особливості дитини (аномалії розвитку емоційно-вольової сфери з наявністю стійких афективних змін, вегетативної дисфункції), що призводять до патохарактерологічному формування, в результаті реакцій протесту, імітації, відмови, що патологічно закріпилися. Дуже часто неправильні стратегії виховання реалізують психічно нездорові батьки, що страждають алкоголізмом, наркоманією (наприклад, виховання за типом відкидання, жорстке (жорстоке) виховання), батьки, що мають особові проблеми (батьки аутичні, з дітьми не спілкуються, внаслідок чого діти також стають аутичними).

2. Загальне психічне недорозвинення.

Розумово-відсталі діти. Серед форм розумової відсталості олігофренія, або загальне психічне недорозвинення, зустрічається найчастіше. Олігофренія — група різних по етіології, патогенезу і клінічним проявам патологічних станів, загальною ознакою яких є наявність природженого або придбаного в ранньому дитинстві загального недорозвинення психіки з переважанням інтелектуальної недостатності. Терміном «розумова відсталість» в дефектології позначається стійко виражене зниження пізнавальної діяльності дитини, що виникає на основі органічної поразки центральної нервової системи. Розумова відсталість — це якісні зміни усієї психіки, усієї особи в цілому, що стали результатом перенесених органічних ушкоджень центральної нервової системи; така атипія розвитку, при якій страждає не лише інтелект, але і емоційно-вольова сфера.

По глибині дефекту розумова відсталість (олігофренія) традиційно підрозділяється на три міри: ідіотія, імбецильність і дебільність.

3. Затриманий психічний розвиток.

Під терміном «затримка розвитку» розуміються синдроми тимчасового відставання розвитку психіки в цілому або окремих її функцій (моторних, сенсорних, мовних, емоційно-вольових), уповільненого темпу реалізації закодованих в генотипі властивостей організму. Будучи слідством тимчасово і м'яко діючих чинників (ранньої депривації, поганого відходу тощо), затримка темпу може мати оборотний характер. У етіології затримки психічного розвитку (ЗПР) грають роль конституціональні чинники, хронічні соматичні захворювання, органічна недостатність нервової системи, частіше за резидуального (залишкового) характер.

Затриманий психічний розвиток (ЗПР) зустрічаються частіше, ніж загальне психічне недорозвинення і займає 1-е місце по поширеності серед усіх видів дизонтогенезу. На відміну від недорозвинення ЗПР є оборотним процесом.

Суть цього виду дизонтогенезу полягає в уповільненні темпу розвитку інтелектуально-пізнавальною і/або емоційно-вольовою сфер особи з їх тимчасовою затримкою на більше ранньому етапі.

Проявляється: в переважанні уповільнення інтелектуального розвитку і/або в затримці розвитку емоційної сфери (різні види інфантилізму).

Література

5. Белей М. Д., Тодорів Л. Д. Основи діагностичної психології. Івано-Франківськ : Тіповіт, 2018.
6. Галецька І. Клініко-психологічне дослідження: навч. посібник. Львів : ЛНУ імені Івана Франка, 2015.
7. Гоян І. М., Палій А. А. Методи діагностики психічного розвитку дітей. Івано-Франківськ : Симфонія форте, 2014.
8. Ільїна Н.М. Клінічна психологія: навчальний посібник. Суми: Університетська книга, 2020.
9. Клінічна психологія : словник-довідник / авт.-уклад. С.В. Діденко. Київ : Академвидав, 2012.

10. Колосович, О.С. Основи клінічної та патопсихології : навч. посіб. Львів : ЛьвДУВС, 2020.

11. Максимова Н.Ю. Основи дитячої патопсихології : Навч. посібник. Київ: Перун, 2010.

12. Медична психологія / Максименко С.Д., Цехмістер Я.В., Коваль І.А., Максименко К. С.; за заг. ред. С. Д. Максименка. Київ, 2014.

Тема № 5: Розлади психічного розвитку у дітей

Семінарське заняття 2. Психічне недорозвинення та затриманий психічний розвиток у дітей.

Навчальна мета заняття: закріпити й поглибити розуміння здобувачів вищої освіти про розлади психічного розвитку у дітей.

Час проведення: 2 години

Навчальні питання:

1. . Пошкоджений розвиток.
2. Дефіцитарний розвиток.

Методичні вказівки:

1. Пошкоджений розвиток.

Причини цієї форми затримки психічного розвитку схожі з причинами, що призводять до олігофренії. Ця схожість визначається органічними поразками центральної нервової системи на ранніх етапах онтогенезу. Диференціальна діагностика цих аномалій (виражене і безповоротне недорозвинення у вигляді олігофренії, уповільнення темпу психічного розвитку) залежить від масивності ураження мозку і від часу поразки. Частіше затримка психічного розвитку за церебрально-органічним типом пов'язана з пізнішими ураженнями мозку, коли диференціація основних мозкових систем вже закінчена. При стійких формах затримки психічного розвитку церебрально-органічного генезу, окрім розладів пізнавальної діяльності, обумовлених порушенням працездатності, нерідко

спостерігається і недостатня сформованість окремих кіркових або підкіркових функцій : слухового, зорового і тактильного сприйняття, просторового синтезу, моторної і сенсорної сторони мови, довготривалої і короткочасної пам'яті.

2. Дефіцитарний розвиток.

Цей вид особливостей розвитку дитини пов'язаний з розладами (грубим недорозвиненням або ушкодженням) окремих систем: зору, слуху, мови, опорно-рухової системи, а також з рядом інвалідизуючих соматичних захворювань (серцево-судинної системи (наприклад, важка вада серця), порок серця), бронхіальна астма, ендокринними захворюваннями.

Як правило, у таких дітей залишаються підлягаючими зберігання вищі регуляторні системи, що дозволяє компенсувати наявний дефект за рахунок підлягаючих зберігання структур.

Особливості розладів психічного розвитку таких дітей залежать від того, яка система уражена, а також від часу поразки і міри вираженості дефекту. Так, наприклад, при невеликому дефекті слуху у дитини зберігається можливість самостійного оволодіння мовою. Повне ж випадання слуху за відсутності спеціального навчання призводить до німоти. Чи: природжена або рання втрата зору спричиняє за собою відсутність запасу зорових представлень, труднощі у виникненні вертикального положення тіла, агорафобію, нових предметів, в цілому — до затримки предметної діяльності. Якщо ж втрата зору сталася у більше старшому віці, то, оскільки вже є минулий досвід зорових вражень, моторика, предметна діяльність, утворення понять, представлень виявляються вже сформованими.

За несприятливих умов виховання та неадекватної психолого-педагогічної корекції у таких дітей зустрічаються аномалії особового розвитку (знижений фон настрою, астеничні риси, тенденція до аутизації, невротизації, інфантильність), пов'язані з усвідомленням своєї неспроможності, обмеженням контактів з однолітками. Можуть бути

порушення емоційної сфери, особливо при недостатності систем аналізаторів.

Різні аномалії по-різному відбиваються на формуванні соціальних зв'язків дітей, на їх пізнавальних можливостях. Залежно від характеру порушення одні дефекти можуть повністю долатися в процесі розвитку дитини, інші підлягають лише корекції або компенсації. Розвиток аномальної дитини, підкоряючись в цілому загальним закономірностям психічного розвитку дітей, має цілий низку власних закономірностей.

Виготський висунув ідею про складну структуру аномального розвитку дитини, відповідно до якої наявність дефекту якого-небудь одного аналізатора або інтелектуального дефекту не викликає випадання однієї локальної функції, а призводить до цілого ряду змін, що формують цілісну картину своєрідного атипового розвитку. Складність структури аномального розвитку полягає в наявності первинного дефекту, викликаного біологічним чинником, і вторинних порушень, що виникають під впливом первинного дефекту в ході подальшого розвитку. Інтелектуальна недостатність, що виникла в результаті первинного дефекту — органічного ураження головного мозку, — породжує вторинне порушення вищих пізнавальних процесів, що визначають соціальний розвиток дитини. Вторинне недорозвинення властивостей особи розумове відсталості дитини проявляється в примітивних психологічних реакціях, неадекватно завищеній самооцінці, негативізмі, несформованості вольових якостей.

Відзначається також взаємодія первинних і вторинних дефектів. Не лише первинний дефект може викликати вторинні відхилення, але і вторинні симптоми в певних умовах впливають на первинні чинники. Наприклад, взаємодія неповноцінного слуху і виниклих на цій основі мовних порушень є свідченням зворотного впливу вторинної симптоматики на первинний дефект: дитина з частковою втратою слуху не використовуватиме його підлягаючі зберігання функції, якщо не розвиває усну мову. Тільки за умови інтенсивних занять усною мовою, тобто в процесі подолання вторинного

дефекту мовного недорозвинення, можуть ефективно використовуватися можливості залишкового слуху. Важливою закономірністю аномального розвитку є співвідношення первинного дефекту і вторинних порушень. «Чим далі знаходиться симптом від першопричини, — пише Виготський, — тим він більше піддається виховній лікувальній дії». «Те, що виникло в процесі розвитку дитини як вторинна освіта, принципово кажучи, може бути профілактично попереджена або лікувально-педагогічно усунена». Чим далі розлучені між собою причини (первинний дефект біологічного походження) і вторинний симптом (порушення в розвитку психічних функцій), тим більше можливостей відкривається для його корекції і компенсації за допомогою раціональної системи навчання і виховання. На розвиток аномальної дитини роблять вплив міра і якість первинного дефекту, час його виникнення. Характер аномального розвитку дітей з природженим або рано придбаним розумовим недорозвиненням відрізняється від розвитку дітей з психічними функціями, що розпалися, на пізніших етапах життя.

Джерелом пристосування аномальних дітей є підлягаючі зберіганню функції. Функції порушеного аналізатора, наприклад, замінюються інтенсивним використанням зберіжених.

Література

13. Белей М. Д., Тодорів Л. Д. Основи діагностичної психології. Івано-Франківськ : Тіповіт, 2018.
14. Галецька І. Клініко-психологічне дослідження: навч. посібник. Львів : ЛНУ імені Івана Франка, 2015.
15. Гоян І. М., Палій А. А. Методи діагностики психічного розвитку дітей. Івано-Франківськ : Симфонія форте, 2014.
16. Ільїна Н.М. Клінічна психологія: навчальний посібник. Суми: Університетська книга, 2020.
17. Клінічна психологія : словник-довідник / авт.-уклад. С.В. Діденко. Київ : Академвидав, 2012.

18. Колосович, О.С. Основи клінічної та патопсихології : навч. посіб. Львів : ЛьвДУВС, 2020.

19. Максимова Н.Ю. Основи дитячої патопсихології : Навч. посібник. Київ: Перун, 2010.

20. Медична психологія / Максименко С.Д., Цехмістер Я.В., Коваль І.А., Максименко К. С.; за заг. ред. С. Д. Максименка. Київ, 2014.

Тема № 5: Розлади психічного розвитку у дітей

Семінарське заняття 3. Психічне спотворений та дисгорманійний психічний розвиток у дітей.

Навчальна мета заняття: закріпити й поглибити розуміння здобувачів вищої освіти про розлади психічного розвитку у дітей.

Час проведення: 2 години

Навчальні питання:

1. . Спотворений психічний розвиток.
2. Дисгармонічний психічний розвиток.

Методичні вказівки:

1. Спотворений психічний розвиток.

Представлено зокрема *синдромом раннього дитячого аутизму*, який відрізняється від усіх аномалій розвитку найбільшою вираженістю як клінічної дисгармонійної, так і психологічної структури порушень. Клиніко-психологічна структура раннього аутизму, як особливої форми недорозвинення, уперше описаною Каннером, характеризується наступними ознаками:

1) аутизм як гранична («екстремальне») самотність дитини, формувальне порушення його соціального розвитку поза зв'язком з рівнем інтелектуального розвитку;

2) прагнення сталості, що проявляється у вигляді стереотипних занять, надпристрасті до різних об'єктів, опори змінам в тому, що оточує;

3) особлива характерна затримка і порушення розвитку мови, також поза зв'язком з рівнем інтелектуального розвитку дитини;

4) ранній прояв (до 2,5 років) патології психічного розвитку, більшою мірою пов'язаної з особливим порушенням психічного розвитку, чим з його регресом.

Аутизм проявляється за відсутності або значному зниженні контактів, «відходить» у свій внутрішній світ. Відсутність контактів спостерігається як по відношенню до рідних і близьких, так і одноліткам. Аутична дитина, де б він не знаходився, поводить себе так, як ніби він один. Звертає на себе увагу емоційна холодність і байдужість до близьких, часто з підвищеною ранимою, чутливістю до критики і щонайменших зауважень у свою адресу. Оскільки людська особа особливо часто буває надсильним подразником, аутичні діти уникають погляду, прямого зорового контакту. Багато навколишніх предметів, явища і деякі люди викликають у них постійне почуття страху. Відзначається своєрідність моторики та мовлення аутичних дітей. Вже почавши ходити, вони ще довго зберігають незграбність рухів, зазнають труднощі в оволодінні бігом, стрибками. Однією з основних ознак раннього дитячого аутизму є характерні особливості мови. Нерідко при великому словниковому запасі діти не користуються мовою для спілкування. Характерне невживання особистих займенників: аутична дитина говорить про себе в другій або третій особі. При недорозвиненні комунікативної функції мовлення може спостерігатися підвищене прагнення до словоутворення.

2. Дисгармонічний психічний розвиток.

Психопатія як форма дисгармонії особистості. Це аномалія характеру, неправильний, патологічний розвиток, що характеризується дисгармонією в емоційній і вольовій сферах. Етіологія психопатій зв'язується або з генетичними, спадковими чинниками, або з екзогенними шкідливостями, діючими на ранніх етапах онтогенезу; не унеможлиблюється

також формування психопатії під впливом тривало діючих і деформуючих розвиток особистості дитини середовищних чинників. Велике значення в цьому відношенні мають дефекти виховання.

Існують різні класифікації психопатій. Одні автори (Крепелин, Ганушкін) виходять з положення про те, що при психопатіях відбувається кількісне загострення і посилення тих або інших рис вдачі; тому вони розподіляють усі психопатії по групах, що відповідають класифікаціям людських характерів. Інші дослідники (Певзнер, Сухарева) намагаються класифікувати психопатії за етіологічною ознакою. У третьому випадку типологія заснована на узагальненні двох попередніх класифікацій (Личко, Ковальов). Незважаючи на різноманітність класифікацій, складності механізмів виникнення і розвитку, клініко-психологічна структура окремих варіантів психопатій описується досить схоже. Особливо це стосується психопатій дитячого віку.

Прийнята наступна систематика психопатій :

— конституціональні, такі, що мають спадкове походження: ступінь їх тяжкості значною мірою визначається впливом середовища; для кожного типу цього виду психопатій є свій критичний вік, на який падає розгортання психопатичних рис;

— органічні, при яких аномалії характеру розвиваються внаслідок дій на мозок, що формується, внутрішніх і ранніх післяпологових вредностей, що призводять до важкого токсикозу, родових травм, виснажуючих соматичних захворювань.

Література

21. Белей М. Д., Тодорів Л. Д. Основи діагностичної психології. Івано-Франківськ : Тіповіт, 2018.
22. Галецька І. Клініко-психологічне дослідження: навч. посібник. Львів : ЛНУ імені Івана Франка, 2015.

23. Гоян І. М., Палій А. А. Методи діагностики психічного розвитку дітей. Івано-Франківськ : Симфонія форте, 2014.

24. Ільїна Н.М. Клінічна психологія: навчальний посібник. Суми: Університетська книга, 2020.

25. Клінічна психологія : словник-довідник / авт.-уклад. С.В. Діденко. Київ : Академвидав, 2012.

26. Колосович, О.С. Основи клінічної та патопсихології : навч. посіб. Львів : ЛьвДУВС, 2020.

27. Максимова Н.Ю. Основи дитячої патопсихології : Навч. посібник. Київ: Перун, 2010.

28. Медична психологія / Максименко С.Д., Цехмістер Я.В., Коваль І.А., Максименко К. С.; за заг. ред. С. Д. Максименка. Київ, 2014.

Тема № 6: Психічні розлади в похилому віці

Семінарське заняття. Психічні розлади в похилому віці

Навчальна мета заняття: закріпити й поглибити розуміння здобувачів вищої освіти про дізонтогенез в похилому віці.

Час проведення: 2 години

Навчальні питання:

1. Загальна характеристика психічних розладів в пізньому віці.
2. Психічні розлади при хворобі Альцгеймера.
3. Психічні розлади при хворобі Піка.

Методичні вказівки:

1. Загальна характеристика психічних розладів в пізньому віці.

Психічні розлади в пізньому віці можна розділити на пограничні та виражені психотичні (психози).

Психічні розлади пограничного типу переважно проявляються пригніченням, підвищеною тривожністю, перебільшеною увагою до свого здоров'я, фіксацією на неприємних відчуттях, тобто групою симптомів, які,

зазвичай, відносять до неврозоподібних. Нерідко зустрічаються характерологічні зміни: звуження кола інтересів, подразливість й афективна нестійкість. Наведені вище розлади часто поєднуються з серцево-судинними та іншими соматичними захворюваннями.

Психотичні розлади можуть проявлятися неправильною оцінкою та сприйняттям навколишнього світу, значним порушенням критики, виразними інтелектуально-мнестичними розладами. Із психозів передстаречого віку виокремлюють інволюційну меланхолію або депресію, інволюційний параноїд і пресенільну деменцію.

2. Психічні розлади при хворобі Альцгеймера.

При хворобі Альцгеймера прогресуюче слабоумство поєднується з наростаючими розладами пам'яті за типом прогресуючої амнезії. З розвитком рано виявляються і підсилюються такі симптоми, як афатичні розлади (амнестична та сенсорна афазія, логоклонії та насильницька мова), порушення письма, читання, апраксія та агнозія; іноді спостерігаються епілептиформні припадки.

3. Психічні розлади при хворобі Піка.

Хвороба Піка нерідко починається псевдопаралітичним синдромом (при переважному ураженні лобних ділянок головного мозку) або змінами особистості, що проявляються байдужістю, розгальмуванням емоцій, потягів, переважно підвищеним настроєм, психічною та моторною спонтанністю. У хворих різко знижується критика при відносно довготривалій збереженості формальних знань, навичок і пам'яті. В клініці захворювання також спостерігаються своєрідна мовна стереотипія, ехололія, на окремих етапах з'являються практичні розлади.

Література

1. Колосович, О.С. Основи клінічної та патопсихології : навч. посіб.

Львів : ЛьвДУВС, 2020.

2. Медична психологія / Максименко С.Д., Цехмістер Я.В., Коваль І. А., Максименко К. С.; за заг. ред. С. Д. Максименка. Київ, 2014.

3. Медична психологія: держ. нац. підруч. : підруч. для студентів ВНЗ ВМНЗ IV рівня акредитації МОЗ України / [Спіріна І. Д. та ін.]. - Дніпропетровськ : Ліра, 2012.

4. Основи медичної психології : навч.-метод. посіб. для студентів вищ. мед. навч. закл. IV рівнів акредитації та лікарів-інтернів / В. М. Ждан [та ін.]. - Полтава : АСМІ, 2014.

Тема № 7: Психологія соматичного хворого

Семінарське заняття 1. Психічні розлади при онкологічній \, акушерській і гінекологічній патології.

Навчальна мета заняття: закріпити й поглибити розуміння здобувачів вищої освіти про психологію соматичного хворого.

Час проведення: 2 години

Навчальні питання:

1. Загальна характеристика психічних реакцій людей, хворих соматичними захворюваннями.
2. Психічні розлади при онкологічній патології.
3. Психічні розлади при акушерській і гінекологічній патології.

Методичні вказівки:

1. Загальна характеристика психічних реакцій людей, хворих соматичними захворюваннями.

Вважається, що тип реагування на соматичне захворювання пов'язаний, в першу чергу, з оцінкою пацієнтом його тяжкості. При цьому можна говорити про існування феномену «об'єктивної тяжкості хвороби» і «суб'єктивної тяжкості хвороби».

Вважається, що тип реагування на соматичне захворювання пов'язаний, в першу чергу, з оцінкою пацієнтом його тяжкості. При цьому можна говорити про існування феномену «об'єктивної тяжкості хвороби» і «суб'єктивної тяжкості хвороби».

Для дітей, підлітків і молоді найбільш важкими в психологічному відношенні виявляються хвороби, які змінюють зовнішній вигляд людини, роблять його непривабливим. Пов'язано це з системою цінностей, розставлянням пріоритетів, наявних у молодій людини, для якої найвищу цінність придбаває задоволення засадничої потреби, — «задоволеність власною зовнішністю». До них відносяться будь-які хвороби, негативно, з точки зору підлітка, що змінюють зовнішність (шкірні, алергічні), травми, що нівечать, і операції (опіки).

Особи зрілого віку більш психологічно важко реагуватимуть на хронічні і інвалідізуючі захворювання. Це відбиває спрямованість людини зрілого віку задовольняти такі соціальні потреби, як потребу у благополуччі, добробуті, незалежності, самостійності тощо. Саме задоволення подібних потреб може бути заблоковане появою будь-якої хронічної або такої, що призводить до інвалідності хвороби. Психологічно складними для осіб зрілого віку є такі хвороби як онкологічні, хронічні соматичні хвороби тощо.

2. Психічні розлади при онкологічній патології.

Психічні розлади різної міри вираженості (від психологічних донозологічних реакцій на діагноз і прогноз захворювання до гострих психозів) при онкологічній патології — часте явище, спостережуване як онкологами, хірургами, гінекологами, так і психіатрами і психологами. Онкологічний процес виступає для психічної діяльності в, двох важливих аспектах. З одного боку (психогенною), діагноз захворювання, що традиційно зараховується до групи невиліковних і, як наслідок, підвищено значимих, перетворює один лише факт захворюваності на серйозну психічну травму, здатну сформувати психічні порушення психогенно-реактивного

характеру. З іншого боку (соматогеною), онкологічна патологія може розглядатися як крайній, один з найбільш важких в соматичному плані чинник, з комплексом психічної і фізичної астенії, виснаженням, що істотно впливає на психічну діяльність і формує соматогенні психічні розлади. До того ж, якщо онкологічний процес локалізується в гормонозалежних і гормонопродуруючих органах, то великий ризик розвитку так званого психоендокриноного симптомокомплексу із специфічними клінічними проявами.

Виділяється п'ять фаз реагування на злоякісні новоутворення і рак:

1 фаза (*анозогнозична*) з'являється услід за першим припущенням про наявність у пацієнта злоякісного новоутворення. Вона характеризується запереченням наявності у себе онкологічної патології, зменшенням тяжкості свого стану, *анозогнозією*, переконаністю, що діагноз є помилковим.

2 фаза (*дисфорична*) настає після підтвердження діагнозу і проявляється бурхливим протестом, дисфорією, схильністю здійснювати які-небудь агресивні дії відносно оточення або себе (наприклад, суїциїдальні).

3 фаза (*аутосугестивна*) характеризується прийняттям фактів про наявність у пацієнта злоякісного процесу і необхідності тривалого і інтенсивного лікування у поєднанні з «веденням торгу» — «головне щоб не було болів».

4 фаза (*депресивна*) настає після тривалого періоду терапії і проявляється поступовою втратою надії на одужання, появою песимізму, пригніченості і пасивності.

5 фаза (*апатична*) з'являється на останніх етапах захворювання і виражається «примиренням» хворого з долею, прийняттям] будь-якого результату і що супроводжується байдужістю по відношенню до зовнішніх і внутрішніх процесів.

3. Психічні розлади при акушерській і гінекологічній патології.

У сфері акушерських і гінекологічних станів і патології психічні чинники мають особливе значення при вагітності, безплідді, передменструальному синдромі і клімактерії. Саме при перерахованих станах і процесах відзначається тісне переплетення психологічних і акушерсько-гінекологічних чинників. Психічний стан жінок має специфічні особливості, що відрізняються від типових реакцій чоловіків на захворювання інших сфер.

Важливою психосоматичною проблемою є проблема токсикозів вагітних. Відомо, що у жінок з вираженим небажанням мати дитину частіше спостерігається важка форма токсикозу, на відміну від жінок з бажаною і запланованою вагітністю. Представники зарубіжної медицини, користуючись концепцією символічної мови органів, інтерпретують блювоту вагітних як символічне вираження небажання вагітності і народження дитини. Інші учені, ґрунтуючись на принципах вчення З.Фрейда, розглядають ранні токсикози вагітних як наслідок «послаблення волі до материнства у зв'язку з розвитком цивілізації» або як прояв несвідомої відрази до чоловіка.

Література

5. Колосович, О.С. Основи клінічної та патофизиології : навч. посіб. Львів : ЛьвДУВС, 2020.
6. Медична психологія / Максименко С.Д., Цехмістер Я.В., Коваль І. А., Максименко К. С.; за заг. ред. С. Д. Максименка. Київ, 2014.
7. Медична психологія: держ. нац. підруч. : підруч. для студентів ВНЗ ВМНЗ IV рівня акредитації МОЗ України / [Спіріна І. Д. та ін.]. - Дніпропетровськ : Ліра, 2012.
8. Основи медичної психології : навч.-метод. посіб. для студентів вищ. мед. навч. закл. IV рівнів акредитації та лікарів-інтернів / В. М. Ждан [та ін.]. - Полтава : АСМІ, 2014.

Тема № 7: Психологія соматичного хворого

Семінарське заняття 2. Психічні розлади при терапевтичних захворюваннях

та хірургічній патології.

Навчальна мета заняття: закріпити й поглибити розуміння здобувачів вищої освіти про психологію соматичного хворого.

Час проведення: 2 години

Навчальні питання:

1. Психічні розлади при терапевтичних захворюваннях.
2. Психічні розлади при хірургічній патології.

Методичні вказівки:

1. Психічні розлади при терапевтичних захворюваннях.

Найбільш відомими соматичними захворюваннями, що пов'язаними з психологічною дією і проявляються окрім соматичного, психічними симптомами є гіпертонічна хвороба, виразкова хвороба шлунку і 12 п. кишки, ішемічна хвороба серця і деякі інші. У цій главі приведені описи психологічних особливостей хворих з хронічною терапевтичною патологією, яка не віднесена до психосоматичних захворювань. Останнім присвячений окремий розділ.

Ситуація хронічного соматичного захворювання описується В.В. Николаєвою, як що провокує кризу психічного розвитку в цілому і розвитку особистості зокрема. Зміни особи при важких соматичних захворюваннях розглядаються як новоутворення, що виникають в період кризи розвитку. Об'єктивна ситуація важкого, небезпечного соматичного захворювання, відривши від звичного соціального оточення, можливість операції, що нівечить, інвалідність призводять до зміни об'єктивного положення людини в соціальному середовищі. Суть патогенної дії хвороби на особу полягає в тому, що масивна і тривала інтоксикація, порушення обмінних процесів, виснаження призводять до зміни протікання психічних процесів, до зниження операціонально-технічних можливостей пацієнтів (В.В. Ніколаєва). Центральним психологічним механізмом особових змін в умовах хронічної соматичної хвороби виступає перебудова ієрархії мотивів

за типом їх перепідпорядкування новому головному сенсоутворюючого мотиву — збереження життя та відновлення здоров'я, названому А.Ш. Тхостовим «зсув мети на мотив».

Описана низка критеріїв, за якими особа хворого при хронічному і тривалому перебігу захворювання, вважається зміненою:

1. Зміна змісту провідного мотиву діяльності (формування нового мотиву провідної діяльності — приміром, патологічна діяльність голодування при анорексії).

2. Заміна змісту провідного мотиву змістом нижчого порядку (наприклад, мотив «самообслуговування» при іпохондрії).

3. Зниження рівня опосередованості діяльності (діяльність спрощується, цільова її структура обідняється).

4. Звуження основного круга стосунків людини зі світом, тобто звуження інтересів, збіднення мотиваційної сфери.

5. Розлади міри критичності і самоконтролю.

2. Психічні розлади при хірургічній патології.

На відміну від терапевтичної патології, при якій патогенним для психічної діяльності стає стан тривалого хронічного захворювання, і зміна системи стосунків особи відбувається поступово, у рамках хірургічної патології відзначається значущість психологічного операційного стресу (передопераційного і постопераційного). Основними проявами операційного стресу виступають емоційні феномени, частіше за інших — тривога.

Необхідність проведення хірургічного оперативного втручання, як правило, застигає пацієнта зненацька на відміну від ситуації хронічної соматичної патології, до якої він поступово адаптується. І якщо обов'язковість тих або інших терапевтичних заходів людина може спрогнозувати, то припустити можливість і необхідність операції пацієнт здатний в значно меншому ступені. Іншими словами, для клінічного психолога важливим стає той факт, що психологічна готовність до

терапевтичних і хірургічних заходів з боку хворого кардинально розрізняється. У пацієнта з хронічним соматичним захворюванням адаптація відбувається умовно кажучи до справжнього статусу, а у хірургічного — до майбутнього.

Відмітними особливостями психології пацієнта хірургічної клініки вважається експектація післяопераційного статусу, що супроводжується передопераційною та постопераційною тривогою.

У хірургічній практиці значимою виявляється стратегія вибору пацієнтом способу лікування. Хворий, націлений на психологічну стратегію «уникнення невдач», відноситиметься до оперативного втручання як до останнього засобу зняття хворобливих проявів і погодиться на операцію лише після того, як будуть використані усі інші паліативні способи. Пацієнт же, що сповідує психологічну стратегію «прагнення успіху», самостійно може звернутися по хірургічну допомогу і наполягати на швидкій операції. Суть психологічних відмінностей цих пацієнтів знаходиться в прийнятті існуючого патологічного стану і відношенні до ризику його погіршити в процесі терапії.

Література

9. Колосович, О.С. Основи клінічної та патофизиології : навч. посіб. Львів : ЛьвДУВС, 2020.
10. Медична психологія / Максименко С.Д., Цехмістер Я.В., Коваль І. А., Максименко К. С.; за заг. ред. С. Д. Максименка. Київ, 2014.
11. Кулеша-Любінець М. М. Особливості копінг-стратегій в осіб з ішемічною хворобою серця. *Збірник наукових праць: психологія* Вип. 21. – Івано-Франківськ, 2016. С.134-141.
12. Медична психологія: держ. нац. підруч. : підруч. для студентів ВНЗ ВМНЗ IV рівня акредитації МОЗ України / [Спіріна І. Д. та ін.]. - Дніпропетровськ : Ліра, 2012.
13. Основи медичної психології : навч.-метод. посіб. для студентів вищ. мед. навч. закл. IV рівнів акредитації та лікарів-інтернів / В. М. Ждан [та ін.]. - Полтава : АСМІ, 2014.

4. Інформаційне та методичне забезпечення навчальної дисципліни

1. Закон України про психіатричну допомогу. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1489-14#Text>
2. Ільїна Н.М. Клінічна психологія: навчальний посібник. Суми: Університетська книга, 2020.
3. Колосович, О.С. Основи клінічної та патопсихології : навч. посіб. Львів : ЛьвДУВС, 2020.
4. Морозов О.М. Патопсихологічний аналіз особистості в правоохоронній практиці : монографія. Київ: Атіка, 2019.
5. Никоненко Ю.П. Клінічна психологія : навч. посіб. Київ : КНТ, 2016.
6. Медична психологія / Максименко С.Д., Цехмістер Я.В., Коваль І. А., Максименко К. С.; за заг. ред. С. Д. Максименка. Київ, 2014.
7. Савенкова І. І. Клінічна психологія: навчальний посібник. Миколаїв: Миколаївський національний університет імені В.О. Сухомлинського, 2018. - 302 с.

Додаткова:

1. Белей М. Д., Тодорів Л. Д. Основи діагностичної психології. Івано-Франківськ : Тіповіт, 2018.
2. Галецька І. Клініко-психологічне дослідження: навч. посібник. Львів : ЛНУ імені Івана Франка, 2015.
3. Галецька І., Сосновський Т. Психологія здоров'я: теорія та практика. Львів: Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2016.
4. Гоян І. М., Палій А. А. Методи діагностики психічного розвитку дітей. Івано-Франківськ: Симфонія форте, 2014.
5. Клінічна психодіагностика: практикум / Редактор-упорядник проф. М.В. Миколайський. Івано-Франківськ : Місто НВ, 2016.
6. Коляденко Н.В. Клінічна психологія: опорний конспект лекцій. Київ : ІПК ДСЗУ, 2016.
7. Комінко С. Б., Кучер Г. В. Кращі методи психодіагностики: навч. посіб. Тернопіль : Карт-бланш, 2015.
8. Кулеша-Любінець М. М. Особливості копінг-стратегій в осіб з ішемічною хворобою серця. *Збірник наукових праць: психологія* Вип. 21. – Івано-Франківськ, 2016. С.134-141.
9. Основи медичної психології : навч.-метод. посіб. для студентів вищ. мед. навч. закл. IV рівнів акредитації та лікарів-інтернів / В. М. Ждан [та ін.]. - Полтава : АСМІ, 2014.