**Дрогобицький державний педагогічний університет імені Івана Франка**

**Валентина стець, РОМАН ХАВУЛА**

**ПАТОПСИХОЛОГІЯ:**

**МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ**

**ДО ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ**

**Дрогобич**

**2015**

**ББК 74.58я73**

**УДК 378.1: 378.013.77 (075)**

**Х 12**

Рекомендовано до друку вченою радою Дрогобицького державного

педагогічного університету імені Івана Франка

(протокол № 8 від 18.06. 2015 р.)

**Рецензенти:**

*Копко Ірина Євгенівна*, кандидат біологічних наук, доцент кафедри анатомії, фізіології та валеології;

*Смеречак Леся Іванівна*, кандидат педагогічних наук, доцент кафедри соціальної педагогіки та корекційної освіти Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка.

|  |  |
| --- | --- |
| **Х 12** | **Стець В.І., Хавула Р. М.**  **Патопсихологія**: методичні рекомендації до практичних занять / **Валентина Стець, Роман Хавула**. – Дрогобич: Видавничий відділ Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка, 2015. – 204 с. |

Навчально-методичний посібник охоплює основну проблематику сучасної патопсихології, містить плани практичних занять, поради щодо вивчення патопсихології, концептуальний виклад матеріалу, запитання для перевірки та самоконтролю та список рекомендованої літератури до кожної теми.

Для викладачів, студентів, що вивчають курс «Патопсихологія» у вищому навчальному закладі як загальну дисципліну, та всіх, хто цікавиться патопсихологією.

**ББК 74.58я73**

**УДК 378.1: 378.013.77 (075)**

|  |  |
| --- | --- |
| **ЗМІСТ** |  |
| Вступ | 4 |
| Тематичний план семінарських занять з курсу «Патопсихологія» | 5 |
| Тема №1. Проблема предметапатопсихології та історія розвитку патопсихології | 6 |
| Тема №2. Патопсихологічне дослідження | 16 |
| Тема №3. Психічно здорова людина як запорука цивілізованого суспільства | 27 |
| Тема №4. Розлади відчуттів та сприймань | 41 |
| Тема №5. Розлади пам’яті | 52 |
| Тема № 6. Розлади уваги | 63 |
| Тема №7. Розлади мислення | 70 |
| Тема №8. Розлади інтелекту | 87 |
| Тема №9. Розлади мовлення | 101 |
| Тема №10. Розлади емоцій (афективні розлади) | 112 |
| Тема №11. Розлади волі | 131 |
| Тема №12. Розлади свідомості | 143 |
| Тема №13. Загальна характеристика розладів особистості. Невротичні та органічні психічні розлади | 154 |
| Тема №14. Психологія девіантної поведінки | 181 |
| Загальна література до курсу «Патопсихологія» | 199 |
| Предметний покажчик | 202 |
| Іменний покажчик | 204 |

**Вступ**

Мета посібника – не лише дати загальне уявлення про психічні розлади особистості та шляхи їх виявлення, а й увиразнити майбутньому спеціалістові пріоритет профілактики перед корекційною та психотерапевтичною роботою. Усвідомлення цього спонукатиме його більше уваги приділяти первинній профілактиці, тобто попередженню виникнення психічних розладів та патологічних станів, вторинній профілактиці (попередженню загострення вже наявних розладів) і третинній профілактиці (попередженню нових психічних захворювань). Мета практичних занять − засвоєння системи теоретичних знань з основних розділів дисципліни. Для цього до кожного заняття вказана відповідна література, з допомогою якої студент заздалегідь готується до заняття із запропонованого плану з тим, щоб під час практичного заняття брати участь у колективному аналізі різних підходів до категорій та проблем патопсихології, у формулюванні дефініцій танауковому обґрунтуванні власних позицій щодо проблем. Засвоєні знання з патопсихології сприятимуть кращому розумінню закономірностей функціонування та розвитку психіки й поведінки в нормі та патології шкільними і сімейними психологами, соціальними психологами, психотерапевтами. Патологічний матеріал дає змогу краще вивчити ті психологічні фактори, що впливають на розвиток й формування різних сфер психіки і поведінки людини.

Підготовка до практичних занять передбачає ознайомлення з основними положеннями з теми заняття, засвоєння нормативної лексики, запропонованої до розділу через роботу з літературними джерелами, що необхідно студенту для ведення наукової дискусії на занятті. Навчальний посібник зорієнтований на студентів педагогічних ВНЗ, психологів, практичних психологів, соціальних педагогів, дефектологів, медиків, юристів.

**ТЕМАТИЧНИЙ ПЛАН ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ З ДИСЦИПЛІНИ**

**«ПАТОПСИХОЛОГІЯ»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № з\п | Назва теми | К-сть  годин |
| 1. | Проблема предмета патопсихології та історія розвитку патопсихології | 4 |
| 2. | Патопсихологічне дослідження | 4 |
| 3. | Психічно здорова людина як запорука цивілізованого суспільства | 2 |
| 4. | Розлади відчуттів та сприймань | 2 |
| 5. | Розлади пам’яті | 2 |
| 6. | Розлади уваги | 2 |
| 7. | Розлади мислення | 4 |
| 8. | Розлади інтелекту | 2 |
| 9. | Розлади мовлення | 2 |
| 10. | Розлади емоцій (афективні розлади) | 2 |
| 11. | Розлади волі | 2 |
| 12. | Розлади свідомості | 2 |
| 13. | Загальна характеристика розладів особистості. Невротичні та органічні психічні розлади | 4 |
| 14. | Психологія девіантної поведінки | 2 |
| Всього: |  | **36** |

**Тема №1. Проблема предмета патопсихології та історія розвитку патопсихології**

**План**

1. Патопсихологія як галузь психологічної науки.
2. Патопсихологія та психопатологія.
3. Предмет і завдання патопсихології.
4. Світова історія розвитку поглядів на патологію та її лікування.

**Концептуальний виклад та методичні поради**

**1.**Висвітлення першого питання слід розпочати з визначення патопсихології як науки**. *Патопсихологія***‒ це галузь психології, що вивчає особливості психічної діяльності людини при патологічних станах мозку, пов’язаних із психічними та (або) соматичними захворюваннями.

Як теоретична дисципліна патопсихологія спрямована на вивчення таких проблем:

* біологічні та соціокультурні закономірності аномального розвитку людини;
* механізми симптомоутворення;
* індивідуальні, особистісні та мотиваційні фактори в детермінації структури і динаміки психопатологічних синдромів.

Як прикладна наука патопсихологія використовується у психіатрії,при проведенні експертизи та оцінці ефективності лікування пацієнтів.

Патопсихологія тісно взаємопов’язана з медичною психологією.

*Медична психологія* (від лат. medicus ‒ лікарський, лікувальний) ‒ це галузь психології, що вивчає психологічні аспекти гігієни, профілактики,діагностики, лікування, експертизи та реабілітації хворих.

Медична психологія досліджує широкий комплекс психологічнихзакономірностей, пов’язаних із: виникненням та перебігом хворіб; впливом певних хворіб на психіку людини; забезпеченням оптимальноїсистеми оздоровчих впливів; характером взаємодії хворого з мікросоціальним оточенням.

Медичні психологи спрямовують свою увагу на вивчення таких проблем:

* взаємодія психічних та соматичних (тілесних, фізіологічних)процесів при виникненні та розвитку хворіб;
* закономірності формування уявлення пацієнта про своє захворювання (діабет може розглядатися як спосіб життя або як постійна залежність від інсуліну);
* вивчення динаміки усвідомлення хвороби (наприклад, людина спочатку може поставитися до хвороби легковажно, а через деякий час, коли хвороба загостриться, усвідомить необхідність вести певний спосіб життя);
* формування адекватних особистісних установок, пов’язаних із лікуванням (наприклад, алергік чи діабетик мають утримуватися від вживання окремих продуктів харчування);
* використання компенсаторних та захисних механізмів особистості з терапевтичноюметою (правильний психологічний настрій допомагає пацієнтам зі складними діагнозами прожити довше, підвищивши якість життя завдяки формуванню позитивного ставлення до себе та оточуючих);
* вивчення психологічного впливу лікувальних методів та засобів (медикаментів, процедур, клінічних та апаратурних досліджень, хірургічного втручання та ін.).

Метою вивчення перерахованих проблем є забезпечення їх максимального позитивного впливу на фізичний та психічний стан пацієнтів. Також медичні психологи вивчають психологічні аспекти взаємовідносин мікрогруп «лікар – пацієнт», «пацієнт – пацієнт», «пацієнт – родичі пацієнта». Особлива увага приділяється вивченню закономірностей психологічного впливу лікаря під час проведення ним діагностичної, лікувальної і профілактичної роботи.

**2.**Розкриваючи друге питання практичного заняття, необхідно з’ясувати основні відмінності між патопсихологією та психопатологією. *Патопсихологія* – це розділ медичної психології, спрямований на вивчення закономірностей розпаду психічної діяльності та властивостей особистості внаслідок хвороби. Досліджуючи закономірності змін та розпаду психіки, патопсихологія порівнює їх із закономірностями формування та перебігу психічних процесів, станів та властивостей особистості в нормі.

Патопсихологія тісно пов’язана із психіатрією, зокрема, з таким її розділом, як психопатологія. *Психопатологія* – галузь психіатрії, що вивчає патологію психіки, використовуючи загальноклінічні категорії (виникнення та завершення хвороби є клінічно закономірною зміною симптомів і синдромів (синдром – це певне поєднання ознак хвороби)).

Патопсихологія та психопатологія є суміжними галузями знань, але кожна з них має свій предмет дослідження. Психіатрія і психопатологія спрямовані на виявлення причин психічної хвороби, на вивчення синдромів та симптомів, притаманних певним хворобам, закономірностей прояву цих синдромів та симптомів; на аналіз критеріїв прогнозування хвороби, на лікування і профілактику хвороби.

Патопсихологія як психологічна дисципліна вивчає закономірності розпаду психічної діяльності та властивостей особистості у зіставленні із закономірностями формування і перебігу психічних процесів у нормі. Патопсихологія орієнтується на інтерпретацію даних дослідження в межах психологічної теорії: розкриває характер перебігу та особливості структури психічних процесів, що призводять до виникнення клінічних симптомів. Коли проблематика та завдання патопсихології підміняються проблемами психіатрії, це розмиває межі патопсихології як галузі знань та призводить до підміни предмета патопсихології предметом психіатрії, що гальмує розвиток патопсихології.

**3.** Третє запитання передбачає висвітлення предмета та завдань патопсихології. Як зазначала Б.В.Зейгарник, ще з часів Другої світової війни, коли патопсихологи брали участь у роботі нейрохірургічних шпиталів, ***предметом патопсихологічних досліджень*** стали порушення психічної діяльності, що були викликані травмами головного мозку, та способи відновлення психічних функцій. Також предметом патопсихологічних досліджень є причини, наслідки, закономірності виникнення і перебігу психічних захворювань.

До ***завдань*** патопсихології слід віднести:

• розробку методик, що сприяють ранній діагностиці розумової відсталості;

• аналіз випадків недоумкуватості та недорозвитку в дитячому віці з метою пошуку додаткових диференційно-діагностичних ознак і симптомів;

• розробку методик виявлення прогностично важливих ознак научуваності дітей (на основі положення Л.С.Виготського про зону найближчого розвитку).

• Надання практичних рекомендацій психотерапевтам щодо лікування осіб з алкогольною та наркотичною залежністю.

• Надання рекомендацій шкільним психологам, дефектологам щодо критеріїв відбору дітей до спецшкіл.

Дослідження в галузі патопсихології, спрямовані на розв’язання зазначених завдань, мають велике теоретичне та практичне значення:

* Патологічний матеріал дає можливість краще вивчити будову різних форм психічної діяльності,а також з’ясувати співвідношення біологічного та соціального в розвитку психіки.
* При розв’язанні проблеми розвитку та розпаду психіки теж використовують патологічний матеріал.

Зарубіжні психологи зазначають, що розпад психіки є негативом її розвитку (тобто психічні процеси і здібностілюдини пропорційно зменшуються за умови старіння або хвороби мозку).

Вітчизняні психологи, спираючись на вчення І.М. Сєченова та І.П. Павлова, твердить, що психічні процеси формуються на основі умовних рефлексів. Згідно з думкою Л.С. Виготського та О.М. Леонтьєва, людина має «соціальний спадок», тобто психічна реальність формується врезультаті виховання та засвоєння досвіду; розвиток психіки відбувається під впливом соціальних факторів. Хвороба виникає та завершуєтьсязгідно з біологічними закономірностями, тому розлад психіки не є негативомрозвитку.

*Практичне значення* патопсихологічних досліджень полягає в тому,що матеріал, отриманий патопсихологами, може бути використаний длядиференційно-діагностичних цілей. Психологи накопичилиекспериментальні дані, що характеризують порушення психічнихпроцесів при різних формах захворювань. Ці дані лікарі можутьвикористовувати як додатковий матеріал при постановці діагнозу. Також психофармакологія та патопсихологія уможливлюють оціннювання ефективності дії певних терапевтичних засобів (ліків).

Методичні прийоми експериментальної патопсихології дають змогупрослідкувати зрушення у психічному стані хворого, зміни в йогопрацездатності, рисах його особистості. Особливо важливими є даніекспериментальної патопсихології при розв`язанні питань психіатричноїекспертизи (трудової, судової, військової).

Також патопсихологи беруть участь у розробці психологічнихрекомендацій для проведення психотерапії (при лікуванні неврозів,алкоголізму) та психокорекції (відновлення роботи окремих психічнихфункцій, корекції порушеного загального розвитку).

**4.** У межах четвертого запитання слід вказати, що історія патопсихології тісно пов’язана з розвитком психіатрії та експериментальної психології. Згідно з даними психіатрії, розвиток уявлень про психічні розлади залежить від домінуючих у певну епохуфілософських поглядів. Розглянемо основні підходи до природи психічних розладів.

***Магічний підхід.*** Ті явища, котрі не підлягали логічному поясненню, розглядалися як магічні. У примітивному суспільстві відповідальними за хвороби душі та тіла вважали духів, тому патологічна поведінка розглядалася як результат впливу злих духів. Патологію лікували «вигнанням бісів»: шаман чи жрець читали молитви, проводили магічні дії, а «одержимій» людині давали випити спеціальні відвари, які мали посприяти вигнанню злих духів.

У Середні віки божевілля розглядали як витівки диявола або пов’язували божевілля з добровільним спілкуванням хворого з нечистою силою. У деяких культурах і в наш час психоз вважають результатом одержимості бісом, поневолення дияволом.

***Органічний підхід*** пояснює душевні хвороби тілесними причинами. Ще за часів античності давньогрецькі і давньоримські лікарі зробили спробу пояснити причини появи та способи лікування психічних розладів і патологічної поведінки.

Гіппократ (460‒377 рр. до н.е.) пов’язував появу психічних розладів матеріальними явищами («змішуванням соків в організмі»). Мозок він вважав органом пізнання та пристосування людини до навколишнього середовища. Римський лікар Цельс (І – II ст.) поділив усі психічні захворювання на три групи: гострі гарячкові, хронічні безгарячкові, галюцинаторно-маячні. Античні ескулапи лікували психічні відхилення, поєднуючи медичні та психологічні засоби.Т. Мейнерт (XIX сторіччя) вбачав причину виникнення психозів у хворобах великих півкуль головного мозку.В. Грізінгер (XIX сторіччя) зазначав, що соматичні захворювання призводять до нервово-психічних.

***Психологічний підхід*** передбачає пошук психологічних причин психічних захворювань. Наприкінці XIX – на початку XX століття З. Фрейд конкретизував характер психологічних впливів, що призводять до виникнення неврозів та психозів: це витіснені зі свідомості емоції та потреби. У XX столітті цей напрям, зорієнтований на вивчення глибинних психологічних механізмів, що можуть викликати нервово-психічні розлади, розробляли К.Г.Юнг, А.Адлер, К.Хорні та ін..

***Інтегральний підхід***. Його представники розглядають психічні розлади як зміну роботи складного фізіологічного механізму (організму) та індивіда, що себе усвідомлює (особистості), під впливом складних життєвих обставин та пов’язаних з ними емоційних стресів, тривоги, гніву, страху, безнадійності.

Г.Сельє (1946) при вивченні так званого адаптаційного синдрому виявив цикл органічних реакцій у відповідь на зовнішні подразники.

Вчення Г.Сельє, І.Павлова та З.Фрейда склало основу клінічних та експериментальних досліджень взаємодії між душею й тілом. Виник психосоматичний напрям у медицині, його представники якого розглядали соматичні розлади в нерозривному зв’язку зі станом психіки, а психічні хвороби співвідносили з тілесними змінами. Було визнано, що не існує ані психічної, ані соматичної хвороби. Хвора людина має представлені в різних пропорціях поєднання як психічних, так і соматичних порушень. Від переважання першого або другого залежить діагноз душевного або тілесного захворювання.

Перевага такого підходу: незалежно від того, чи є наявним розлад психіки, чи виникло соматичне захворювання, виникає необхідність використовувати не тільки ліки, що діють на соматичні симптоми, але й обов’язково застосовувати засоби психотерапії. Розвиток психотерапії визначається не тільки потребами суспільства в організації допомоги душевно хворим людям, а й соціальними умовами життя людей, матеріальними можливостями держави та суспільних інститутів.

Як відомо з історичних джерел, ставлення до душевно хворих змінювалося протягом століть. У Середні віки у Західній Європі в містах спостерігалася велика скупченість людей. Психічно хворих ізолювали: декого відправляли до монастирів, а декого спалювали, якщо інквізиція визнавала нещасного одержимим. У ХV – ХVII століттях душевно хворих утримували у притулках, які, по суті, були тюрмами. Умови утримання передбачали (для буйних) використання ланцюгів.

Наприкінці XVIII – на початку XIX століття, після буржуазної революції у Франції, зважаючи на захист прав людини, напівтюремні притулки для душевно хворих перетворили на медичні заклади, ланцюги ліквідували. У той же час в Англії постало питання щодо більш гуманного ставлення до таких пацієнтів: у 1796 році Вільям Тюк заснував Йоркський притулок, де майже 30 пацієнтів із психічними порушеннями жили в тихих сільських будиночках, а лікування складалося з поєднання молитов, ручної праці та відпочинку.

У США нововведення в психіатрії пов’язують з ім’ям Бенджаміна Раша. Першу психіатричну лікарню у США було створено у штаті Вірджинія у 1773 році. Б.Раш вимагав, щоб з пацієнтами працювали розумні та чуйні люди, які мали виводити хворих на прогулянку, читати їм книжки та доброзичливо розмовляти з ними.

Наприкінці XIX століття експериментальні методи В.Вундта та його учнів стали використовуватися в психіатричних клініках Західної Європи; експериментальні лабораторії було відкрито і в Росії.

На вітчизняних теренах ставлення до божевільних було більш стриманим, ніж у Західній Європі. Таких людей вважали «покараними Богом». Душевно хворих утримували при монастирях, а за царювання Петра І було заборонено віддавати душевно хворих до монастирів, родичі мали помістити їх до лікарні. Перші вузькоспеціалізовані психіатричні лікарні з’явилися у 1876 році у Новгороді, Ризі, Москві, а у 1879 році - у Санкт – Петербурзі. Із 1828 року головний лікар московської лікарні В.Ф. Саблер відмінив ланцюги, організував дозвілля хворих, трудотерапію, завів історію хвороби, рецептурні книги; з’явилися спеціалізовані лікарі. У Санкт-Петербурзі перший російський професор психіатрії І.М. Бапінський докладав багато зусиль для розвитку психіатричного напряму в Росії. Професор хірургії та психіатрії Харківського університету П.А. Бутківський у 1834 році у підручнику з психіатрії закликав гуманно ставитись до таких хворих.

Основоположником патопсихологічного напряму в Росії був Володимир Михайлович Бехтерев (1857 – 1927), який заснував у Петербурзі Психоневрологічний інститут. У 1904 році вчений зазначав, що успіхи психіатрії сприяли створенню окремого розділу знань – патопсихології. Розлади психіки розглядалися як експеримент природи, але не завжди експериментальна психологія могла вивчити складні хворобливіпсихологічні явища. У роботах послідовників В.М.Бехтерєва було отримано багато матеріалу щодо особливостей мислення, мовлення, уваги, розумової працездатності у різних категорій хворих порівняно зі здоровими людьми відповідного віку, статі, освіти. Визнаний школою В.М. Бехтерєва принцип якісного аналізу порушень психічної діяльності став конценпцією вітчизняної психології. Представниками цієї школи для дослідження душевно хворих було розроблено багато експериментально-психологічнихметодик. Деякі з них (методика визначення понять, методика порівняння понять) увійшли до групи найбільш використовуваних у радянській патопсихології.

Учень Бехтерева Олександр Федорович Лазурський (1974 – 1917) створив власну психологічну школу. Він наголошував, що патологія надає «можливість розглядати душевні властивості людини ніби крізь лупу, що пояснює такі подробиці, про існування яких у нормальних суб’єктів можна тільки здогадуватися». Розроблений Лазурським *природний експеримент* було впроваджено у клінічну практику для організації занять та дозвілля хворих.

Іншим центром розвитку клінічної психології була психіатрична клініка С.С. Корсакова у Москві. При цій клініці було створено одну з провідних у Росії психологічних лабораторій. Корсаков зазначав, що знання основ психологічної науки дає можливість правильно зрозуміти розлади психічної діяльності душевно хворої людини. Тому викладання курсу психіатрії він починав з опанування основ психології.

Після 1917 року виникла необхідність профілактичного спрямування медицини. У 1919 – 1923 роках розпочалося створення позалікарняної психіатрії. Вітчизняні психіатри (В.М. Бехтерев, П.Б. Ганнушкін, В.Х. Кандинський), випереджаючи своїх західних колег, створили наукове підґрунтя психопрофілактики, організували психоневрологічні інститути та диспансери, які мали надавати медичну, консультативну і соціальну допомогу хворим, що страждали на психози, неврози й інші захворювання.

Подальший розвиток психіатричної допомоги передбачав:

• зменшення великих лікарень;

• організацію денних та нічних стаціонарів;

• створення профільних лікувальних закладів;

• більш високий рівень реабілітації хворих, яких обслуговували лікарі-психіатри, медичні та спеціальні логопеди, соціальні працівники, педагоги, інструктори з фізкультури.

За часів Другої світової війни патопсихологи активно працювали при нейрохірургічних шпиталях. Предметом досліджень у той час стали порушення психічної діяльності, спричинені травмами головного мозку, а також можливість відновлення нормального функціонування психічних процесів.

У післявоєнні роки активно проводилися патопсихологічні дослідження у дитячих психоневрологічних закладах. Приділялася увага розробці методик, призначених для ранньої діагностики розумової відсталості.

На Всесоюзних з’їздах психологів у 1959-му, 1963-му та 1971-му роках патопсихологи зосереджували увагу на висвітленні таких проблем: значення патопсихології для теорії загальної психології, проблеми компенсації, патології мислення й особистості. На розвиток тогочасних патопсихологічних ідей суттєво вплинули роботи Л.С. Виготського, О.М. Леонтьева, O.P. Лурії, П.Я. Гальперіна, Б.В. Зейгарник. Зокрема, детально вивчалася внутрішня картина хвороби при різних психічних захворюваннях, досліджувалися особливості порушення установок при різних формах психічних захворювань.

Л.С. Виготський зазначав, що:

• мозок людини має інші принципи організації функцій, ніж мозок тварини;

• розвиток вищих психічних функцій не визначається лише морфологічною структурою мозку;

• психічні процеси не виникають лише в результаті визрівання мозкових структур, вони формуються протягом життя в результаті навчання, виховання, спілкування, засвоєння досвіду;

• ураження одних і тих самих зон кори головного мозку має різне значення на різних етапах психічного розвитку.

Наведені положення визначили шляхи подальших патопсихологічних та нейропсихологічних досліджень. Сам Виготський у своїх експериментах розпочав вивчення розладів мислення.

Співробітники Ленінградського інституту мозку ім. Бехтерева розробили методики об’єктивної реєстрації емоційних компонентів психічної діяльності людини; проводили аналіз трудової діяльності хворих; вивчали зв’язок ставлення хворих до праці та їх працездатності. Паралельно проводилися масштабні дослідження у психологічній лабораторії Центрального НДІ експертизи працездатності, де вивчали особливості інтелектуальної діяльності хворих, що перенесли травми головного мозку; давали характеристику психічної діяльності та працездатності хворих на епілепсію та шизофренію.

Радянські психологи широко вивчали проблему розладів пізнавальної діяльності:

• досліджували зміни особистісного компонента у структурі розладів пізнавальних процесів;

• розробляли питання взаємозв’язку порушень пізнавальних функцій з процесом актуалізації знань;

• визначали шляхи психологічного аналізу розладів особистості, які спостерігалися у психіатричній клініці.

У наш час проводяться патопсихологічні дослідження проблем трудової та соціальної реабілітації, методів та прийомів психокорекційного впливу на пацієнтів, що мають різні форми психічних захворювань.

**Запитання для перевірки та самоконтролю**

* Що є предметом патопсихології як науки?
* Як розвивалися уявлення про предмет патопсихології протягом історії?
* Поширена у ранніх суспільствах практика лікування психічних захворювань шляхом вигнання злих духів має назву: а) античність; б) психотерапія; в) трепанація; г) екзорцизм.
* Яка історична епоха характеризувалася практикою екзорцизмуу лікуванні душевнохворих? а) Середні віки; б) XVII століття; в) XIX століття; г) XX століття.
* Опишіть суть соматогенної та психогенної причин виникнення психічних порушень.
* На Вашу думку, чому ураження одних і тих самих зон кори головного мозку має різне значення на різних етапах психічного розвитку?
* У чому полягає суть роботи патопсихолога в загальноосвітній та спеціальній школі?
* Коротко охарактеризуйте прикладне значення патопсихології.

**Рекомендована література**

1. Большой психологический словарь. – 4-е изд., расширенное / сост. и общ. ред. Б.Г.Мещеряков, В.П.Зинченко. – М. : ACT; СПб. : Прайм-ЕВРОЗНАК, 2009. – 811 с.
2. Виходцева O.A. Патопсихологія : навч.посіб. / О.А. Виходцева. – К. : Вид-во НПУ ім. М.П.Драгоманова, 2013. – 208 с.
3. Зейгарник Б.В. Патопсихология : учеб. пособ.[для студ. высш. учеб. заведений] / Б.В.Зейгарник. – 2-е изд., стереотип.– М. : Академия, 2003.– 208 с.
4. Клінічна психологія: словник-довідник / авт.-уклад. С.В. Діденко. – К. : Академвидав, 2012. – 320 с.
5. Мартинюк I.A. Патопсихологія : навч.посіб. / І.А.Мартинюк. – К.: Центр учбової літератури, 2008. – 208 с.
6. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология : учеб. пособ. / В.Д. Менделевич. – 5-е изд. – М.: Медпресс-информ, 2005.– 432 с.
7. Скотна Н. Тлумачний патопсихологічний словник / Н. Скотна, В. Стець. – Дрогобич: Редакційно-видавничий відділ Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка, 2006. – 150 с.

**Тема №2. Патопсихологічне дослідження**

**План**

1. Проблематика патопсихологічних досліджень у контексті загальної психології.
2. Принципи патопсихологічних досліджень.
3. Етапи проведення патопсихологічного обстеження.
4. Методи патопсихологічних досліджень.
5. Особливості організації патопсихологічного обстеження дітей.
6. Психологічне консультування як вид психологічної допомоги.
7. Методи психологічної корекції та консультування.

**Концептуальний виклад та методичні поради**

1. У межах першого запитання необхідно розкрити проблематику патопсихологічних досліджень у контексті загальної психології. Дослідження в галузі патопсихології мають велике значення для розробки багатьох загальнотеоретичних питань психології.

***Проблема ролі особистісного компонента у структурі пізнавальної діяльності людини.*** Як зазначав О.М. Леонтьєв, діяльність слід характеризувати через мотивацію. Отже, роль мотиваційного (особистісного) компонента має бути включена до характеристики всіх психічних процесів. Однак це складно довести експериментальним шляхом, якщо досліджувати сформовані процеси. Можливість аналізу ролі мотиваційного компонента виникає при вивченні різних форм порушень психічної діяльності. Е.Т. Ойзерман, вивчаючи патологію сприймання, довела, що під впливом різної інструкції (інструкція сприяла створенню мотивації) процес сприймання поставав то як діяльність, то як дія, то як операція. Тобто всі наші психічні процеси є особистісно мотивованими видами діяльності.

***Проблема співвідношення біологічного та психологічного компонентів у розвитку людини.*** Біологічні особливості хвороби та психологічні закономірності її розвитку беруть участь у формуванні патологічних симптомів, але їх роль є різною. Основоюхвороби є психологічні закономірності, які певною мірою схожі на закономірності нормального психічного розвитку. Однак хвороба створює особливі умови функціонування психологічних механізмів, що призводять до викривленого патологічного розвитку особистості. А отже, біологічні особливості хвороби не є прямими причинами порушень психіки. Вони змінюють перебіг психічних процесів, призводячи до формування аномальної особистості. О.М. Леонтьєв зазначав, що біологічне є однією з умов формування психічних функційіз метою оволодіння світом предметів,створених людством. Стимул,сприйнятий особистістю, викликає за нормального розвитку – адекватну реакцію; за патологічного – викривлене, відображення дійсності, формування спотвореного, неадекватного ставлення до світу та появу патологічних рис особистості.

Слід ураховувати, що, згідно з даними патопсихологічних досліджень, діяльність здорової людини суттєво відрізняється від діяльності хворої. Тому неправомірнохарактеризувати хворого на основі типології здорових особистостей. І при аналізі психологічної діяльності, і при виборі методів дослідження треба дотримуватися послідовності: від закономірностей здорової психіки – до патології.

***Проблема співвідношення біологічного та соціального в аспекті розвитку та розладів психіки*** має велике значення для теорії психології та психіатрії, для розуміння психічної діяльності людини. Л.С. Виготський зазначав, що, аналізуючи психіку людини, не завжди доцільно акцентувати на законах біологічної еволюціїнехтуючи закономірностями суспільно-історичного розвитку. За О.М. Леонтьєвим, у розвитоку людини домінує не пристосування до навколишнього середовища, а засвоєння досвіду, накопиченого людством.

За даними патологічної анатомії, при хворобах мозку передовсім порушуються молоді утворення кори головного мозку (ті, що філогенетично розвинулисяпізніше). Досліди І.Павлова підтвердили: при розумових паталогіях набуті умовні рефлекси згасають легше, ніж безумовні. Тому інколи роблять неправомірний висновок, що при певних хворобах мозку поведінка людини визначається процесами на більш низького рівня, аналогічно до дитячого віку. Вітчизняні психологи такіпогляди не підтримують.

Як зазначала Б.В. Зейгарник, перебіг психічної хвороби відбувається за психологічними закономірностями, які не можуть дублювати закономірності розвитку. Навіть тоді,коли хвороба вражає найбільш молоді, специфічні відділи людського мозку, психіку хворої людини не можна ототожнювати із психікою дитини на ранніх етапах її розвитку. Той факт, що хворі втрачають здатність розмірковувати на абстрактному рівні (використовуючи, наприклад, узагальнення), означає, що їм тепер непритаманні більш складні форми поведінки і пізнання,а не повернення до етапу дитинства. Розлад не є негативом розвитку. Різні види патології призводять до якісно різних картин аномалій. Інформація щодо патології може бути використана при висвітленні питання про співвідношення соціального і біологічного в розвитку людини. Порушення розвитку особистості полягає в розладі структури потреб (Б.Ф.Зейгарник). Із цього приводу Кречмер зазначав, що психічні захворювання призводять до вивільнення вроджених інстинктів (агресивних тенденцій).

Психологічний аналіз різних форм порушень діяльності психічно хворих людей є цінним матеріалом при побудові психологічної теорії (зокрема, при вивченні потребово-мотиваційної сфери людини). Але не слід виводити закономірності розвитку та формування мотиваційної сфери здорової людини із закономірностей розвитку мотивів та характерних особливостей хворого. Патологічний матеріал висвітлює різницю в ієрархії та змістоутворенні мотивів здорової і хворої людини. Дослідження аномалій особистості та її пізнавальної сфери доводить, що діяльність не зумовленабезпосередньо функціонуванням мозку, а формується протягом життя.

**2.** Вивчаючи друге питання, слід проаналізувати прин­ципи вітчизняних патопсихологічних досліджень.

–Психологічний експеримент даєзмогу досліджувати психічні порушення на фоні розладів діяльності (оскільки психічні процеси розглядаються у психології не як вроджені, а сформовані за життя); спрямований на якісний аналіз різних форм аномалій психіки, на розкриття механізмів порушеної діяльності і на можливості її відновлення. Якщо йдеться про порушення пізна­вальних процесів, то експериментальні прийоми призначені для з’ясування видозмін та формування нових зв’язків, що унеможливлюють або викривляють користування системою колишніх зв'язків, набутих раніше.

– Принцип якісного аналізу особливостей перебігу психіч­них процесів хворого: важливо не тільки те, наскільки складне чи велике завдання хворий усвідомив і виконав, а й те, як він осмислював, чим були зумовлені його помилки і труднощі. Саме аналіз помилок, що виникають у хворих у процесі виконання експериментальних завдань, є важливим матеріалом для оціню­вання того чи того порушення їх психічної діяльності.

* Один і той самий патопсихологічний симптом може зумов­люватися різними механізмами та бути індикатором різних ста­нів. Так, порушення опосередкованої пам'яті чи нестійкість суд­жень можуть виникнути внаслідок порушень розумової праце­здатності хворого, порушень цілеспрямованості мотивів, або бути проявом дезадаптації дій. Характер порушень не є специфі­чним для того чи того захворювання. Він є лише типовим для них і може бути оцінений у комплексі з даними цілісного пато­психологічного дослідження.
* Патопсихологічне дослідження здійснюється за допомо­гою таких експериментальних завдань, що можуть актуалізу­вати розумові операції, якими користується людина у своїй життєдіяльності, їх мотиви.При цьому патопсихологічний експеримент має актуалізувати не лише розумові операції хворого, а й його особисте ставлення до роботи, самого себе, до результату роботи та ін.
* Упродовж патопсихологічного експерименту необхідно виявляти не лише структуру змінених, а й збере­жених форм психічної діяльності хворогоз метою відновлення його порушених функцій. Питання про збережені можливості постає особливо гостро для з’ясування, наприклад, працездатності хворого, можливості продовжувати навчання і т.д.

– У патопсихологічному дослідження слід ураховувати ста­влення хворого до досліду, яке залежить від його хворобливого стану. Так, здорові особи намагаються виконати інструк­цію, «приймають» завдання, а психічно хворі іноді не лише не виконують завдання, а й неправильно тлумачать його або чинять активний опір інструкції. Наприклад, якщо під час проведення асоціативного експерименту зі здоровою людиною експериментатор попереджує, що будуть сказані слова, в які вона має вслухатися, то здоровий досліджуваний активно спря­мовує свою увагу на ці слова, а хворий активно не хоче слухати. За таких умов дослідник змушений проводити експеримент ніби «обхідним шляхом»: вимовляє слова ніби не­навмисне і реєструє реакції хворого. Нерідко доводиться експе­риментувати з хворим, який інтерпретує ситуацію дослідження ідеями маячення, наприклад, вважає, що на нього діють «гіпнозом», «променями». Зрозуміло, що таке ставлення хворого до експерименту позначається на його виконанні завдання: він часто виконує прохання експериментатора навмис­не неправильно, відтягує відповіді і т.д. У таких випадках структуру експерименту необхідно змінити.

У патопсихологічному дослідженні використовується вели­ка кількість методик. Це пояснюється тим, що процес розладів психіки не відбувається однорівнево. Практично не буває так, щоб в одного хворого порушувались лише процеси синтезу й ана­лізу, а в іншого – винятково цілеспрямованість особи­стості. При виконанні будь-якого експериментального завдання можна робити висновок про різні форми психічних порушень. Однак, незважаючи на це, не кожен методичний прийом дає змогу з однаковою очевидністю, чіткістю та достовірністю діагностувати про ту чи ту форму абоступінь порушення. Крім того, аномалії психічної діяльності хворого часто бувають нестійкими: деякі особливості мисленнєвої діяльності щезають, інші залишаються. При цьому характер виявлених порушень може змінюватися залежно від особливос­тей самого експериментального прийому; тому зіставлення ре­зультатів різних варіантів якого-небудь методу, багаторазово по­вторюваного, дає підстави робити висновок про характер, якість, динаміку порушень психіки хворого.

Патопсихологічне обстеження дітей неслідобмежу­вати встановленням якісної характеристики психічних пору­шеньнеобхідно виявляти потенційні можливості дитини.

**3.** У третьому питанні необхідно виокремити основні етапи проведення патопсихологічного обстеження.

1. Формулювання завдання та розробка методики обстеження.

У бесiдi уточнюється мета експертизи, особливостi анамнезу захворювання, лiкування та його можливий вплив на психiку. Вивчаються матерiали iсторiї хвороби; за вiдсутностi даних, що цікавлять, збирається додатковий анамнез.

2. Бесiда з хворим.

Протягом бесiди i спостереження уточнюються завдання та план дослiдження: вибiр методик, послiдовнiсть їх застосування.

Бесiда розпочинається зіз’ясування паспортних даних. Далi з’ясовується стан свiдомостi: орiєнтування хворого в часi, мiсцевостi i власнiй особi; орiєнтовно визначається стан пам’ятi, уваги (як добре вiн пам’ятає дати власного життя та загальновiдомих iсторичних подiй); культурний рiвень хворого, його освiченiсть, ерудицiя, коло iнтересiв, потреби; особливостi особи хворого до захворювання, оцiнка змiн самопочуття i працездатностi протягом хвороби.

3. Виконання завдань за методиками.

Завдання пропонуються вiд простих до бiльш складних. Визначаються стан пам’ятi, уваги, мислення. Пропонуються особистнiснi опитувальники. Кожнiй із методик обов’язково передує детальний iнструктаж. Обов’язково слiд перевiрити, наскiльки адекватно хворий зрозумiв iнструкцiю. Усi дослiдження ретельно протоколюються.

Психологiчнi тести не є головними при оцiнцi iндивiдуальних особливостей психiки. Вони лише доповнюють данi клiнiчного обстеження пацiєнта (ретельний збiр анамнезу, бесiда, спостереження, результати клiнiко-лабораторних дослiджень).

4. Аналiз отриманих при дослідженнi даних, їх узагальнення.

5. Заключення, яке має вiдображати якiснi особливостi перебiгу психiчних процесiв хворого, попереднiй дiагноз.

**Етапи проведення бесіди з хворим**

1. Вислухати скарги хворого.

2. Зiбрати iнформацiю про анамнез.

3. Надати хворому попередню iнформацiю щодо характеру його захворювання.

5. Аргументувати проведення дослiджень.

6. Надати iнформацiю про доступнi оптимальнi способи лiкування.

7. Надати хворому можливiсть задавати питання.

8. Визначити iндивiдуальну тактику лiкування.

9. Попередити про можливi небажанi ефекти.

11. Підвести резюме спiвбесiди з метою забезпечити хворому вiдчуття психологiчного комфорту.

На якiсть лiкувально-дiагностичного процесу впливають такi психологiчнi фактори:

**З боку хворого:**

1. Особливостi особистостi хворого у преморбiдний перiод: залежно вiд сили, рухливостi, урiвноваженостi процесiв вищої нервової дiяльностi, характеру та iнших функцiй психiки необхiдно по-рiзному проводити опитування хворого, прогнозувати динамiку хвороби, призначати лiкування.

2. Сьогоднiшнiй емоцiйний стан хворого: побоювання, фантазiї, надцiннi реакцiї, проекцiї та iншi пiдсвiдомi захиснi механiзми можуть не тiльки спотворювати картину захворювання, а й бути головними у клiнiчнiй картинi.

3. Усвiдомлення хворим факту свого захворювання, реакцiй особистостi, що формуються пiд час захворювання, внутрiшня картина хвороби.

4. Урахування анамнестичних вiдомостей (залишки минулого впливають на сучасне). Цiкавлячись iсторiєю життя та хвороби, лiкар визначає вплив мiкросоцiальних, психогенних, спадкових чинникiв, прагне виявити основнi та другоряднi передумови патологiї, з’ясувати обставини, що призвели до переходу чинника у хворобу. Великий вплив чинить минулий досвiд хворого – позитивний чи негативний (що хворий побачив, почув та прочитав про захворювання).

5. Взаємовiдношення психосоматичного та соматопсихiчного компонентiв. Серед складових синдромальних картин хвороби ознаки соматичного здоров’я постiйно спiвiснують iз симптомами змiненої психiки. Кожна окрема хвороба, крiм типових для неї клiнiчних проявiв, завжди супроводжується бiльш чи менш вираженими порушеннями психiки хворого, що пояснюється унiверсальними механiзмами порушення вiсцероцеребральної (соматопсихiчної) рiвноваги. Факт змiненої психiки хворого, порiвняно зi здоровими, лікарю слiд враховувати завжди – вiд першого контакту iз хворим на амбулаторному прийомi i протягом усього лiкувально-дiагностичного процесу.

6. Симуляцiя та диссимуляцiя. ***Симуляція*** – вдавана поведiнка, за допомогою якої прагнуть створити враження про наявнiсть захворювання та його ознак. Зазвичай до неї звертаються примiтивнi особи, у яких її можна вiдносно легко виявити. Симулянт завжди прагне до певної користi, яку рано чи пiзно виявляють (вихiд з неприємної ситуацiї, отримання спiвчуття та полiпшеного обстеження, отримання матерiальної користi).

Частiше зустрiчається ***агравація*** – перебiльшення ознак захворювання та суб’єктивних скарг. Таке перебільшення може бути повнiстю свiдомимабо зумовленим емоцiйними мотивами бiльш глибокого походження, наприклад, пiдсвiдомим страхом, недовiрою, вiдчуттям, нiби лiкар йому не вiрить тощо.

***Диссимуляція*** – свiдоме приховування хвороби та її ознак. Зазвичаймає місце у психiатрiї, а також при захворюваннях, наслiдки яких небажанi для хворого (наприклад, тривале перебування у лiкарнi при туберкульозi, повiдомлення про захворювання на сифiлiс, можливiсть оперативного втручання в хiрургiї).

**З боку лікаря:**

1. Повноцiнне фiзичне i психiчне здоров’я.

2. Висока культура: поєднання якомога бiльш повної, поглибленої та досконалої освiти i постiйного самовиховання iз прагненням до активної, продуктивної, корисної дiяльностi. Для досягнення максимального ефекту своєї дiяльностi лiкар має поглиблювати знання та вдосконалювати моральнi звички.

3. Високий рiвень професiйної пiдготовки: сумлiнний лiкар протягом усього життя вдосконалює оперативнi навички, поглиблює знання щодо дiагностики, фармакологiї та лiкування. Важливим є принцип колегiальностi, який вiдображає необхiднiсть i цiннiсть спiввiдношення свого досвiду та знань iз досвiдом колег.

4. Характер контакту з хворим: враховуючи дiагностичнi особливостi хворого, слiд досягти максимальної довiри до себе, вiд якої залежатиме кiлькiсть та об’єктивнiсть скарг і симптомiв.

4. У четвертому питанні *слідпроаналізувати методи патопсихологічних досліджень.*Методом дослідження називають спосіб, шлях досягнення мети. Під методикою розуміють спосіб отримання даних. Методологію розглядають як систему методів певної науки.

Вибір методів дослідження завжди обумовлюється завданнями патопсихолога при виконанні професійних обов’язків. Добирання методик відбувається залежно від цілей психологічного обстеження; враховуються індивідуальні особливості психічного та соматичного стану клієнта, його вік, професія та рівень освіти, час та місце проведення дослідження.

Патопсихологічна діагностика передбачає використання низки експериментально-психологічних методик-тестів, за допомогою яких оцінюють функціонування як окремих сфер психічної діяльності, так і інтегративних утворень (типів темпераменту, особливостей характеру, якостей та властивостей особистості). Вибір конкретних методів та способів патопсихологічної діагностики базується на виявленні кардинальних психопатологічних відхилень при різних типах психічного реагування в певних сферах психічної діяльності.

Важливими завданнямипатопсихолога є виявлення змін функціонування окремих психічних функцій та патопсихологічних синдромів. В.М. Блейхер зазначав, що під ***патопсихологічним синдромом*** слід розуміти патогенетично обумовлену спільність симптомів, ознак психічних розладів, що є внутрішньо взаємообумовленими та взаємопов’язаними. У патопсихологічному синдромі відображено порушення різних рівнів функціонування центральної нервової системи. За І. Кудрявцевим, до патопсихологічних регістр-синдромів входять: шизофренічний, афективно-ендогенний, олігофренічний, екзогенно-органічний, ендогенно-органічний, особистісно-аномальний, психогенно-психогічний, психогенно-невротичний. Патопсихолог скеровує увагу на виявлення та аналіз певних компонентів мозкової діяльності, відсутність яких стає причиною патопсихологічних синдромів.

У наведеній таблиці 1 представлено рекомендації для використання різних методів патопсихологічної діагностики.

*Таблиця 1*

**Основні методи патопсихологічної діагностики**

|  |  |
| --- | --- |
| Сфера психічної діяльності, що має порушення та розлади | Патопсихологічні методики |
| Розлади уваги | Таблиці Шульте.  Коректурна проба.  Рахування за Крепеліном.  Методика Мюнстерберга. |
| Розлади пам’яті | Методика запам’ятовування 10 слів.  Піктограма (вивчення опосередкованого запам’ятовування). |
| Розлади сприймання | Проби Ашафенбурга, Рейхардта, Ліпмана.  Вивчення сенсорної збудливості. |
| Розлади мислення | Методика класифікації понять.Методика «виключення понять». Методика «виокремлення суттєвих ознак».  Асоціативний експеримент.  Методика Еббінгауза.  Аналіз піктограм. |
| Розлади емоцій | Тест кольорових виборів Люшера.  Шкала Спілберга.  Шкала Бека. |
| Розлади інтелекту | Тест прогресивних матриць Равена.  Тест Векслера. |
| Індивідуально-психологічні особливості людини | Міннесотський багатопрофільний опитувальник особистості (ММРІ). |

Вважаємо за необхідне детальніше розглянути деякі з методів патопсихологічного дослідження.

**Патопсихологічний експеримент.** Цей метод почав активно використовуватися з розвитком емпіричної психології та психофізіології. Враховуючи те, що психічні процеси не євродженими здібностями, а видами діяльності, що формуються протягом життя, психологічний експеримент має надавати можливості вивчення психічних розладів як розладів діяльності. Експеримент має бути спрямований на якісний аналіз різних форм розладів психіки, на розкриття їх механізмів упродовж діяльності та на пошук можливостей її відновлення.

При вивченні розладів пізнавальних процесів експериментальні прийоми мають показати, як порушуються певні мисленнєві операції хворого, що сформувалися в процесі його життєдіяльності, користування системою набутих зв’язків,як змінюється процес набуття нових зв’язків. Враховуючи те, що психічні процеси характеризуються певною динамікою та спрямованістю, експеримент призначений допомогти дослідити не тільки кількісні, а й якісні характеристики аномалій психіки.

Підґрунтям психологічного експерименту є принцип якісного аналізу особливостей перебігу психічних процесів хворого. Аналіз помилок, що виникають у хворих під час виконання експериментальних завдань, дає змогу отримати різноманітний матеріал для оцінки розладів психічної діяльності пацієнтів.

Патопсихологічний експеримент має активізувати не тільки розумові операції хворого, а й його особистісне ставлення до близького оточення, діяльності, суспільства загалом. Судження, вчинки, дії людини опосередковуються її установками, мотивами, потребами,що напрацьовуються протягом життя під впливом навчання та вихованняі визначають дії та вчинки людини (і здорової, і хворої).

Ставлення людини до сім’ї, суспільства, взаємовідносини з оточуючими тісно взаємопов’язані зі структурою особистості людини, зокрема, з її потребами та особливостями емоційно-вольової сфери. Патологічні зміни особистості мають місце тоді, коли під впливом хвороби у людини звужується коло інтересів, зникає потреба у духовному зростанні, професійному самовдосконаленні; коли з’являється відчужене ставлення до того, що раніше було цікавим та хвилювало; коли дії стають нецілеспрямованими, вчинки – бездумними; коли людина перестає регулювати власну поведінку, коли немає снаги адекватно оцінити власні можливості, права та обов’язки; коли кардинально змінюється ставлення до власної особи та оточуючих (людина перестає поважати думку оточення або, навпаки, втрачає здатність сформулювати та відстояти власну позицію). Усі ці чинники є індикатором зміни особистості, що призводить не тільки до послаблення працездатності хворого, до погіршення його розумової діяльності, а й може спричинити виникнення психопатологічного синдрому.

За допомогою патопсихологічного експерименту можна вивчити не тільки структуру порушених процесів, а й тих форм психічної діяльності, які збереглися(щоб визначити шляхи відновлення порушених функцій). О.Р. Лурія зазначав, що успішність відновлення складних психічних функцій залежить від того, наскільки відновлювальна робота спирається на збережені ланки психічної діяльності. Перебудова дефектної функції відбувається в тісній взаємодії з розвитком збереженої. Обов’язково слід враховувати ставлення пацієнта до дослідження,що залежить від наявності хворобливого стану. Наявність марення, збудження або сильної загальмованості реакцій має спонукати експериментатора до перебудови дослідження. Наприклад, інколи у хворого з’являються фантазії, що експериментатор його «гіпнотизує», «опромінює» його мозок, тому досліджуваний спеціально нeпpaвильнo виконує завдання. За таких обставин обов’язковою є перебудова експерименту.

Багато інформації про вчинки та поведінку пацієнта можна отримати за допомогою **спостереження**. Б.В. Зейгарник зазначала, що спостереження за поведінкою хворого в ситуації експерименту якісно відрізняється від спостереження за хворим у клініці. Експериментатору слід враховувати, що способи та якість виконання завдань, кількість помилок, темп роботи можуть бути однаковими і у здорової, і у хворої людини. Але у них дуже різняться емоційні реакції (ці реакції дослідник теж має чітко відслідковувати та аналізувати).

Крім спостереження за поведінкою та реакціями хворих,із метою вивчення змін особистості використовують аналіз порушень пізнавальних процесів. Дослідники виявили, що помилки при розв’язанні завдань не завжди виникають унаслідок порушення логіки мислення – це може бути результатом ставлення суб’єкта до виконання завдань. Зокрема, доведено, що на успішність виконання навчальної діяльності впливає соціальна роль, яку школяр виконує в класі («невдаха», «зірка» «цап-відбувайло»). Застосування методик, що активізують пізнавальну діяльність, завжди передбачає актуалізацію особистісних компонентів (ставлень, мотивації).

**Проективні методи.** При використанні цієї групи методів завдання, що пропонують хворому, не передбачають чітко регламентованих способів розв’язання. При виконанні завдань хворий може проявити власні переживання, особливості своєї особистості, приховані риси характеру. Досить часто використовують наступні методики: *ТАТ* (Thematic Apperception Test) – опис картини з невизначеним сюжетом; *«чорнильні плями» Роршаха* (різні симетрично розташовані конфігурації чудернацького вигляду); *сюжетні картини*, які слід описати(зображення дій або поз персонажів). Досліджуваний має описати картинку, розповісти, що саме там намальовано, про що думають та що відчувають персонажі, що з ними відбудеться в майбутньому, що вони пережили в минулому. Французький психолог Омбредан зазначав, що хворий може ототожнювати себе з персонажем картинки.

Цей метод часто називають клінічним підходом до психіки здорової людини. Проективний метод надає можливість якісного аналізу цілісної особистості.

1. Вивчаючи п’яте питання, необхідно розкрити особливості організації патопсихологічного обстеження дітей. Можливість дослідити якісні характеристики психічних порушень є особливо важливою при обстеженні аномальних дітей. Будь-який ступінь психічного недорозвитку або психічного захворювання може завадити подальшому розвитку дитини. Патопсихологічний експеримент не має обмежуватися лише встановленням структури психічних процесів, рівня їх розвитку у хворої дитини; експеримент має виявити потенційні можливості дитини. Як зазначав JI.C. Виготський, стан розумового розвитку дитини можна визначити за допомогою двох рівнів – рівня актуального розвитку та зони найближчого розвитку. Зона найближчого розвитку – це потенційні можливості дитини, які можуть бути реалізовані за допомогою дорослого. Психічний розвиток характеризується не стільки актуальним рівнем розвитку, скільки рівнем зони найближчого розвитку дитини. Це положення Л.C. Виготського спрямовує побудову та проведення психологічного експерименту з аномальними дітьми. Тести можуть виявити лише актуальний рівень розвитку психіки дитини (проводиться кількісний аналіз матеріалу). Потенційні можливості дитини залишаються невиявленими. Тому Б.В. Зейгарник пропонувала будувати дослідження з аномальними дітьми як навчальний експеримент, адже він допомагає розкрити потенційні можливості дитини, сприяє вивченню структури та ступеня розвитку психіки аномальної дитини,питань відбору дітей до спеціальних шкіл.

Як зазначають Л.Ю.Максимова, К.Л.Мілютіна та В.М.Піскун, специфіка дитячої патопсихології полягає в тому, що порушенняпсихічної діяльності індивіда розглядається в динаміці, відповідно до розвитку дитини упродовж онтогенезу. Це значно ускладнює вивчення предмета дослідження, адже патопсихолог має враховувати водночас дві змінні: динаміку порушень психічної діяльності та динаміку формування психічної діяльності дитини, детерміновану дозріванням структур мозку. Побудова патопсихологічного обстеження, добір методик та стимульного матеріалу мають проводитись з урахуванням віку дитини та властивих їй у цьому віці рівнів розвитку пізнавальної діяльності та емоційно-вольової сфери, сфери інтересів, потреб, особистісних характеристик.

Патопсихологічне обстеження дітей має свою специфіку порівняно з патопсихологічним обстеженням дорослих. Патопсихолог першочергово має вивчати ті психічні функції та психологічні утворення, які на певному віковому етапі розвитку мають вирішальне значення. Оскільки психіка дитини перебуває у постійному розвитку, в патопсихологічній характеристиці досліджуваного слід розрізняти два види симптомів :

– первинні (безпосередньо пов’язані зі шкідливим впливом: хворобою, травмою та ін.);

– вторинні (є результатом порушення розвитку внаслідок процесу хвороби).

При вивченні порушень психічної діяльності дитини слід враховувати не тільки характер самих порушень, а й ту вікову фазу, коли було зафіксовано шкідливу дію травми або хвороби, а також вплив первинного дефекту на виникнення вторинних симптомів, які проявляються на момент дослідження.

Дитячий патопсихолог під час дослідження розв’язує такі завдання: виявляє порушення психічної діяльності та дає їм патопсихологічну кваліфікацію; проводить структурний аналіз виявлених порушень, виділяє первинні та вторинні симптоми; розробляє програму коригуючих заходів.

Організація патопсихологічного обстеження дитини передбачає, що його слід проводити індивідуально та в окремому приміщенні, де дитину та експериментатора не будуть турбувати сторонні. Уприміщенні дитині має бути зручно, затишно; звідти треба прибрати яскраві предмети (щоб дитина не відволікалася). Якщо дитина ще не досягла шестирічного віку, то допускається присутність матері (або когось іншого із близьких родичів досліджуваного). Недоцільно проводити обстежения, якщо дитина перевтомлена, пригнічена або сильно збуджена, якщо вона голодна або тільки-но поїла і її хилить до сну, якщо вона нездужає або відчуває біль. За необхідності серії обстежень їх необхідно проводити в один і той самий час.

1. У шостому запитанні слід дати загальну характеристику психологічного консультування як виду психологічної допомоги.Як зазначаєВ.Д. Менделевич, **психологічна допомога** передбачає надання пацієнту або клієнту інформації щодо його психічного стану, щодо причин та механізмів появи психологічних феноменів або психопатологічних симптомів та синдромів; також це цілеспрямований психологічний вплив на індивіда з метою гармонізації його психічного життя, адаптації до соціального оточення, позбавлення від психопатологічної симптоматики, реконструкція особистості з метою формування фрустраційної толерантності, стресостійкості та неврозостійкості.

Зазвичай психологічну допомогу розподіляють на три види: психологічне консультування, психокорекцію та психотерапію. Різні види психологічної допомоги передбачають здійснення впливу на різні аспекти особистості, мають різні цілі та засоби впливу та можуть бути використані як роздільно, так і разом. Надання ефективної психологічної допомоги включає поєднання перерахованих видів впливу на особистість пацієнта.

**Психологічне консультування** – це проведення аналізу психічного стану клієнта або пацієнта з використанням різних методик психологічної діагностики. Пацієнт має право отримати об’єктивні дані та наукову інтерпретацію їх результатів, що сприяє розв’язанню наявних у нього актуальних проблем, формуванню нових уявлень про розв’язання психологічних проблем; відбувається інформування щодо способів запобігання виникненню проблем, проводиться огляд методів психологічного захисту та компенсації, підвищується рівень психологічної культури пацієнта, відбувається сприяння особистісному зростанню клієнта.

Психологічне консультування охоплює: а) діагностичний процес із метою виявлення нормального або аномального розвитку людини, наявності або відсутності психопатологічної симптоматики,а також б) клінічне інтерв’ю та низку експериментально-психологічних методик для визначення особливостей функціонування психічних процесів та виявлення параметрів індивідуальності особистості; в) інформування клієнта щодо структури його психологічної діяльності та щодо його індивідуально-психологічних особливостей, наявності сприятливих та потенційно патогенних життєвих ситуацій. Інформування клієнта є досить складним процесом, адже передбачає не тільки безпристрасне висвітлення фактів, а й урахування можливих реакцій людини на інформацію щодо власної особистості; г) формування навичок психологічного захисту, оволодіння аутотренінгом та іншими способами нормалізації власного емоційного стану. У процесі консультування індивід оволодіває навичками рефлексивного стилю мислення, адаптивними формами реагування. Патопсихолог інформує пацієнта, не використовуючи тренінгові форми роботи,на відміну від психокорекційної роботи. Засвоєння клієнтом знань про механізми психологічного захисту сприяє формуванню нового погляду на власну психіку, на способи та особливості психічного реагування у стресових ситуаціях. Консультант не нав’язує клієнту або пацієнту єдино правильного шляху розв’язання міжособистісних або внутрішньоособистісних проблем, а надає багатоваріантний огляд форм поведінкових реакцій. На відміну від психокорекції та психотерапії, вибір способу розв’язання проблеми залишається за індивідом.

Психологічне консультування використовується при розв’язанні будь-яких психологічних проблем як початковий етап терапії і «реконструкції особистості». Зазвичай цей вид роботи використовується у поєднаннііз психокорекцією та психотерапією.

Специфічними об’єктами психологічного консультування постають: психологічні феномени, обумовлені кризами ідентичності та іншими світоглядними проблемами; комунікаційні порушення; міжособистісні конфлікти (розлучення, подружня зрада, звільнення з роботи та ін.), що розглядаються індивідом крізь призму світоглядних і моральних проблем.

В.Д. Менделевич зазначає, що упродовж психологічного консультування часто використовуються раціональна психотерапія, логотерапія, психологія самореалізації, позитивна психотерапія, когнітивна терапія, раціонально-емотивна психотерапія та психотерапія «здоровим глуздом». У назвах методик використовується термін «психотерапія», але по суті перераховані вище методики є консультативними. Психологічна допомога надається за активного використання методу інформування клієнта, передбачається активний вплив на його світоглядні установки проводиться активна робота з психологічними проблемами та невротичними симптомами.

1. У сьомому питанні необхідно розкрити сучасні методи психологічної корекції. **Психокорекція** – це метод комплексного психологічного впливу на поведінку та розвиток психічних функцій суб’єкта. Психологічна корекція базується на консультуванні та передбачає здійснення цілеспрямованого психологічного впливу на клієнта або пацієнта з метою приведення його психічного стану до норми за наявності характерологічних девіацій або особистісних аномалій, а також за умови оволодіння пацієнта новим видом діяльності.

Метод корекції патологічних явищ розроблявся в основному в патопсихології дитячого віку. Визначення шляхів корекції передбачає знання вікових особливостей дитини та аналіз відхилень у розвитку, а також контроль за перебігом психічних реакцій дітей. Ігрова діяльність розглядається дитячими патопсихологами як один із корекційних методів. Патопсихологія визначає адекватні прийоми для корекції викривленої гри (В.В.Лебединський). Такі корекційні прийоми слугують і для діагностичних цілей.

За Ю.С.Шевченко, існує п’ять видів стратегії психокорекції:

* психокорекція окремих психічних функцій та компонентів психіки або корекція особистості;
* директивна або недирективна стратегія психокорекційного впливу.
* корекція, спрямована на індивіда або сконцентрована на сім’ї;
* психокорекція у формі індивідуальних або групових занять;
* психокорекція як компонент клінічної психотерапії в комплексному лікуванні нервово-психічних захворювань або як провідний метод психологічного впливу на людину, що має відхилення у поведінці та соціальній адаптації.

Корекція передбачає напрацювання пацієнтом нових (психологічно адекватних) навичок за умови участі у спеціально розроблених тренінгових програмах. Основним способом психологічної допомоги є процес научіння ефективного прийняття себе та реальності (при цьому не обов’язково має відбуватися філософське осмислення свого життєвого шляху, свого місця у суспільстві, власних можливостей та здібностей). Відповідальність за психологічні зміни клієнта бере на себе психолог.

У клінічній психології психокорекція використовується за умови наявності у клієнта психологічних проблем, пов’язаних із характерологічними девіаціями та особистісними аномаліями, а також за наявності невротичних психосоматичних розладів. При роботі з клієнтами психологи використовують аутотренінг, нейролінгвістичне програмування, поведінкову (біхевіоральну) терапію, психодраму, трансактний аналіз.

**Аутотренінг** (аутогенне тренування) спрямовується на оволодіння навичками психічної саморегуляції за допомогою релаксаційних способів. За наявності психосоматичних розладів використовують аутогенне тренування з нервово-м’язовою релаксацією та методику біологічного зворотного зв’язку.

**Поведінкова психотерапія** при лікуванні нав’язливих страхів передбачає використання методик систематичної десенсибілізації та парадоксальної інтенції. Використовуючи методику *систематичної десенсибілізації,* патопсихолог «занурює» пацієнта у ситуацію, яка викликає страх. Метою роботи стає напрацювання нових адекватних форм реагування на ситуацію та «затухання» старих реакцій. Методика *парадоксальної інтенції* спрямована на зміну ставлення пацієнта до фобій шляхом доведення ситуації до абсурду. Завданням парадоксальної інтенції є заміна негативного емоційного підкріплення на іронію та гумор.

**Нейролінгвістичне програмування (НЛП)**– система психологічних маніпуляцій, що ґрунтуються на вивченні лінгвістичної метамоделі людини. При проведенні корекційної роботи спеціаліст НЛП спирається на такі базові положення:

* Будь-який симптом, реакція або поведінка людини мають захисний характер і тому є корисними. Вони починають заважати тоді, коли використовуються у невідповідному контексті.
* У кожної людини існує своя суб’єктивна модель світу, яку можна змінити.
* Кожна людина володіє прихованими ресурсами, які дають змогу змінити і суб’єктивне сприймання, і суб’єктивний досвід, і суб’єктивну модель світу.

Спеціалісти з НЛП використовують поняття модальності (найбільш типового для індивіда способу відображення навколишнього світу).

Виділяють три різновиди модальності: візуальну, аудіальну та кінестетичну. Виявивши домінуючу модальність людини, психолог може проводити корекційну роботу з метою напрацювання певної стратегії поведінки (бажаної для людини або її оточення). Базовою технікою НЛП є *рефреймінг* – надання особистості нового статусу.

**ІІсиходрама** використовується при роботі з клієнтами, що мають характерологічні девіації та «комплекс неповноцінності». Під час роботи психодраматичної групи відбувається програвання ролей з метою вивчення внутрішнього світу та напрацювання навичок оптимальної соціальної поведінки. Упродовж ігрової діяльності клієнт засвоює стереотипи поведінки у різних життєвих ситуаціях та має змогу апробувати їх з метою вибору найбільш ефективних, що сприяє подоланню комунікативних бар’єрів у спілкуванні з оточенням.

У **трансактному аналізі** Еріка Берна особистість людини розглядається як сукупність трьох станів «Я» («Я-Батько», «Я-Дорослий», «Я-Дитина»). При цьому психолог має на меті допомогти клієнтові осягнути особливості його взаємодії з оточенням та сприяти напрацюванню форм оптимальної поведінки.

Психологічна корекція сприяє виникненню душевного комфорту індивіда та гармонізації його взаємовідносин з оточуючими та суспільством загалом.

**Запитання для перевірки та самоконтролю**

* Які етапи проведення бесіди з хворим Ви знаєте?
* До методів психологічної допомоги відносять:а) психологічну корекцію; б) психологічне консультування;в) соціалізацію; г) ідентифікацію.
* Охарактеризуйте основні методи патопсихологічної діагностики.
* Інформування клієнта є важливим методом психологічної допомоги при: а) психологічному консультуванні; б) психологічній корекції;в) псевдофрустрації; г) сублімації;д) антиципації.
* Які саме особливості організації патопсихологічного обстеження дітей Ви можете виокремити?
* Терапевтичним (и) об’єктом (ми) психологічного консультування є :а) ідентифікація; б) екзистенційні проблеми людини; в) психосоматичні проблеми; г) проекція; д) Ваш варіант відповіді.
* Із якою метою використовується психодрама?

**Рекомендована література**

1. Виходцева O.A. Патопсихологія: навч. посіб. / О.А. Виходцева. – К. : Вид-во НПУ ім. М.П.Драгоманова, 2013. – 208 с.
2. Зейгарник Б.В. Патопсихология : учеб. пособ.[для студ. высш. учеб. заведений] / Б.В.Зейгарник. – 2-е изд., стереотип.– М. : Академия, 2003.– 208 с.
3. Маховер К. Проективный рисунок человека / пер. с англ. – 5-е изд., стереотипное. – M . : Смысл, 2009. – 158 с.
4. Основи дитячої патопсихології : навч. посіб. / Н.Ю. Максимова, К.Л. Мілютіна, В.M. Піскун. – К. : Перун, 1996. – 464 с.
5. Психологічний словник / за ред. члена-кореспондента АПН СРСР В.І.Войтка. – К. : Вища школа, 1982.– 216 с.
6. Психологія : підруч. / Ю.Л. Трофімов, В.В. Рибалка, П.А. Гончарук та ін.; за ред. Ю.Л. Трофімова. – К.: Либідь, 1999. – 558 с.
7. Цигульська Т.Ф. Загальна та прикладна психологія : курс лекцій / Т.Ф. Цигульська. – К. : Наукова думка, 2000. – С. 158 – 182.

**Тема№3. Психічно здорова людина як запорука цивілізованого суспільства**

**План**

1. Поняття, ознаки та критерії психічного здоров’я.
2. Норма та різновиди психічної норми.
3. Причини психічних захворювань.
4. Межа норми і патології.
5. Ознаки психічної патології.

**Концептуальний виклад та методичні поради**

1. Висвітлюючи перше питання, необхідно визначити поняття «психічне здоров’я», проаналізувати його ознаки та критерії. Психічне здоров’я – стан душевного благополуччя, що характеризується відсутністю хворобливих психічних проявів і забезпечує адекватну умовам дійсності регуляцію поведінки та діяльності. Основні критерії психічного здоров’я: відповідність суб’єктивних образів відображеним об’єктам дійсності та характеру реакцій – зовнішнім подразникам, значенню життєвих подій; адекватний віковий рівень зрілості особистісних емоційно-вольових та пізнавальних сфер; адаптивність у мікросоціальних стосунках; здатність до самоуправління поведінкою, розумного планування життєвих цілей і активного в їх досягнення.

Ознаки психічного здоров’я:

* відсутність психічного захворювання, виражених психічних розладів;
* нормальний психічний розвиток;
* сприятливий функціональний стан вищих відділів ЦНС;
* певний резерв сил людини, завдяки якому вона може подолати несподівані стреси чи труднощі, що виникають у виняткових обставинах /екстремальні ситуації.

Здоров’я (англ. health) – це стан повного фізичного, душевного і соціального благополуччя, а не лише відсутність хворіб або фізичних дефектів. Існує ряд інших визначеньздоров’я: 1) природний стан організму на фоні відсутності патологічних порушень, оптимального зв’язку із середовищем, узгодженості всіх функцій; 2) гармонійна сукупність структурно-функціональних даних організму, адекватних довкіллю, що забезпечують організму оптимальну діяльність, а також повноцінну трудову діяльність; 3) гармонійна єдність численних змінних процесів в організмі, що створює умови для оптимальної життєдіяльності всіх систем і підсистем організму; 4) процес збереження і розвитку біологічних, фізіологічних, психологічних функцій, працездатності тасоціальної активності людини за максимальної тривалості її активного життя. У широкому сенсі здоров’я визначається можливістю організму адаптуватися до нових умов із мінімальними витратами ресурсів і часу. Невід’ємною складовою загального здоров’я є психічне здоров’я (mental health). Виділяються такі складові психічного здоров’я: а) усвідомлення і відчуття безперервності, постійності й ідентичності свого фізичного та психічного «Я»; б) відчуття постійності й ідентичності переживань в однотипних ситуаціях; в) критичність до себе і власної психічної діяльності та її результатів; г) адекватність психічних реакцій силі і частоті зовнішніх дій, соціальним обставинам та ситуаціям; д) здатність управляти своєю поведінкою відповідно до соціальних норм (правил, законів); е) здатність планувати власну життєдіяльність і реалізовувати її; ж) здатність змінювати спосіб поведінки залежно від зміни життєвих ситуацій і обставин.

**2.** У другому питанні необхідно розкрити поняття норми та її різновиди. Норма (від лат. norma – правило, зразок) – у психології і медицині позначення здоров’я [але їх не можна вважати повними синонімами]. Виділяють три основних види норми: 1) статистичні, що характеризують статистичну більшість описуваних об’єктів; 2) фізіологічні, які характеризують за обраними параметрами процеси і стани здорового організму; 3) індивідуальні. С. Б. Семічев виділив п’ять рівнів психічної норми: 1) ідеальний, або еталон, – гіпотетичний психічний стан, що характеризується гармонійною інтеграцією теоретичних норм, що створює умови для повної психосоціальної адаптації і психічного комфорту та відповідне нульовій вірогідності психічної хвороби або психічної нестабільності; 2) середньостатистичний,як похідний усереднених психологічних ознак конкретно вибраної і вивченої популяції; передбачає певний ризик психічного розладу; 3) конституціональний– співвідношення певних типів психічних станів здорових людей із певним типом тілесної конституції[прикладом концепції, базованої на конституціональній нормі, є концепція Е. Кречмера]; 4) акцентуація – варіант психічної нормиз особливою вираженістю і непропорційністю деяких рис характеру, притаманних дисгармонійній особі; 5) передхвороба – поява перших, епізодичних, розрізнених ознак психічної патології, дисфункції, негрубих порушень соціальної адаптації. Про психічну норму можна говорити тоді, коли фізіологічні і психофізіологічні функції головного мозкуяк основа психічних процесівперебувають у межах фізіологічної норми, а психічні складові особи (сприйняття, пам’ять, увага та ін.) –в межах статистичної норми, що визначається за допомогою експериментально-психологичних методів. Норма входить у дихотомію «норма – патологія». До патології відносять психопатії, дефектні стани, аномалії розвитку та ін.

**3.** При розгляді третього питання необхідно детально проаналізувати причини психічних захворювань, які дуже різноманітні і не для всіх хворіб установлені остаточно. Найважливіші з них:

–патологічна спадковість. Найчастіше спостерігається спадкова схильність до захворювання під впливом різних додаткових негативних факторів і складних умов життя. Ризик виявлення захворювання значно зростає при патологічній спадковості обох батьків. Так, наприклад, при захворюванні на шизофренію одного з батьків патологія виявляється у кожної шостої дитини, а при хворобі обох батьків – у кожної третьої. Пряма передача хвороби від батьків дітям спостерігається лише у незначної частини психічних захворювань, переважно при олігофренія;

* ураження головного мозку(черепно-мозкові травми, склероз судин головного мозку або дегенеративні процеси у мозкових нервових клітинах при старечих хворобах Альцгеймера, Піка);
* інфекції. Психічне захворювання спричиняє їх безпосередня дія на мозок (енцефаліти, менінгіти) або загальні інфекції (грип, вірусні інфекції, тиф, туберкульоз та ін.);
* гострі й хронічні (зловживання алкоголем, наркотичними й іншими психоактивними речовинами, дії отрутохімікатів і промислових токсичних речовин тощо);
* аутоінтоксикація(при розладі обміну речовин унаслідок хвороби печінки, нирок, щитоподібної залози, а також при шизофренії (фебрильна форма));
* стресогенні впливи тяжких психічних травм, соціальних потрясінь і природних надзвичайних ситуацій

Існують хвороби, які розвиваються швидко і закінчуються повним одужанням. До них відносять, наприклад, гострі алкогольні психози, гострі інфекційні захворювання, гострі реактивні стани. Інші хвороби мають хронічний тривалий перебіг; поступовий розвиток їх клінічних проявів характеризуються певною динамікою і стадійністю.

1. При підготовці четвертого питання необхідно розкрити поняття патології та межі норми і патології. Патологія – 1) ненормальний стан, за якого правильне функціонування стає неможливим, не функціональний розлад, а органічна дисфункція або хвороба. Проте у клінічній психології та психіатріївона включає ще й розлади, в яких немає відомих біологічних компонентів. Так виник термін «психопатологія»; 2)позначення наукових досліджень таких станів;3) позначення певної наукової або медичної галузі(наприклад, невропатологія).

***Межею норми і патології є:***

* нервово-психічні тимчасові відхилення, типу «божевільна любов», «сліпий гнів», «панічний страх», «сліпі ревнощі»;
* пристрасті, які повністю оволодівають людиною (пристрасть наживи, влади, помсти, меломанія, пошук справедливості та ін.);
* гіпертрофовані риси характеру (дивацтва, акцентуації);
* раптові афективні та поведінкові реакції;
* коливання настрою (як спонтанні, так і внаслідок різних обставин: під впливом алкоголю, наркотиків, збуджувальних, стимулювальних засобів, снодійних);
* зміни поведінки під впливом соціальних груп (більшості).  
  *Суміжні проблеми:*
* геніальність;
* злочинність;
* окультизм.

Захист психічний – сукупність несвідомих психічних процесів, що забезпечують охорону психіки й особистості від небезпечних негативних і деструктивних дій, внутрішньопсихічних і зовнішніх імпульсів.

1. Висвітлюючи п’яте питання, необхідно розкрити основні ознаки психічної патології. Що таке психічна патологія, визначити дуже нелегко. Більшість відомих тлумачень сходяться на тому, що психічна патологія – це відхилення від загальноприйнятних норм, які супроводжуються постійними душевними стражданнями, психічною дисфункцією і небезпекою, яку людина спричиняє сама собі та оточенню. Ознаки психічної патології:

* відхилення від норми (людина сильно відрізняється від інших людей, схильна до крайнощів, незвичайна, навіть дивна).Судження про те, що слід називати патологією, залежать від різних обставин, а також від того, що вважається нормою, – писані і неписані правила поведінки, прийняті в суспільстві);
* постійні душевні страждання (тобто неприємні переживання; буває, що люди, чию поведінку можна вважати патологічною, продовжують зберігати позитивний настрій);
* психічна дисфункція, що заважає людині належним чином виконувати свої повсякденні обов'язки (патологічна поведінка може призвести до психічної дисфункції, тобто до нервового розладу, що заважає людині в її повсякденному житті: щось так непокоїть її, так хвилює, що вона не може достатньою мірою піклуватися про себе, підтримувати нормальні соціальні зв'язки чи ефективно працювати);
* небезпеказ боку такої людини.

Однак багато людей, які страждають від постійної тривоги, депресії і навіть дивно себе поводять, не становлять безпосередньої небезпеки ні для себе, ні для інших).

Суспільству важко відрізнити патологію, що потребує лікування, від незвичайних особливостей індивідуальної поведінки.Тому нефахівець не має права втручатись у життя людини.

**Запитання для перевірки та самоконтролю**

* Які ознаки та критерії психічного здоров’я Вам відомі?
* Які визначення психічного здоров’я Ви можете розкрити?
* Коротко охарактеризуйте різновиди норм.
* Які причини психічних захворювань Ви знаєте?
* Що є межею норми та патології?
* Які ознаки психічної патології Вам відомі?

**Рекомендована література**

1. Большой психологический словарь. – 4-е изд., расшир. / сост. и общ. ред. Б.Г.Мещеряков, В.П.Зинченко. – М. : ACT; СПб. : Прайм-ЕВРОЗНАК, 2009. – 811 с.
2. Виходцева O.A. Патопсихологія : навч. посіб. / О.А. Виходцева. – К. : Вид-во НПУ ім. М.П.Драгоманова, 2013. – 208 с.
3. Губенко І. Я. Основи загальної і медичної психології, психічного здоров`я та міжособового спілкування : підруч. / І. Я. Губенко, О. С. Карнацька, О. Т. Шевченко. – К. : Медицина, 2013. – 294 с.
4. Зейгарник Б.В. Патопсихология : учеб. пособ.[для студ. высш. учеб. заведений] / Б.В.Зейгарник. – 2-е изд., стереотип.– М. : Академия, 2003.– 208 с.
5. Мартинюк I.A. Патопсихологія : навч. посіб. / І.А.Мартинюк. – К .: Центр учбової літератури, 2008. – 208 с.
6. Скотна Н. Тлумачний патопсихологічний словник / Н. Скотна, В. Стець. – Дрогобич: Редакційно-видавничий відділ Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка, 2006. – 150 с.

**Тема №4. Розлади відчуттів та сприймань**

**План**

1. Поняття, властивості і види відчуттів та сприймань.
2. Загальна характеристика основних видів розладів відчуттів.
3. Основні розлади при відсутності сприймання.
4. Основні розлади при порушенні інтенсивності сприймання.
5. Основні розлади при викривленні сприймання.
6. Основні розлади при помилках сприймання: ілюзії та галюцинації.

**Концептуальний виклад та методичні поради**

**1**. Висвітлення першого питання доцільно розпочати із загальної характеристики відчуттів, якнайпростішого психічного процесу, який полягає у відображенні окремих властивостей предметів та явищ об’єктивного світу, а також внутрішніх станів організму, що виникає в результаті безпосереднього впливу їх на рецептори та нервові центри кори головного мозку. **Відчуття** – це найпростіша форма психічного відображення, притаманна і тварині, і людині, яка забезпечує пізнання окремих властивостей предметів та явищ;відображення властивостей предметів об’єктивного світу, що виникає при їх безпосередньому впливі на рецептори.

**Сприймання** – це відображення у свідомості людини цілісних комплексів властивостей предметів та явищ об’єктивного світу при їх безпосередньому впливі на органи чуття. На відміну від відчуттів, упродовж сприймання формується образ цілісного предмета шляхом відображення усієї сукупності його властивостей. В акті сприймання проявляється взаємозв’язок сенсорної та мовленнєвої діяльності індивіда. **Сприймання** – цілісне відображення предметів, ситуацій та подій, що виникає при безпосередньому впливі фізичних подразників на рецепторні поверхні органів чуття.

**Органами чуття** називають спеціалізовані периферичні утворення, які здійснюють прийом впливу від зовнішніх подразників, що діють на організм. Органи чуття людини одержують, відбирають, накопичують інформацію та передають її до мозку. У результаті виникають адекватні відчуття навколишнього світу та стану самого організму. У людини виділяють органи зору, слуху, смаку, дотику, нюху. Предмети та явища об’єктивної дійсності впливають на органи чуття своїми різноманітними якостями. Відповідно до того, як подразнюються органи чуття, їх поділяють на контактні (тактильний, смаковий) та дистантні (зоровий слуховий, нюховий).

Сприймання є перцептивною діяльністю. **Перцепція** – відображення речей та явищ у свідомості людини за допомогою органів чуття. Перцептивна система включає сукупність аналізаторів, які забезпечують акт сприймання. Основними структурними одиницями сприймання є перцептивні дії, які охоплюють знаходження об’єкта сприймання та співвіднесення його з образами пам’яті. Також на сприймання об’єкта впливає аперцепція (залежність сприймання від змісту психічного життя людини, особливостей особистості суб’єкта сприймання).

На момент народження дитина вже має дотикову, смакову та пропріоцептивну чутливість.

*Фізіологічною основою сприймань* є умовнорефлекторна діяльність внутрішньоаналізаторного та міжаналізаторного комплексу нервових зв’язків, що обумовлюють цілісність і предметність явищ, які відображаються у свідомості людини.

*Нейрофізіологічна основа сприймань.* Сприймання починається з рецепторів та закінчується у вищих відділах ЦНС. Первинний аналіз сенсорної інформації відбувається у певних проекційних зонах кори головного мозку. Далі в асоціативних зонах отримана інформація зіставляється з набутими образами (наявними в пам’яті), відбувається її впізнавання, вона відображається в мовленні, тобто усвідомлюється.

До загальних властивостей відчуттів слід віднести:

* **якість**[кожен вид відчуттів має свої специфічні особливості];
* **інтенсивність** – визначається силою діючого подразника тафункціональним станом рецептора;
* **тривалість** – визначається функціональним станом органа чуття, часом дії подразника та його інтенсивністю;
* **просторову локалізацію подразника** – просторовий аналіз, що здійснюється дистантними рецепторами, дає нам інформацію про локалізацію подразника у просторі.

До загальних властивостей сприймань належать:

1. **предметність** – відношення інформації про світ до цього світу;
2. **структурність** – сприймання узагальнених структур;
3. **осмисленість** – зв’язок із мисленням;
4. **цілісність** – сприймання цілісного образу предмету або явища;
5. **константність**– постійність форм предметів;
6. **вибірковість**– виділення одного об’єктуа середінших.

Оскільки відчуття виникають унаслідок впливу певного подразника на відповідний рецептор, їх класифікують за властивостями подразників та рецепторів.

Відчуття поділяються на такі ***різновиди***:

* **екстероцептивні**– від зовнішніх подразників (можуть бути контактними і дистантними): зорові, слухові, дотикові, нюхові, смакові.
* **інтероцептивні** (органічні) – наприклад, відчуття спраги, голоду. Органічні відчуття фіксують такі психофізіологічні стани організму, як голод, спрага, статевий потяг, утома, бадьорість тощо. Органічні відчуття безпосередньо пов’язані з вегетативною нервовою системою. Зрештою, опосередковано вони регулюються центральною нервовою системою;
* **пропріоцептивні** (сигналізують про положення частин тіла та їх рух).

Сприймання найчастіше розрізняються за видами залежно від провідної ролі того чи того аналізатора.

***Види*** сприймань: 1) за аналізатором, що бере участь в обробці інформації, сприймання поділяють на зорове, слухове, нюхове, дотикове, кінестезичне; 2)за формами існування матерії: сприймання простору, часу, руху.

1. **Основні розлади відчуттів**

**Сенестопатії** – незвичайні, неприємні, іноді болісні відчуття, які складно описати. Вони локалізуються у шкірі, під шкірою, у внутрішніх органах (гортань, серце, шлунок, статеві органи). Для виникнення сенестопатій об’єктивних причин (прямого впливу подразника на аналізатор) немає. До таких неприємних відчуттів відносять тиск, дзюрчання, полускування, жар, пульсацію, переливання (рідини), розпирання, стягування та ін.. Сенестопатії за локалізацією можуть бути обмеженими або розповсюдженими, локалізуватися на одному місці або «мігрувати» (при шизофренії, органічних ураженнях мозку). У дітей сенестопатії зазвичай проявляються епізодично, починаючи з 5 – 7-річного віку, частіше локалізуються в черевній порожнині.

**Парестезії** – неприємні суб’єктивні відчуття, що виникають у тілі та кінцівках («бігання мурашок», заніміння, поколювання) під впливом інтоксикацій; також парестезії можуть бути психогенного характеру.

**Анальгезія** – відсутність больових відчуттів (може виникати при прогресуючому паралічі).

**Аносмія** – втрата нюху, чутливості до запахів. Причиною виникнення аносмії є ураження нюхового аналізатора (при хворобах носа, горла, вуха, при алергії та нервових розладах).

**Гіпальгезія** – зменшення больових відчуттів (наприклад, при виникненні бурхливого афекту).

**Гіпералгезія** – посилення больових відчуттів.

**Анестезія** – зникнення відчуттів, утрата чутливості. Наприклад, утрата тактильної чутливості або слуху, одночасна втрата зору та слуху. Зазвичай це явище спостерігається при істеричних розладах.

**Гіпестезія** – зниження сили відчуттів, зниження чутливості до сил впливу зовнішніх подразників (наприклад, під час депресії). Звуки стають приглушеними, світло та кольори – бляклими.

**Гіперестезії** – загострення відчуттів, зростання чутливості до дії звичайних подразників. Такі явища спостерігаються у стані крайнього виснаження. Зростання чутливості до запахів – *гіперосмія*, до звуків – *гіперакузія* (звуки здаються хворому «занадто голосними»).

**Синестезії** – виникнення відчуттів в органі чуття при подразненні іншого аналізатора. Якості відчуття одного виду переносяться на інший. У нормі у людей може бути «кольоровий слух»; патологія –під час ін’єкції пацієнтав живіт (наприклад, у роті з’являється відчуття солоного).

**3.** При підготовці третього питання слід розкрити основні розлади відсутності сприймань. Розлади сприймань виникають унаслідок психічних захворювань. Сприймання є основою орієнтування людини у світі. С.Л. Рубінштейн зазначав, що людське сприймання завжди є узагальненим та залежить від спрямованості особистості. Сприймання – це перцептивна діяльність, що характеризується узагальненістю та вмотивованістю, а отже, сприймання може впливати на різні етапи та характеристики діяльності: порушується узагальнення, утруднюється впізнавання, відбувається помилкове впізнавання та ін.

Розлади відображення реального світу в нормі та за наявності психічних захворювань можуть відбуватися у таких формах, як: відсутність сприймання, порушення інтенсивності сприймання, викривлення сприймання, помилки сприймання.

При ***відсутності сприймання*** виокремлюють такі порушення:

**Агнозія** (невпізнавання) – порушення впізнавання предметів та явищ у стані ясної свідомості при збереженні рецепторів та аналізаторів. Зазвичай виникає при органічних ураженнях мозку (судинних, пухлинних), але може бути і симптомом істерії.

*Агнозія акустична* (слухова) – порушення впізнавання звуків, фонем та предметів за характерними для них звуками.

*Агнозія оптична* (зорова) – порушення впізнавання зорових образів предметів та явищ.

*Агнозія просторова* – порушення здатності орієнтуватися в просторі, в розташуванні предметів, у визначенні відстані між ними.

*Агнозія тактильна*– неможливість визначити «що за предмет?» на дотик. Але при цьому правильно описуються окремі характеристики предмета– маса, температура.

Детально механізми агнозій описав О.Р. Лурія. Наприклад, на малюнку хворий може не впізнати барабан, олівець, літак. Упізнаючи предмет на фото, пацієнти не переносять це впізнавання на силуетне зображення. За умови наявності підказки на кшталт «Це картуз чи книга?» впізнавання відбувається легше. Усе сказане означає, що сприймання порушується як процес, котрий має функцію узагальнення.

* + 1. У четвертомузапитанні слід зосередитися на висвітленні порушень інтенсивності сприймання.

**Сенсорна гіперпатія**– зростання інтенсивності сприймання, коли посилюється яскравість зорових подразників (світло стає занадто яскравим), коли слухові подразники стають занадто голосними. Імпульси, що йдуть від органів та систем тіла, створюють напруження, сприймаються як незвичайні або больові, неприємні.Водночас людина може відчувати тривогу або екстаз, у неї виникає багато невпорядкованих думок, непосидючість, потреба бігти. Причиною такого стану може бути сильне голодне виснаження.

**Сенсорна гіпопатія**– зниження інтенсивності сприймання. Світ здається примарним, нереальним, кольори – бляклими, звуки – приглушеними. Дерева та будинки сприймаються як декорації, люди – як маски. Усе, що хворий бачить та чує, проходить без сліду; все відбувається дуже уповільнено, інколи – як на стоп-кадрі.

**Дереалізація**– відчуження дійсності. Перцепція супроводжується почуттям нереальності, неприродності, «все ніби якесь не таке». Може виникати ефект «дежав’ю» - незнайома, нова обстановка стає ніби знайомою. ***Дереалізація –*** примарне, химерне, безбарвне, інколи схематичне, силуетне сприйняття дійсності, що реально існує навколо. Може супроводжуватися сумнівами щодо реальності існуючого світу, людей, предметів. До такого типу розладів належать і феномени «вже баченого, вже почутого, вже пережитого» раніше (дежа вю – фр.), коли в незнайомій місцевості виникає настирливе, непереборне відчуття того, що тут уже колись доводилося бувати, таке вже колись бачити чи чути, а також «ніколи не баченого, ніколи не чутого, ніколи не пережитого» (жаме вю – фр.), коли знайома місцевість чи оточення сприймаються як незнайомі; відомі люди, родичі – чужими чи незнайомими.

**Деперсоналізація соматопсихічна.** Людина переживає зникнення больових відчуттів, відчуття того, як вона дихає, яка в неї маса тіла. Власне тіло сприймається як оболонка без життєвого тонусу («тіло наче не моє», «ніби я живий труп»). У цьому стані може виникати незадоволення актами сечовиділення та дефекації, зникають відчуття ситості, задоволення від сну.

**Деперсоналізація аутопсихічна**– переживання змінності власного психічного «Я». У пацієнта виникає враження, що думок у нього немає або вони не піддаються контролю. Здається, що голова пуста, емоцій та почуттів немає, людина відчуває себе «тупою», «бездушною». Немає страху, гніву, переживань горя. Пацієнт перебуває ніби уві сні, не завжди знає, як правильно, адекватно відреагувати, вчинити, що викликає занепокоєність. Сновидіння стають настільки яскравими, що потрібні певні зусилля, аби відмежувати їх від реального життя.

Слід зауважити, що дереалізація та деперсоналізація розглядаються як розлади самосвідомості. Вони можуть спостерігатися і у здорових осіб у стані психічного та фізичного виснаження, а особливо у тих, хто має високу тривожність або психастенічні риси. Ці стани при неврозах простежуються в пубертатному та юнацькому віціяк симптоми психозів.

**5.** У п’ятому запитанні слід розкрити основні порушення при викривленні сприймання.

**Психосенсорні розлади (метаморфопсії).** Порушується сприймання перспективи (предмети наближаються, віддаляються, зміщуються), відбувається збільшення кількості предметів, спотворення їх форми (подовження, скорочення, спотворення, перекручування, розширення), зміна розмірів.

***Метаморфопсії –*** викривлене сприйняття розмірів, форми просторового розташування реальних предметів. При цьому навколишні предмети сприймаються пропорційно, але неприродно зменшеними, ***– мікропсія*** чи, навпаки, пропорційно, неприродно, аж до велетенських розмірів; збільшеними ***– макропсія.*** Навколишні предмети можуть також сприйматися перекрученими, з перекосами, розтягненими, вкороченими чи звуженими***(дисмегалопсія).*** Хибне сприйняття простору, що супроводжується неприродними віддаленням чи, навпаки, наближенням предметів, називається ***порропсією.***

**Оптико-вестибулярні розлади**. Пацієнту здається, що стіни валяться, підлога піднімається, ліжко, на якому пацієнт лежить, «рухається».

**Розлади «схеми тіла»:**

1. Розлади сприймання форми, розміру, положення частин тіла у просторі. Людина самій собі здається легесенькою, як пушинка, котру легко віднесе вітром.

2. Розпад тіла на частини. Голова, кінцівки, тіло ніби існують самі собою.

3. Відчуття наявності неіснуючих кінцівок (третьої ноги або руки), наявність двійника (поруч із собою на ліжку хворий «відчуває» своє друге «Я»).

4. Несприймання власного дефекту (пацієнту відрізали ногу, а він відчуває, ніби у нього обидві ноги).

Розлади сприйняття тіла і метаморфопсії у дітей зазвичай спостерігаються після 6 – 7років при органічних ураженнях головного мозку.

**6.** Розгляд шостого питання передбачає аналіз помилок сприймання: ілюзій та галюцинацій.

**Ілюзії** – спотворене сприймання реально існуючих предметів чи явищ. Вони досить легко виникають у тих, хто погано чує або бачить, тому що таким пацієнтам складно отримати повну інформацію через дефект зору або слуху. Появу ілюзій також може спричинити сильний афект.

**Класифікація ілюзій:**

І.  ***За етiологiєю***:

1) *фiзичнi* ***–*** виникають унаслiдок прояву певних фiзичних властивостей предметiв та речовин (оптичних, електромагнiтних, гравiтацiйних);

2) *фізіологічні* ***–*** зумовленi фiзiологiчними особливостями функцiонування аналiзатора (зорового, вестибулярного, дотикового та iн.);

3) *психiчнi****–*** виникають при афективно (афект ***–*** дуже сильна емоцiя) змiненiй свiдомостi, появi якоїсьдомінанти, якихось певних уявлень, змiнах деяких iнших психiчних функцiй.

ІІ. ***За аналiзаторами:***

1) *зоровi,*

2) *слуховi* та iн.

ІІІ. ***За складнiстю***:

1) *простi,*

2) *складнi* (*парейдолiчнi*, коли у звичайних силуетах людина вбачає фантастичнi, частiше загрозливі, картини).

*Вікові особливості виникнення ілюзій.* У нормі у дітей ілюзії можуть виникати внаслідок яскравості, образності процесу сприймання та несформованості деяких операцій мислення. Це призводить до появи образів, які є ілюзіями. При патології до появи ілюзій призводить постійне переживання тривоги, страху, наявність депресивного стану, розладів свідомості та інтоксикація організму.

**Галюцинації** – помилкові сприйманняреально відсутніх предметів та явищ, в існуванні яких хворий упевнений (так зване сприймання без об’єкта).

***Нейропсихологічний механізм галюцинацій.*** Галюцинації як розлади чуттєвого пізнання передбачають появу у свідомості людини образів без дії реального подразника; при цьому образи набувають інтенсивності, чуттєвості, стають для самосвідомості хворого такими, що відрізняються від реальних предметів. У хворого змінюються не тільки процес сприймання, а й емоції, мислення, ставлення до навколишнього світу. Причина помилок сприймання – у порушенні надходження сенсорної інформації через патологію в системі аналізатора (токсичне, інфекційне, органічне його ураження) та у збільшенні реакції активації в ретикуляторній формації стовбура мозку. Унаслідок цього стає «живою» інформація, що була сприйнята в минулому. Потім вона трансформується вгалюцинаторні образи. Галюцинації легше виникають під час засинання або пробудження. Також виникнення галюцинацій пов’язують із порушенням обміну дофаміну (або ендорфіну) в головному мозку.

***Види галюцинацій.*** Галюцинації поділяють на істинні та псевдогалюцинації. Істинні галюцинації спрямовані назовні. Це суб’єктивні сприймання як такі, що не піддаються контролю особистості, є чужими для неї. Псевдогалюцинації частіше пов’язані з «внутрішнім простором» особистості, виникають поза бажанням хворого, не визнаються хворим як об’єктивна реальність, визначаються ним як дещо аномальне, відмінне від образів, спогадів та фантазій.

Як приклад можна навести такий випадок. Дівчина 14-ти років перенервувала та перевтомилася під час складання іспиту. Тривожність, порушення сну, перевтома призвели до появи «в голові» чоловічого голосу, що говорив на еротичні теми, а інколи погрожував. Дівчина пояснилацей голостак: «Знайомий інженер поглянув в очі та телепатично передав свій голос».

Галюцинації відносять до психотичних симптомів. У психічно здорової людини вони простежуються досить рідко, за певних обставин:

* при пробудженні (коли людина напівсонна);
* у стані сильного афекту;
* при голодуванні;
* при перевтомі.

Також у клініці виділяють елементарні та складні галюцинації. *Елементарні галюцинації*– окремі звуки, безпредметні образи (стук, лінії, кола, іскри). Складні галюцинації – розмови, образи людей, тварин. Опишемо їх детальніше.

* *Сценічні галюцинації* – тематичні, сюжетно взаємопов’язані картини та епізоди досить бурхливих подій.
* *Гіпнагогічні галюцинації* – виникають перед засинанням, коли очі закриті.
* *Слухові галюцинації* відіграють велику роль у розвитку марення, спричиняють порушення працездатності та поведінки. Слухові галюцинації поділяють на *імперативні* (можуть бути небезпечними для оточуючих та хворого; пацієнт чує накази вбити себе або іншу людину, не їсти, не спати, не слухати лікаря) та *коментуючі* (голос обговорює вчинки та висловлювання хворого, цей голос може виникати епізодично або звучати постійно, може бути тихим або голосним, приємним або неприємним). Якщо із хворим немає контакту, то виникнення галюцинацій визначають за тим, як він закрив вуха, ховає голову під подушку, прислухається. Частіше слухові галюцинації спостерігаються при шизофренії, алкогольному галюцинозі, внаслідок органічного (травматичного, постенцелофатичного) ураження мозку.
* *Зорові галюцинації* можуть бути одноманітними (фігура, пляма – при епілепсії) або різноманітними, яскравими, рухливими. Можуть виникатинавіть при сліпоті. Зазвичай виникають при гострих токсичних (біла гарячка), інфекційних (грип, кір), соматогенних (ниркова недостатність) та психогенних (істеричних) психозах.
* *Тактильні галюцинації* (дотикові) виникають при білій гарячці, шизофренії, кокаїнізмі: людина відчуває неприємне повзання живих істот на поверхні шкіри, болісне проходження струму, дотик неживих об’єктів (скло, метал, пісок, рідина). Різновидами дотикових галюцинацій є відчуття холоду, жару, тепла, вологи по всій поверхні тіла.
* *Нюхові галюцинації* проявляються у формі реально відсутніх запахів (частіше неприємних) і виникають як при гострих, так і при хронічних психозах.
* *Смакові галюцинації*– відчуття в роті незвичайного, а інколи – неприємного смаку, що виник без прийому їжі або напоїв. Досить часто смакові та нюхові галюцинації виникають одночасно.

***Вікові особливості виникнення галюцинацій.*** При психічних розладах у дітей частіше спостерігаються зорові галюцинації, а у дорослих переважають слухові, рідше – тактильні, ще рідше – нюхові та смакові. Галюцинації, що характеризуються динамічністю, яскравістю й образністю, частіше спостерігаються і на тлі затьмареної свідомості, при токсичних та інфекційних ураженнях головного мозку. Діти часто «бачать» тваринок, комах, героїв мультиків, казкових персонажів. Якщо образи занадто яскраві, дитина лякається, просить допомоги у дорослих. При психозах діти під час онейроїдного стану «бачать» сцени з життя римлян, піратів, мушкетерів, епізоди казок або фантастичних романів. Пацієнт переживає події як учасник, хоча при цьому залишається нерухомим. Його переживання відбиваються у погляді, у міміці.

**Запитання для перевірки та самоконтролю**

* Які розлади відчуттів Ви можете охарактеризувати?
* Гіперестезія – це:а) патологічне відчуття у різних частинах тіла та внутрішніх органах;б) помилкове сприйняття неіснуючих предметів та явищ;в) загострене, посилене чуттєве сприйняття;г) усі відповіді правильні.
* Які види агнозій Вам відомі?
* Гіпестезія – це:а) загострене, посилене чуттєве сприйняття;б) поява одночасно з відчуттям в одному аналізаторі відчуття в іншому аналізаторі;в) зниження чутливості до зовнішніх подразників;г) усі відповіді правильні.
* Галюцинації – це:а) помилкове сприйняття реально існуючих предметів та явищ;б) помилкове сприйняття неіснуючих предметів та явищ;в) загострене, посилене чуттєве сприйняття;г) усі відповіді правильні.

Істинні (справжні) галюцинації – це:а) такі, що проектуються назовні, мають чуттєве забарвлення, сприймаються особистістю як чужі та не піддаються контролю;б) такі, що частіше проектуються на внутрішній світ хворого, виникають мимовільно, не визнаються хворим як об’єктивна реальність; в) помилкове сприйняття реально існуючих предметів та явищ.

* За яких саме обставин у здорової людини можуть виникати галюцинації?
* Псевдогалюцинації:а) такі, що проектуються назовні, мають чуттєве забарвлення, сприймаються особистістю як чужі та не піддаються контролю;б) такі, що частіше проектуються на внутрішній світ хворого, виникають мимовільно, не визнаються хворим як об’єктивна реальність; в) помилкове сприйняття неіснуючих предметів та явищ.
* Чим відрізняються ілюзії від галюцинацій?
* Які існують розлади впізнавання частин власного тіла?

**Рекомендована література**

1. Виходцева O.A. Патопсихологія: навч. посіб. / О.А. Виходцева. – К. : Вид-во НПУ ім. М.П.Драгоманова, 2013. – 208 с.
2. Зейгарник Б.В. Патопсихология : учеб. пособ.[для студ. высш. учеб. заведений] / Б.В.Зейгарник. – 2-е изд., стереотип.– М. : Академия, 2003.– 208 с.
3. Мартинюк I.A. Патопсихологія : навч. посіб. / І.А.Мартинюк. – К.: Центр учбової літератури, 2008. – 208 с.
4. Психологічний словник / за ред. члена-кореспондента АПН СРСР В.І.Войтка. – К. : Вища школа, 1982.– 216 с.
5. Скотна Н. Тлумачний патопсихологічний словник / Н. Скотна, В.Стець. – Дрогобич: Редакційно-видавничий відділ Дрогобицького державного педагогічного університету імені І.Франка, 2006. – 150 с.
6. Цигульська Т.Ф. Загальна та прикладна психологія : курс лекцій / Т.Ф. Цигульська. – К. : Наукова думка, 2000. – С. 158 – 182.

**Тема № 5.Розлади пам’яті**

**План**

1. Поняття, закони та фізіологічні основи пам’яті.
2. Характеристика основних різновидів та процесів пам’яті.
3. Основні напрями досліджень патології пам’яті.
4. Загальна характеристика розладів пам’яті.

**Концептуальний виклад та методичні поради**

**1.** Висвітлення першого питання слід розпочати з визначення пам’яті, яка є психiчним процесом запам’ятовування, збереження та послiдовного вiдтворення i впiзнавання всього того, що ранiше було сприйняте, пережите або зроблене, тобто вiдображення минулого досвiду людини. Якостi або процеси пам’ятi:

1) запам’ятовування та закрiплення iнформацiї ***–****фiксацiя*;

2) зберiгання або утримування iнформацiї ***–****ретенцiя*;

3) вiдтворення iнформацiї ***–****репродукцiя*.

Пам’ять пов’язує минуле суб’єкта з його теперішнім і майбутнім та постає важливою пізнавальною функцією, основою розвитку та навчання. Пам’ять – одиніз феноменів розумової діяльності людини.

Пам’яттю називають форму психічного відображення, що полягає в укріпленні, збереженні та наступному відтворенні минулого досвіду. Завдякипам’яті кожне покоління має можливість передавати свої знання і досвід наступному. При психологічному аналізі пам’яті слід враховувати, що вона є частиною цілісної структури людської особистості. З розвитком мотиваційно-потребової сфери людини може змінюватися її ставлення довласного досвіду, власного минулого, внаслідок чого одна й та ж сама подія може по-різному зберігатися в пам’яті особистості.

***Закони*** пам’яті:

1.Ефект Зейгарник (незавершені дії запам’ятовуються краще).

Крива забування Еббінгауза (забування є особливо інтенсивним безпосередньо після процесу заучування).

Пам’ять включається в різні види людської діяльності, в них формується та виявляється, ними (видами діяльності) зумовлюються особливості та форми вияву за пам’яті. Пам’ять кожної людини має свої особливості, що свідчать про її продуктивність: обсяг, швидкість, точність, тривалість, готовність запам’ятовувати. Сукупність прояву перелічених особливостей характеризують ефективність пам’яті. Пам’ять та рівень її розвитку є важливими показниками інтлектуального розвитку людини взагалі.

Фізіологічна основа пам’яті – утворення, збереження та актуалізація тимчасових нервових зв’язків у корі головного мозку. Запам’ятовування та зберігання ґрунтуються на утворенні й закріпленні тимчасових нервових зв’язків, забування – на їхньому гальмуванні, відтворення – на їхньому відновленні. Основою явищ пам’яті є зміни активності окремих нейронів та їх популяцій, а також більш постійні зміни на біохімічному рівні (в молекулах РНК та ДНК).

Згідно з думкоюприхильлників фізіологічної теорії пам’яті, процес зберігання інформації пов’язаний з утворенням нервових зв’язків (асоціацій). Нервове збудження, викликане дією подразника, зберігається в мозку у вигляді слідів. Сліди мають свої біохімічні основи. Щоб запрацювала пам’ять, необхідно, аби діючі подразники були пов’язані із задоволенням потреб, досягненням мети. Пам’ять людини ґрунтується на взаємодії першосигнальних та другосигнальних зв’язків, тому домінуючого значення набувають змістові причиново-наслідкові асоціації. Завдяки мові процеси пам’яті мають довільний характер.

Нейрофізіологічні дослідження з’ясовують особливості перебігу нервового імпульсу та фізичні зміни в провідних шляхах (аксонах, синапсах та дендритах), що полегшують повторне проходження імпульсу знайомим шляхом.

Біохімічні теорії пов’язані з нейрофізіологічними, вони розглядають механізми пам’яті на клітинному рівні. Після дії подразника виникає електрохімічна реакція, наслідки якої викликають короткочасні зворотні зміни у клітинах (це складає фізіологічний механізм короткочасної пам’яті). Потім починається біохімічна реакція, пов’язана з утворенням нових білкових речовин-протеїнів як носіїв довготривалої пам’яті.

Хімічні теорії пов’язують функціонування пам’яті з хімічними змінами в нервових клітинах, що виникають унаслідок дії подразника. Відбувається перегрупування білкових молекул нейронів, насамперед – нуклеїнових кислот. ДНК пов’язують із генетичною пам’яттю, а РНК – з онтогенетичною, індивідуальною пам’яттю. РНК може змінюватися з великою частотою та утримувати велику кількість кодів інформації.

**2.** Висвітлюючи друге питання практичного заняття, необхідно описати види пам’яті за такими критеріями:

а) за усвідомленням змісту матеріалу: змістова та механічна;

б) за змістом матеріалу: рухова, емоційна, наочно-образна та словесно-логічна;

в) за тривалістю збереження інформації: короткочасна, оперативна, довготривала;

г) за наявністю вольових зусиль: довільна та мимовільна.

**Змістова пам’ять** пов’язана з розумінням змісту матеріалу, щозапам’ятовується. Інформація під час запам’ятовування логічно опрацьовується, узагальнюється, класифікується, пов’язується з досвідом, включається в наявні системи зв’язків, тому довше зберігається та легше відтворюється. **Механічна пам’ять** працює тоді, коли матеріал заучується без усвідомлення його змісту. Задля кращого засвоєння інформації слід поєднувати механічну та змістову пам’ять.

***Образна (наочно-образна) пам’ять*** полягає в запам’ятовуванні образів, уявлень про предмети та явища навколишнього світу. Вона буває зоровою, слуховою, дотиковою, нюховою, смаковою. Завдяки їй ми запам’ятовуємо та відтворюємо картини природи, мелодії пісень, смак кави або чаю тощо. В образній пам’яті зберігаються образи та уявлення різного ступеня абстрагування і складності: конкретні уявлення про поодинокі предмети, уявлення про спільні властивості предметів та явищ, схематичні образи абстрактного змісту. ***Словесно-логічна пам’ять***єспецифічно людською і базується на спільній діяльності двох сигнальних систем, де провідна роль належить другій сигнальній системі. Зміст словесно-логічної пам’яті складають думки, поняття, судження, що відображають предмети та явища з їх загальними властивостями, істотними зв’язками і відношеннями. Словесно-логічна пам’ять тісно пов’язана з мисленням та мовленням. ***Рухова пам’ять*** полягає у запам’ятовуванні та відтворенні людиною своїх рухів. Така необхідність виникає в навчальній, ігровій, виробничій, спортивній діяльності. Вона слугує основою для вироблення різних практичних навичок***. Емоційна пам’ять***– це запам’ятовування та відтворення своїх емоцій та почуттів. Вона може домінувати над іншими видами. Емоції та почуття запам’ятовуються не самі собою, а разом з об’єктами, що їх викликають.

***Короткочасна пам’ять*** характеризується швидким запам’ятовунням матеріалу, негайним його відтворенням та коротким строком зберігання. Така пам’ять є необхідною для обслуговування окремих елементів складної діяльності. ***Довготривала пам’ять*** характеризується тривалим зберіганням та наступним використанням інформації в діяльності людини. ***Оперативна пам’ять*** – запам’ятовування, збереження та відтворення інформації в міру потреби при досягненні мети конкретної діяльності або окремих операцій. Після виконання діяльності матеріал має бути стертим з пам’яті, аби не впливати негативно на виконання наступних операцій. Оперативна, короткочасна та довготривала пам’ять тісно пов’язані між собою. Засвоєна інформація може переходити з одного виду пам’яті до іншого, але при цьому відбувається додаткова обробка: глибше усвідомлення, погодження з набутим досвідом, переструктурування, переведення у словесно-логічну пам’ять. Унаслідок перетворень пам’ять набуває більш узагальненого та опосередкованого характеру.

***Мимовільна пам’ять*** полягає у запам’ятовуванні та відтворенні матеріалу без спеціальної мети його запам’ятати або відтворити. Завдяки мимовільній пам’яті ми постійно збагачуємо свій досвід, не докладаючи для цього значних зусиль. Якщо матеріал стосується змісту основної мети діяльності, він запам’ятовується краще. Довільна пам’ять передбачає запам’ятовування та відтворення, зумовлене спеціально поставленою метою запам’ятати та відтворити матеріал. Мимовільна та довільна пам’ять притаманні кожній людині. Мимовільна пам’ять передує довільній як необхідна умова її виникнення.

Особливістю пам’яті є те, що її складові є водночас і автономними процесами. Пам’ять реалізується у вигляді таких взаємопов’язаних процесів, як запам’ятовування, збереження, відтворення та забування.

**Запам’ятовування** – один з основних процесів пам’яті, що полягає у закріпленні образів сприймання, уявлень, думок, дій, переживань та зв’язків між ними. Запам’ятовування – основа накопичення, збереження, та відтворення пізнавальної інформації. Його фізіологічною основою є закріплення тимчасових нервових зв’язків у корі головного мозку. Розрізняють змістове (логічне) та механічне, довільне та мимовільне запам’ятовування.

Закономірності запам’ятовування (за Еббінгаузом):

* Кращому процесу запам’ятовування та відтворення сприяє підвищена концентрація та зосередженість уваги на інформації, що вивчається.
* Незвичайні враження запам’ятовуються краще, ніж звичайні.

**Зберігання**– утримання в пам’яті інформації, отриманої упродовж набування досвіду. Під час зберігання в пам’яті матеріал переструктуровується, адже постійно надходить нова інформація, яка має бути поєднана з набутим досвідом. Великою мірою повнота збереження залежить від якості та глибини запам’ятовування і частоти використання матеріалу в діяльності. Матеріал, який тривалий час не використовується, починає забуватися. Забування є протилежним до зберігання процесом.

**Забування**– процес, що виявляється у втраті чіткості відтворення подій, фактів, зменшенні обсягу запам’ятованого. Фізіологічною основою забування є гальмування тимчасових нервових зв’язків. Забування буває тимчасовим та тривалим, повним або частковим. Воно інтенсивно відбувається незадовго після процесу запам’ятовування. Матеріал, пов’язаний з актуальними потребами, з цілями діяльності людини, цікавий, забувається повільніше. Деталі, що мають другорядне значення, забуваються швидше. Щоб запобігти забуванню, потрібні систематичні повторення та постійне використання матеріалу в діяльності. Процеси зберігання та забування перебувають у певній динамічній рівновазі.

**Відтворення**– це активізація закріпленого раніше змісту психіки. Відтворення здійснюється завдяки активізації раніше утворених тимчасових нервових зв’язків у мозку людини. Істотною рисою відтворення є реконструкція відтворюваного матеріалу, що відбувається під час його зберігання. Відтворення може бути мимовільним (відбувається без спеціально поставленої мети пригадати матеріал) та довільним. Довільне відтворення має вибірковий характер, воно потребує мисленнєвих та вольових зусиль.

Існує також інша класифікація видів відтворення, де виділяються впізнавання, пригадування, власне відтворення та спогади.

**3.** У третьому питанні радимо зосередитися на розкритті основних напрямів досліджень патології пам’яті.

Як зазначала Б.В. Зейгарник, до основних напрямів досліджень патології пам’яті слід віднести клінічний, психофізіологічний, нейрофізіологічний та психологічний напрями.

Представники *клінічного напряму* (С.С.Корсаков, Я.Г. Голанд та ін.) зазначали, що розлади пам’яті пов’язані з певними синдромами,нозологічними одиницями. Клініцисти не ставили за мету розкрити психологічні механізми розладів пам’яті.

Представники *психофізіологічного та нейрофізіологічного напряму* (Псифілд, Мілнер, О.Р.Лурія) основну увагу звертали на аналіз психофізіологічних основ пам’яті. Також вони ретельно досліджували природу мнестичних розладів при ураженнях мозку.

*Психологічний напрям.* Представники кількох течій цього напряму детально вивчали проблему організації пам’яті та її розладів, зокрема, наявності або відсутності організації запам’ятовування при психічних розладах (Берксон, Кантор, Осборн, Валлас, Андервуд). Є роботи вітчизняних психологів, що розглядали розлади пам’яті з позиції теорії предметної діяльності (О.М.Леонтьєв, Б.В.Зейгарник, О.Р. Лурія).

В основі розладів пам’яті – різні фактори, які слід проаналізувати з метою більш точного діагностування, розрізнення синдромів та з метою корекційної роботи з хворими.

До основної проблематики психологічних досліджень патолога пам’яті входять (за Б.В. Зейгарник):

• будова (співвідношення складових) мнестичної діяльності опосередкованого та неопосередкованого, довільного та мимовільного запам’ятовування;

• динаміка мнестичного процесу;

• мотиваційного компонента пам’яті.

**4.** Четверте запитання передбачає висвітлення основних розладів пам’яті.Патологічні зміни пам’яті є типовими для екзогенно-ендогенних органічних психічних розладів, тобто їх поява після черепно-мозкових травм, судинного, інфекційного захворювання головного мозку, нейроінтоксикації є закономірною. Опишемо ці розлади детальніше.

**Амнезія** – розлад пам'ятi, який полягає у втратi здатностi зберiгати та вiдтворювати здобутi ранiше вiдомостi або у вiдсутності спогадiв про подiї, якi сталися протягом певного вiдрiзку часу.

При порушенні процесу запам’ятовування виникає *фіксаційна амнезія* (її різновидом є *перфораційна амнезія*). *Фіксаційна* амнезії характеризується порушенням запам’ятовування отриманої інформації шляхом прискореного забування. При *перфораційній* амнезії інформація фіксується частково, а частина «випадає», не запам’ятовується. Іноді таке порушення називають *палімпсестами* (втратою здатності відтворювати окремі деталі, епізоди, подробиці, що відносять до періоду інтоксикації).

Порушення процесів зберігання та відтворення призводить до появи «провалів пам’яті» – ретроградної, антероградної, ретроантероградної амнезії. *Ретроградна амнезія*– втрата спогадів про події, що передували початку хвороби, травмі головного мозку. Страждає та інформація, що була закріплена в довготривалій пам’яті. При ретроградній амнезії можуть «випасти» кілька хвилин, годин, днів і навіть місяців. Відновлення пам’яті починається з найбільш давніх подій. Причиною появи ретроградної амнезії є струс мозку, алкогольне та інше ураження мозку, хвороба Альцгеймера.

*Антероградна амнезія*– «випадіння» з пам’яті подій, що відбулися після виходу суб’єкта з хворобливого стану. У цьому випадку інформація не потрапляє з короткотривалої пам’яті до довготривалої. Причиноцього стають травматичні ураження мозку, старечі психози.

*Ретроантероградна амнезія*охоплює відносно тривалий період (і до, і після виникнення хвороби). Крім травматичного ураження мозку,причиною виникнення такого виду амнезії може бути асфіксія головного мозку (наприклад, унаслідок спроби самогубства через повішення).

Розлади зберігання інформації відбуваються зазвичай при грубих органічних деструктивних процесах, коли розпадаються структури –носії слідів пам’яті. Сьогодні поширені розлади відтворення набутої інформації. На перший погляд, вони можуть не відрізнятися від розладів зберігання. Позитивна динаміка спостерігається лише при розладах відтворення; при розладах зберігання порушення пам’яті є незворотним.

Слід зауважити, що навіть у нормі можуть виникати розлади відтворення внаслідок втоми або психічного виснаження. Але вони зникають після відпочинку, відновлення сил. Більш складні, патологічні розлади мають місце при *астеніях*, що виникають унаслідок мозкових (менінгіт), інфекційних хворіб (тиф), травматичних уражень головного мозку. Сильні емоційні переживання можуть бути причиною витіснення з пам’яті подій певного періоду або певних переживань. Цей розлад дещо схожий на амнезію, однак відрізняється від неї тим, що здатність запам’ятовувати зберігається, а витіснені події та переживання поступово можна згадати («оновити»).

Розлади (порушення) пам’яті можуть мати частковий характер. При послабленні пам’яті говорять про *гіпомнезію*, при посиленні – про *гіпермнезію*. Гіпомнезія супроводжує депресивний спектр симптомів, гіпермнезія – маніакальний (наприклад, ейфорію). **Гіпомнезія** – це послаблення пам’яті, що проявляється в порушенні зберігання та відтворення набутого досвіду. Більш помітним є погіршення механічної, ніж словесно-логічної пам’яті. Швидко забувається недавня та недостатньо закріплена інформація. Зазвичай гіпомнезія пов’язана з органічними ураженнями мозку, психічним недорозвитком. **Гіпермнезія** є посиленням пам’яті, при якому дуже легко виникає велика кількість спогадів. Часто порушується відтворення логічної послідовності фактів. Причиною появи гіпермнезії стає наявність гіпоманіакальних та маніакальних станів різного походження. *Парціальна гіпермнезія* може виникати при розумовій відсталості, коли зростає здатність до запам’ятовування та відтворення цифр.

Найбільш типовими мнестичними розладами є ***парамнезії*** (якісні розлади пам’яті, обмани пам’яті). **Парамнезiї** – порушення пам’ятi, коли прогалини при вiдтвореннi заповнюють реально відсутніми фактами та дiями (конфабуляцiї), що або вiдбувалися, але не в той перiод, про який згадується (псевдоремiнiсценцiї), або запозичені з лiтературних джерел, бiографiй знайомих осiб тощо (криптомнезiї). При парамнезіях зазвичай спостерігається порушення репродукції, але може бути і порушення запам’ятовування. «Обмани пам’яті» бувають і у здорової людини, коли емоційний стан та особистісні інтереси негативно впливають на процес відтворення інформації.

Різновидами парамнезій постають конфабуляції, псевдоремінісценції, криптомнезії. *Конфабуляції* (вигадки) тісно пов’язані з розладами сприймання часу та порушенням розподілу у часі минулихподій. Нездатність запам’ятовувати події та відтворювати їх призводить до відтворення вигаданих подій і фактів. Конфабуляціїї спостерігаються при корсаковському психозі й шизофренії.

*Псевдоремінісценції* – «зміщення» у часі подій, що справді мали місце в минулому. При псевдоремінісценціях відбувається порушення хронології в пам’яті, тоді окремі події з минулого переносяться у теперішній час. Крайнім проявом псевдоремінісценції є екмнезія, «життя в минулому». (при старечій недоумкуватості).

*Криптомнезії* – розлади пам’яті, що передбачають присвоєння хворим чужих думок та дій. У людини ніби стирається межа між тим, щоб було насправді, та тим, що вона чула від оточуючих, але сама не робила і не переживала. У хворого зникає здатність ідентифікувати джерело спогадів («я пережив» чи «мені розповіли»). Унаслідок цього послаблюється різниця між справжніми подіями та тими, що хворий бачив уві сні, про які чув. Наприклад, хворий розповідає почутий анекдот, зазначаючи, що він сам його вигадав.

Також при порушеннях пам’яті мають місце *фантазми* – вигадкихворих, що не мають грубих порушень пам’яті, щоб показати себе з кращого боку (при істерії та недоумкуватості); та *амнестична афазія* – забування хворим назв предметів (виникає при старечій деменції, епілепсії).

Серед **законів формування мнестичннх розладів** найбільш відомим є *закон Рібо*: порушення (втрата) пам’яті, як і її відновлення, відбувається в хронологічному порядку: спочатку втрачається пам’ять на найбільш складні та недавні події і враження, а потім – на старі; відновлення відбувається у зворотному порядку.

Розглядаючи розлади пам’яті в межах психіатричної клініки, слід звернути увагу на такі синдроми: синдром Корсакова, психоорганічний (енцефалопатичний) синдром, синдром інфантильного розладу пам’яті.

**Корсаковськнй амнестичний синдром** діагностують у хворих після черепно-мозкових травм, при пухлинах головного мозку. Синдром Корсакова включає:

1.Фіксаційну амнезію, нездатність зберегти зареєстровані події більш ніж на кілька секунд або хвилин.

2.Порушення орієнтування в часі.

3. Відносну збереженість пам’яті щодо минулих подій.

4. Псевдоремінісценції.

5. Конфабуляції.

6. Іноді – криптомнезії.

Цей синдром спостерігається при алкогольному психозі й інших інтоксикаційних та органічних психозах. Симптоми цього синдрому в більшості випадків є незворотними.

**Психоорганічний (енцефалопатичний) синдром** об’єднує:

1. Емоційну лабільність, неможливість стримати афект.

2. Розлади пам’яті.

3. Зниження інтелекту.

Хворі стають безпорадними, їм важко орієнтуватися (а особливо у часі), вони погано пристосовуються до нових умов життя. Знижується працездатність, вольова регуляція діяльності та поведінки. Емоційна лабільність передбачає легкий перехід від сліз до гарного настрою – і навпаки. Можливою є психопатоподібна поведінка.

Причиною виникнення цього синдрому можуть стати:

• Менінгоенцефаліти.

• Судинна патологія.

• Пухлини та травми головного мозку.

• Важкі соматичні захворювання.

Зазвичай значного поліпшення стану хворих не спостерігається.

**Синдром інфантильного розладу пам’яті.** Хворий достатньо добре все пам’ятає, але самостійно відтворити отриману інформацію не може. Порушується практично тільки відтворення. Зазначений синдром спостерігається в основному у дітей. Якщо дитина знає про свій недолік, то записує те, що хоче запам’ятати, а у запитаннях співрозмовника шукає підказки для відповіді.

Пам’ять людини зазнає змін протягом життя. Негативно впливають на неї вікові зміни, нестійкість особистісних рис, афекти. Задля підтримання нормальної роботи пам’яті слід створювати позитивні умови для її розвитку та вдосконалення. Особливої уваги потребують діти під час та після хвороби; їх у цей несприятливий період не слід перевантажувати навчальними завданнями, спонукати до активного засвоєння матеріалу слід тільки після повного одужання.

**Запитання для перевірки та самоконтролю**

* Які Вам відомі закони пам’яті і які їх особливості?
* Які Ви знаєте різновиди парамнезій?
* Ефект Зейгарник стосується такого психічного процесу, як: а) увага;б) відчуття; в) пам’ять; г) мислення;д) усі відповіді правильні.
* При ретроградній амнезії відбувається: а) загальне поліпшення пам’яті; б) «провали» в пам’яті на події, що відбулися після захворювання;в) «провали» в пам’яті на події, що відбулися перед захворюванням; г) усі відповіді є правильними.
* При антероградній амнезії відбувається: а) загальне зниження пам’яті; б) «провали» в пам’яті на події, що відбулися після захворювання; в) «провали» в пам’яті на події, що відбулися перед захворюванням; г) усі відповіді є правильними.
* Розлад пам’яті, що характеризується порушенням запам’ятовування отриманої інформації та прискореним процесом забування, називають: а) антероградною амнезією; б) ретроградною амнезією; в) фіксаційною амнезією;г) ретроантероградною амнезією; д) корсаковським амнестичним синдромом.
* Псевдоремінісценція – це: а) помилкове пригадування – зміщення реальних подій у часі; б) вигадки, що заповнюють прогалини в пам’яті; в) фіксаційна амнезія.
* Конфабуляція – це: а) вигадки, що заповнюють прогалини в пам’яті; б) помилкове пригадування – зміщення реальних подій у часі; в) загальне зниження пам’яті; г) загальне поліпшення пам’яті.
* Порушення хронології в пам’яті, коли окремі події минулого переносяться в теперішній час, називають: а) конфабуляцією; б) ремінісценцією; в) псевдоремінісценцією; г) перфораційною амнезією; д) гіпомнезією.
* Синдром інфантильного розладу пам’яті: а) синдром, що характеризується порушенням відтворення; б) поєднання фіксаційної амнезії, псевдоремінісценцій та конфабуляцій; в) поєднання емоційної лабільності, а також розладів пам’яті та інтелекту, що мають органічне походження;г) ваш варіант.
* Корсаковський амнестичний синдром – це: а) поєднання фіксаційної амнезії, псевдоремінісценцій та конфабуляцій; б) синдром, що характеризується порушенням відтворення; в) поєднання емоційної лабільності, а також розладів пам’яті та інтелекту, що мають органічне походження;г) ваш варіант.

**Рекомендована література**

1. Большой психологический словарь. – 4-е изд., расширенное / сост. и общ. ред. Б.Г.Мещеряков, В.П.Зинченко. – М. : ACT; СПб. : Прайм-ЕВРОЗНАК, 2009. – 811 с.
2. Виходцева O.A. Патопсихологія : навч. посіб. / О.А. Виходцева. – К. : Вид-во НПУ ім. М.П.Драгоманова, 2013. – 208 с.
3. Зейгарник Б.В. Патопсихология : учеб. пособ.[для студ. высш. учеб. заведений] / Б.В.Зейгарник. – 2-е изд., стереотип.– М. : Академия, 2003.– 208 с.
4. Клінічна психологія : словник-довідник / авт.-уклад. С.В. Діденко. – К. : Академвидав, 2012. – 320 с.
5. Максименко С.Д. Патопсихологія: навч. посіб.[для студентів вищих навчальних закладів] / С.Д. Максименко, А.П. Чуприков, Є.М. Прокопович, І.В. Рожкова, С.О. Лобанов – К. : ТОВ «КММ», 2010. – 210 с.
6. Психология памяти / под ред. Ю.Б. Гиппенрейтер и B.Я. Романова. – М. : ЧеРо, 1998. – 816 с.
7. Психологічний словник / за ред. члена-кореспондента АПН СРСР В.І.Войтка. – К. : Вища школа, 1982.– 216 с.
8. Скотна Н. Тлумачний патопсихологічний словник / Н. Скотна В.Стець. – Дрогобич: Редакційно-видавничий відділ Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка, 2006. – 150 с.

**Тема №6. Розлади уваги**

**План**

1. Загальне поняття про увагу (основні види та якості).
2. Основні теорії уваги.

3. Загальна характеристика розладів уваги.

4. Розлади уваги та корекційно-педагогічний процес.

**Концептуальний виклад та методичні поради**

**1.** Висвітлюючи перше питання, необхідно проаналізувати основні види і властивості уваги. ***Увага –*** це спрямованiсть i зосередженiсть психiчної дiяльностi людини на об’єктах та явищах зовнiшнього свiту (зовнiшньо спрямована увага), а також на думках, почуттях i процесах, якi дiють усерединi неї (внутрішня увага).

Увага характеризує узгодженiсть рiзних ділянок функцiональної структури дiї i визначає успiшнiсть її виконання (наприклад, швидкiсть i точнiсть розв’язання завдання).

Не всі дослідники виділяють увагу як окремий психічний процес. Наприклад, П.С.Перепелиця зазначає, що увага не є самостійним психічним процесом, а, швидше, його необхідною умовою, формою окремої відображальної та продуктивної діяльності на різних рівнях свідомості.

Увага тісно пов’язана з діяльністю людини. Діяти – означає бути уважним до об’єктів діяльності. Від зосередженості уваги залежать повнота, чіткість та якість нашого сприймання, ефективність розв’язання повсякденних проблем. Увага є внутрішньою умовою психічної діяльності. У взаємодії з навколишнім середовищем складається вибіркове відображення свідомістю предметів та явищ, що забезпечується увагою. Тому увага є складовою успішного пізнання, навчання, праці, поведінки.

Слід ще раз наголосити, що увага сама собою не є відображенням дійсності, вона не має свого предмета пізнання. Увага постає як одна з форм відображальної діяльності. Завдяки увазі, як зазначав P.C. Немов, відбувається процес свідомого або несвідомого (напівсвідомого) відбирання однієї інформації та ігнорування іншої.

Висвітлюючи *функції* уваги, слід зазначити, що передовсім вона активізує потрібні та гальмує непотрібні у певний момент психологічні та фізіологічні процеси. По-друге, вона сприяє цілеспрямованому та організованому відбиранню інформації залежно від актуальних потреб людини. По-третє, увага забезпечує вибірковість та зосередженість психічної активності на певному об’єкті або одному з видів діяльності.

За характером цільового спрямування та рівнем вольових зусиль увагу поділяють на ***мимовільну, довільну та післядовільну***. В основі мимовільної уваги – орієнтувальний рефлекс організму, який зумовлюється змінами в довкіллі, специфічними рисами об’єкта відображення, а також внутрішніми станами суб’єкта. Мимовільна увага є основою для розвитку довільної уваги. Остання визначається метою діяльності, завданнями людини; вона є наслідком її свідомих зусиль, виявом її інтелекту та волі. Якщо увага довго підтримується завдяки інтересу, говорять про післядовільну увагу.

Залежно від характеру дій та особливостей об’єктів уваги її поділяють на *зовнішню і внутрішню.Зовнішня увага* виявляється в зовнішніх діях індивіда, спрямована на теоретичне та практичне оволодіння навколишнім світом. *Внутрішня увага* виявляється в наших внутрішніх діях, у роздумах, самоспостереженні, розв’язанні завдань «про себе». Межі між увагою довільною та мимовільною, зовнішньою і внутрішньою є рухливими, вони мають відносний характер.

За формою організації уваги її розподіляють на ***індивідуальну, колективну та групову.*** Коли задіяна колективна увага, то всі зосереджені на виконанні одного завдання. Групова увага працює в той час, коли учнівський колектив виконує лабораторну роботу: кожна група має уважно виконати свою частину роботи та вчасно завершити її. Індивідуальна увага – це власна увага конкретної людини.

P.C. Немов зазначає, що, крім уже розглянутих, слід виділяти природну та соціально обумовлену, безпосередню й опосередковану, чуттєву та інтелектуальну увагу.

***Якостi уваги***: 1) спрямованiсть; 2) зосередженiсть; 3) активнiсть; 4) стiйкiсть; 5) вiдволiкання; 6) розсiянiсть; 7) переключення; 8) обсяг.

***Зосередженiсть уваги–*** здатнiсть концентруватися на сприйманнi певного предмета чи явища (ступiнь заглиблення у певну дiяльнiсть). Залежить вiд особливостей особистостi, фiзичного здоров’я та характеру дiяльностi, на яку спрямована увага. Що бiльш складний, незвичайний матерiал та що вища зацiкавленiсть, то вища зосередженiсть, аж до зникнення реакцiї на iншi подразники, навiть на тi, якi надходять iз власного тiла.

За ступенем активностi розрiзняють мимовiльну (пасивну) i довiльну (активну) увагу. *Мимовiльна увага*передбачає, щоспрямованiсть i зосередженiсть уваги не зумовленi вольовим актом людини. Вона є найбiльш простою i нав’язується об’єктові зовнiшнiми подiями. Фiзiологiчним проявом такої уваги є орiєнтовна реакцiя. *Довiльна(активна) увага* зумовлена вольовим актом i пов’язана зі свiдомо поставленою метою.

***Стiйкiсть уваги–*** це здатнiсть довго концентрувати увагу на виконаннi одного будь-якого завдання, на певному матерiалi, об’єктi. Що бiльш одноманiтнi дiї, то бiльшого напруження уваги вони потребують. Стiйкiсть уваги то вища, що менше моментiв, якi вiдволікають (больовi вiдчуття, хвилювання). Має значення також ставлення до роботи, яка виконується, значущiсть власне об’єкта уваги, емоцiйний стан людини, втомлюваність та iн.

***Вiдволiкання–*** це неможливiсть досить стiйко зосередитися на сприйманнi чого-небудь, коли стороннi сигнали «вiдводять» людину вiд виконання поставленої мети. Часто це спостерiгається при втомленнi, виснаженнi нервової системи рiзного генезу, при домiнуваннi емоцiйно насичених думок ( у станi афекту). Наприклад, читаючи у станi втомлення, деякий час можна читати «механічно», не вникаючи у змiст прочитаного.

***Розсiянiсть уваги–*** це тенденцiя до пiдвищеного вiдволiкання, нестiйкості (неуважності).

***Переключення уваги–***вмiння перемiщувати увагу з одного об’єкта на iнший. Залежить, як правило, вiд загального стану людини та вiд об’єкта її дiяльностi.

***Обсяг уваги–*** це кiлькiсть об’єктiв, якi можуть бути охопленi увагою одночасно. Обсяг уваги у рiзних людей рiзний. Звичне оточення пiдвищує обсяг уваги в роботi, незнайоме ***–*** знижує його.

**2.** Осмислюючи друге питання, необхідно описати основні теорії уваги. Увага розвивається на базі орієнтувального рефлексу, що срямовується на створення в організмі умов для сприймання змін у зовнішньому середовищі. Фізіологічний механізм уваги полягає в концентрації збудження (від зовнішніх чи внутрішніх подразників) у певній ділянці кори головного мозку. Саме в ній виникає зона оптимального збудження, а в інших – має місце гальмування (О.О. Ухтомський). Психологічний механізм уваги ґрунтується на складних взаємозв’язках людини з навколишнім світом, на здатності інтелекту до вибірковості відображення. Увага є ефективною передумовою діяльності людини, запорукою її успішного пізнання, навчання, праці, поведінки.

*Моторні теорії уваги* (Т.Рібо, М.Ланге). Основною умовою виникнення уваги є рух. Саме рух фізіологічно підтримує та посилює акт уваги. Довільно регулюючи рухи, пов’язані з чимось значущим, можна активізувати та спрямовувати увагу. Якщо рухи усунути, то виникнення уваги стане неможливим.

*Теорія установки* (Д.М. Узнадзе). Ця теорія активно розроблялася радянським психологом Д.М. Узнадзе у 20 – 30 рр. XX століття. Відповідно увага є особливим станом налаштування, що породжується впливом попереднього досвіду на наступні дії суб’єкта.

*Рефлекторна теорія* (І.П.Павлов, О.О. Ухтомський). Причини виникнення та розвитку уваги завжди пов’язані з впливом зовнішнього середовища. Коли стимули впливають на організм, їх вплив сприймають рецептори та передають інформацію до мозку. Це зумовлює виникнення орієнтувальних рефлексів та пристосувальних рухових реакцій (у процесі розвитку вони досягають досконалості). Пізніше реакції змінюють перебіг мозкових процесів у корі великих півкуль головного мозку, що сприяє створенню осередків оптимального збудження (за І.П.Павловим), або домінант (за О.О. Ухтомським). Виникнення домінанти викликає гальмування в сусідніх ділянках кори головного мозку, блокує інші реакції організму, тому зростає та підтримується увага до основної діяльності, яку виконує людина.

*Концепція поетапного формування розумових дій* (П.Я. Гальперін). Увага є функцією психічного контролю за змістом дій людини,обов’язковим елементом орієнтувально-дослідницької діяльності. Увага сприяє формуванню та вдосконаленню розумової дії. За П.Я. Гальперіним, не кожен контроль є увагою, але увага – це завжди контроль. Довільна увага означає контроль за дією на основі плану.

*Увага як взаємодія свідомості та діяльності особистості* (М.Ф. Добринін, Ф.М. Гоноболін, В.І.Страхов). Увага нерозривно пов’язана з діяльністю, в діяльності вона існує та нею підтримується. Бути уважним означає бути діяльнісним. Увага постає необхідною умовою внутрішньої (психічної) діяльності, забезпечує її організацію та регуляцію.Ця теорія є універсальною, тобто її представники об’єднали у своїх розробках основні положення всіх розглянутих теорій.

**3.** У межах третього запитання слід охарактеризувати розлади уваги.До патологічних проявів уваги відносять нестійкість, недостатню концентрацію, порушення розподілу, уповільнення переключення, розсіяність. Патологічні прояви уваги вивчені недостатньо, оскільки більшість дослідників розглядають увагу не як окремий процес, а як стан зосередженості на об’єкті.

Медичні психологи та психіатри виділяють у дитячій практиці **синдром дефіциту уваги.** Його ознаками є:

• Неможливість спокійно сидіти на місці, коли про це просять.

• Схильність відповідати не замислюючись, навіть не дослухавши запитання.

• Неможливість гратися тихо та спокійно.

• Нетерплячість.

• Схильність губити речі.

• Легке відволікання на сторонні стимули.

• Неспокійні рухи в зап’ястках та стопах.

• Постійні труднощі при виконанні запропонованих завдань.

• Труднощі підтримання уваги під час ігор та виконання навчальних завдань.

• Частий перехід від однієї незавершеної дії до іншої.

• Балакучість.

• Схильність заважати іншим.

• Часте здійснення небезпечних дій.

У психіатрії виділяють такі форми порушень уваги:

**Відвертання (відволікання) уваги** – неможливість зосередитися на потрібному об’єкті, поверховість та нестійкість уваги, що обумовлюються послабленням активної і переважанням пасивної уваги. Ця форма порушення уваги має місце при манії, недоумкуватості, дитячому аутизмі.

**Апрозексія** – повна неможливість зосередження. Може виникати при деяких розладах свідомості, ураженні лобових ділянок мозку, деяких формах розумової відсталості, ранній дитячій шизофренії.

**Прикутість уваги** (підвищена зосередженість уваги) – нездатність переключитися на інші події. Спостерігається при депресіях, коли всі думки зосереджені на психотравмуючій ситуації, події. Також виникає при соматичних захворюваннях, при іпохондричних неврозах, коли хворий не може відволіктися від симптомів реальної або уявної хвороби. Це пояснюється інертністю психічних процесів під час перерахованих хворіб.

**Слабкість активної уваги (виснажуваність)** – зниження здатності до тривалого зосередження на певному об’єкті. Спостерігається як при мінімальних дисфункціях мозку, так і при грубих органічних ураженнях ЦНС. Для діагностування цього порушення хворому пропонують виконати певне завдання: від 100 треба віднімати, скажімо, по 13.Уже після перших 2 – 3 правильних відповідей хворий починає помилятися. Але після перепочинку може знову давати правильні відповіді.

**Звуження обсягу уваги** – нездатність утримувати в зоні довільної цілеспрямованої психічної діяльності досить велику кількість об’єктів та оперувати ними. Спостерігається при прогресивному паралічі.

**Ригідність уваги** – нездатність до швидкого та частого переключення з одного об’єкта на інший, «застрягання» на якійсь одній події чи предметі. Спостерігається при епілепсії.

**4.** Четверте питання присвячене аналізу розладів уваги та корекційно-педагогічному процесу. Увага може постраждати навіть при легких соматичних захворюваннях. Підвищена температура, фізична слабкість призводять до зниження уваги. Відволікання та виснажуваність уваги можуть бути одними з перших симптомів інфекційних та інших хворіб. У той же час відволікання, слабкість активної уваги та інші порушення уваги можуть бути особливостями психіки дітей із хронічними хворобами; травмами голови або менінгітом, що страждають на невроз або мають аномальний розвиток особистості.

Усі такі діти потребують корекційно-педагогічного підходу: більшої емоційної насиченості матеріалу на заняттях, переключення на різні види діяльності, надання більш частого відпочинку. Труднощі в навчанні у дітей із ЗПР, розумовою відсталістю, ДЦП, сенсорними дефектами пов’язані з порушеннями уваги. Без корекції уваги стає неможливим продуктивне навчання та виховання таких дітей. Особливо важко працювати з дітьми, для яких порушення уваги є одним з основних важких симптомів хвороби (дитячий аутизм, атонічна форма розумової відсталості). Тоді навчання стає процесом, за якого спрямування та підтримання уваги є основою для засвоєння ЗУН.

**Запитання для перевірки та самоконтролю**

* Які Вам відомі якості та функції уваги?
* Зосередження на одному об’єкті при одночасному абстрагуванні від інших має назву: а) апрозексія; б) синдром дефіциту уваги; в) фрустрація; г) вибірковість уваги; д) виснажуваність уваги.
* Які саме теорії уваги Ви можете охарактеризувати?
* Зниження здатності до тривалого зосередження на певному об’єкті називають: а) слабкістю активної уваги; б) апрозексією; в) синдромом дефіциту уваги; г) деменцією; д) прикутістю уваги.
* Які Ви знаєте різновиди уваги?
* Кількість об’єктів, яку можна охопити увагою в обмежений відрізок часу, має назву: а) обсяг уваги; б) алекситимія; в) гіпермнезія; г) фрустрація; д) вибірковість уваги.
* Нездатність утримувати в зоні довільної цілеспрямованої психічної діяльності досить велику кількість об’єктів та оперувати ними – це: а) агнозія; б) звуження обсягу уваги; в) інкогеренція; г) дромоманія; д) шперрунг.
* Дайте характеристику основних розладів уваги.

**Рекомендована література**

1. Виходцева O.A. Патопсихологія : навч. посіб. / О.А. Виходцева. – К. : Вид-во НПУ ім. М.П.Драгоманова, 2013. – 208 с.
2. Зейгарник Б.В. Патопсихология : учеб. пособ.[для студ. высш. учеб. заведений] / Б.В.Зейгарник. – 2-е изд., стереотип.– М. : Академия, 2003.– 208 с.
3. Максименко С.Д. Патопсихологія: навч. посіб.[для студентів вищих навчальних закладів] / С.Д. Максименко, А.П. Чуприков, Є.М. Прокопович, І.В. Рожкова, С.О. Лобанов. – К. : ТОВ «КММ», 2010. – 210 с.
4. Психологічний словник / за ред. члена-кореспондента АПН СРСР В.І.Войтка. – К. : Вища школа, 1982.– 216 с.
5. Психологія : підруч. / Ю.Л. Трофімов, В.В. Рибалка, П.А. Гончарук та ін.; за ред. Ю.Л. Трофімова. – К.: Либідь, 1999. – 558 с.
6. Мартинюк I.A. Патопсихологія : навч. посіб. / І.А.Мартинюк. – К .: Центр учбової літератури, 2008. – 208 с.
7. Скотна Н. Тлумачний патопсихологічний словник / Н. Скотна, В.Стець. – Дрогобич: Редакційно-видавничий відділ Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка, 2006. – 150 с.

**Тема №7. Розлади мислення**

**План**

1. Загальна характеристика процесу мислення.
2. Форми, операції та функції мислення.

**3.** Загальна характеристика різновидів мислення.

**4.** Основні розлади мислення.

**5.** Вікові особливості розладів мислення.

**1.** Розкриваючи перше запитання, нам слід з’ясувати суть такого пізнавального процесу, як мислення, а також його особливості. **Мислення**– процес опосередкованого та узагальненого відображення людиною предметів та явищ об’єктивної дійсності в їхніх істотних властивостях, зв’язках, відношеннях. Мислення – один із провідних пізнавальних процесів; це найвищий рівень пізнання. Процес мислення характеризується такими особливостями:

* мислення завжди має опосередкований характер;
* людина в процесі мислення завжди спирається на наявні знання;
* мислення виходить із «живого споглядання», але не зводитьсядо нього;
* мислення є відображенням зв’язків та відношень між предметами та явищами у словесній формі;
* мислення завжди пов’язане з практичною діяльністю людини.

У процесі мислення об’єкт включається в нові зв’язки, так виявляються його нові якості та властивості, що фіксуються у нових поняттях. Із об’єкта ніби «вичерпується» увесь новий зміст, розкриваються його нові аспекти. Основний механізм мислення має назву «аналіз через синтез», оскільки виділення нового в об’єкті (аналіз) здійснюється через співвіднесення нового об’єкта з іншими предметами (синтез), тобто через включення його в нові зв’язки з іншими предметами.

Мислення є властивістю головного мозку, що визначається особливостями ВНД, процесом переробки інформації мозком людини при тісній взаємодії різних рівнів свідомого та несвідомого. Думка – це кіркова модель, на якій у певний момент зосереджено увагу; ця модель має найбільший потенціал. Постійно відбувається активація щонайменше двох моделей, зіставлення яких є реальним змістом думки.

Мислення виникає в процесі взаємодії людини із зовнішнім світомяк вища форма аналітико-синтетичної діяльності. Завдяки мисленню об’єктивна дійсність відображається повніше та точніше, ніж при чуттєвому пізнанні.

Мислення людини тісно пов’язане з мовою та мовленням. У мові відбивається набутий досвід людства, культурні традиції суспільства; в мовленні розкривається своєрідність внутрішнього світу людини, проявляються її інтереси, ціннісні орієнтації, ставлення до себе та інших. Кожна думка людини виникає та розвивається у нерозривному зв’язку з мовленням. Слово – це засіб вираження думки, форма її існування та збереження.

Хоча мислення – це психічний процес, але за своєю природою воно є соціальним. Адже для постановки та розв’язання завдань людина використовує закони, правила, поняття, які було відкрито в людській практиці. Усі досягнення науки, техніки, промисловості, сільського господарства – це результат тривалого та напруженого мислення багатьох людей. Соціальна природа мислення розкривається і в тому, на розв’язання яких завдань людина спрямовує свою увагу.

2.Висвітлення другого питання доцільно розпочати з аналізу мисленнєвих операцій.Мислення як процес відбувається завдяки мислительним діям та операціям. **Мисленнєві дії** – це дії з об’єктами, що відображені в образах, уявленнях та поняттях. Вони відбиваються «в думці» за допомогою мовлення. Людина не діє безпосередньо з предметами, вона робить це подумки. Мисленнєві дії – це основний вид розумових дій. Вони формуються на основі зовнішніх практичних дій шляхом інтеріоризаціїі здійснюються за допомогою мови.

Серед мисленнєвих операцій найважливішими вважають аналіз, синтез, порівняння, узагальнення, конкретизацію, абстрагування.

*Аналіз* – мисленнєва операція розчленування складного об’єкта на змістові частини. *Синтез*– мисленнєва операція, яка дає змогу в єдиному аналітико-синтетичному процесі мислення переходити від частин до цілого. *Абстрагування*– мисленнєва операція, яка ґрунтується навідволіканні від несуттєвого та виділенні суттєвих ознак предметів та явищ. *Узагальнення*–об’єднання багатьох предметів та явищ на основі певної спільної ознаки. *Конкретизація*– рух думки від загального до конкретного. *Порівняння*– інтелектуальна операція, яка передбачає зіставлення предметів і явищ, їх властивостей та зв’язків між ними та виявлення спільного або відмінного між ними.

**Формами мислення** є:

* *поняття* (відображення у свідомості людини спільних та суттєвих властивостей предметів і явищ);
* *судження* (основна форма мислення, у процесі якої стверджуються або відображуються зв’язки між предметами та явищами дійсності;
* *умовивід* – виведення з одного або кількох суджень нового судження. Умовивід – індуктивний, дедуктивний, за аналогією.

Слід зауважити, що поняття є передусім однією з основних форм абстрактного мислення. Джерелом понять постає об’єктивний світ. Поняття виявляється у мові через слово. Слово, що визначає певне поняття, має назву «*термін*».

Щодо **способів мислення** виділяють індукцію та дедукцію.

***Індукція*** – спосіб мислення, коли умовивід формується від одиничних фактів до загального висновку. ***Дедукція*** – спосіб мислення, коли умовивід виробляється від загального до одиничного. Мислення полягає в постійних переходах суб’єкта від часткового до загального, від конкретного до абстрактного – та навпаки.

До основних ***функцій*** мислення відносять розуміння, розв’язання завдань і проблем, цілеутворення та рефлексію.

**Розуміння** – розумовий процес, спрямований на виявлення істотних рис, властивостей, зв’язків предметів, явищ і подій. Об’єктами розуміння як психічного процесу є предмети та явища зовнішнього світу, події суспільного життя, інші люди та їх діяльність, поведінка і вчинки, твори мистецтва. Практичній діяльності людини завжди має передувати розуміння того, що та як слід зробити задля отримання необхідного результату.

**Розв’язання задач і проблем.** Завдяки мисленню проблемна ситуація перетворюється на завдання, а уміння знайти зв’язок між набутими знаннями та новою інформацією допомагає винайти спосіб його розв’язання.

У розв’язанні завдання виділяють кілька етапів:

* Усвідомлення змісту завдання.
* Формулювання гіпотези (вибір стратегії розв’язання).
* Перевірка гіпотези.

Якщо гіпотеза не підтверджується, суб’єкт знову повертається до першого етапу та шляхом додаткового аналізу намагається встановити, що було пропущено чи не враховано в гіпотезі.

**Цілеутворенням** називають процес породження нових цілей. Завдяки мисленню визначаються шляхи досягнення цілі та формується образ кінцевого результату діяльності. Постановка загальної (стратегічної) мети та проміжних (тактичних) цілей є можливою лише завдяки мисленню.

**Рефлексія** (від лат. геflехіо – відображення) – самопізнання у вигляді роздумів над власними переживаннями, почуттями, відчуттями, думками. Це самоаналіз, осмислення людиною передумов, закономірностей та механізмів власної діяльності, соціального й індивідуального способівіснування.

3.У третьому питанні радимо зосередитися на з’ясуванні основних видів мислення.Існує кілька класифікацій видів мислення. Розглянемо дві з них.Згідно з першою, мислення розділяють на види відповідно до завдань та змісту: наукове, технічне, поетичне, музичне. Схильність людини до того чи того виду мислення є її індивідуально-типологічною особливістю.

Також існує інша класифікація, згідно з якою види мислення виділяють за такими критеріями (таблиця 2):

*Таблиця 2*

**Види мислення**

|  |  |
| --- | --- |
| *Засада класифікації* | *Види мислення* |
| Форма відображення дійсності | наочно-діяльнісне |
|  | наочно-образне |
|  | словесно-логічне (абстрактне) |
| Характер завдань та проблем, | теоретичне |
| які розв’язуються | практичне |
| Рівень узагальнення | емпіричне |
|  | теоретичне |
| Ступінь розгорнутості | дискурсивне |
|  | Інтуїтивне *(закінчення табл. 2)* |
| Адекватність відображення | реалістичне |
| реальної дійсності | аутичне |
| Ступінь новизни та | репродуктивне |
| оригінальності | продуктивне (творче) |
| Вплив на емоційну сферу | патогенне |
|  | саногенне |

*Наочно-діяльнісне мислення* ґрунтується на безпосередньому сприйманні предметів у процесі дії з ними. Воно є найтиповішим для дітей віком до трьох років; розвиток цього виду мислення пов’язаний з оволодінням дитиною предметним світом, із її предметно-маніпулятивною діяльністю. Тварини теж мають примітивну форму наочно-діяльнісного мислення.

*Наочно-образне мислення* реалізується у вигляді аналізу та поєднання образів. Цей вид мислення також часто використовують діти; особливо у віці 3 – 7 років. На ньому значною мірою ґрунтуються процеси оволодіння індивідом соціальним досвідом у ранньому дитинстві та підлітковому віці. У дорослих образне мислення розвивається та вдосконалюється у представників певних професій – поетів, артистів, викладачів.

*Словесно-логічне мислення*, або *абстрактне,* реалізується за допомогою понять, які розкривають суть предметів та виражаються в словах та знаках. Сутність його полягає у виробленні понять, суджень, умовиводів та здатності оперувати ними. Абстрактне мислення також називають поняттєвим. Воно формується на основі емпіричного пізнання. Саме завдяки абстрактному мисленню людина розкриває істотні зв’язки та відношення речей, об’єктивні закони існування явищ і подій. Завдяки аналізу, синтезу, абстрагуванню і узагальненню виробляються поняття як відображення необхідних та суттєвих властивостей, аспектів, ознак предметів та явищ. За допомогою абстрактного мислення людина не лише виробляє поняття, а й оперує ними, пов’язуючи їх у судження, а потім в умовиводи. Створюючи наукові абстракції, вчені використовують їх для більш глибокого пізнання конкретного. У процесі абстрактного мислення людина не віддаляється від дійсності, а наближається до неї, заглиблюється в сутність реальних речей та явищ.

Як основний засіб теоретичного освоєння дійсності, абстрактне мислення інтенсивно розвивається у процесі навчання (на уроках математики, фізики, хімії, біології, літератури) та професійної діяльності. Словесно-логічне мислення тісно пов’язане з наочно-діяльнісним та наочно-образним.

Теоретичне та практичне мислення співвідносяться як теоретичний і практичний інтелекти. *Практичне мислення* спрямовується на розв’язання практичних завдань, на перетворення практичних ситуацій. Основною метою практичного мислення є підготовка до фізичного перетворення дійсності (постановка мети, складання плану дій, схеми взаємодій суб’єктів). Часто в практичному інтелекті переважає наочно-діяльнісне мислення. Однією з важливих характеристик такого виду мислення є його перебіг в умовах дефіциту часу, коли прийняття рішення майже збігається з його практичною реалізацією. Теоретичне мислення спрямовується на відкриття законів, створення правил, виявлення властивостей та сутності різних явищ. Завдяки цьому виду мислення людина може абстрагуватися від несуттєвих ознак предметів та явищ, розробити кілька варіантів дії в певній ситуації, прийняти стратегічно важливі рішення.

Також слід враховувати, що теоретичне мислення тісно пов’язане та співвідноситься з емпіричним мисленням. *Теоретичне мислення* спрямовується на аналіз цілісної системи з метою виявлення внутрішніх закономірностей її становлення. Тому теоретичне мислення розкриває внутрішню, глибинну суть предметів та явищ. По суті, цей вид мислення є пізнанням законів і правил.

Як зазначає В.В. Давидов, у теоретичному мисленні слід виділити три основні компоненти:

* теоретичний аналіз – допомагає виявити сутність речей, абстрагуватися від несуттєвих ознак та виділити найсуттєвіші характеристики предметів і явищ;
* змістова рефлексія – дає людині змогу аналізувати власні дії, обирати засоби та способи досягнення мети діяльності.
* планування – по суті, це створення внутрішнього плану дій.

***Емпіричне мислення*** спрямовується на виділення родових та видових зв’язків предметів, на об’єднання їх у різні класи й категорії. Завдяки цьому виду мислення загальні ознаки предметів ототожнюються із суттєвими, що приводить до формування емпіричного знання.

***Дискурсивне мислення***розгорнуте в часі, передбачає чітку логічну послідовність думок, високий рівень усвідомлення.

***Інтуїтивне мислення*** відбувається дуже швидко, є згорнутим, малоусвідомленим, не має чітко виражених етапів розгортання думок. Таке мислення схоже на раптовий акт пізнання.

***Реалістичне мислення*** спрямовується на зовнішній світ, керується законами реального світу.

***Аутичне мислення*** не залежить від реального світу, спрямоване на осмислення власних переживань, керується афективними потребами людини.

***Репродуктивне мислення*** виявляється у розв’язанні проблем за наявним зразком.

***Продуктивне мислення (творче)***– гнучке, оригінальне; разом з творчою уявою – психологічна основа людської творчості. Унаслідок кропіткої праці над проблемою, обдумуванням усіх її аспектів може виникнути осяяння – психічний стан високої зорієнтованості на відкриття, раптове прозріння, розв’язання наукової технічної чи художньо-творчої проблеми. Осяяння не завжди до кінця усвідомлюване, найчастіше воно виникає на ґрунті передчуттів, інтуїції. Осяяння є таким психічним станом, коли на основі великого досвіду людина відкриває те, що осягається розумом унаслідок тривалих пошуків, узагальнення пізнання та практики.

***Патогенне мислення*** спрямоване на оцінювання дійсності на емоційній основі, при цьому увага звертається на різні негативні аспекти діяльності та поведінки оточуючих, на власні болісні переживання з приводу невдач, хворіб.

***Саногенне мислення*** сприяє подоланню негативних емоцій та психологічному оздоровленню людини, це ефективний засіб розв’язання психотравмуючих проблем. Саногенне мислення можна розглядати як один з варіантів позитивного мислення, спрямованого на позитивну підтримку власного «Я».

**4.** Розгляд четвертого питання передбачає аналіз основних розладів мислення**.** Розлади мислення є досить частим симптомом психічних захворювань. Клінічні варіанти патології мислення дуже різноманітні, деякі з них є типовими для певної форми хвороби.

Б.В. Зейгарник розподіляє всі розлади мислення на чотири групи:

• Порушення операційного аспекта мислення.

• Порушення динаміки мисленнєвих процесів.

• Порушення особистісного компонента мислення.

• Порушення процесу саморегуляції пізнавальної діяльності.

Слід зауважити, що особливості мислення кожного конкретного

хворого не завжди можна кваліфікувати в межах одного виду розладів мислення.

До розладів *операційного аспекта мислення* входять:

• Зниження рівня узагальнень.

• Викривлення процесу узагальнення.

При *зниженні рівня узагальнень* оперування спільними та загальними ознаками замінюють установленням конкретних зв’язків між предметами. Може з’явитися такавада мислення, як *конкретність* – утрата здатності до абстрагування.

При *викривленні процесу узагальнення* відбувається відрив суджень людини від конкретних зв’язків. У судженнях відбиваються лише випадкові та несуттєві (латентні) ознаки предметів та явищ. Процес мислення перетворюється на необгрунтоване теоретизування щодо конкретних проблем. З’являється резонерство.

*Розлади особистісного компонента* мислення проявляються у формі різноплановості мислення, зниженні його критичності та саморегуляції. Відбувається втрата цілеспрямованості мисленнєвого процесу.

До *розладів динаміки мисленнєвої діяльності* відносять її лабільність та інертність. *Лабільність* мислення – нестійкість способу виконання мисленнєвих операцій, легкий та швидкий перехід під одного до іншого. *Інертність* мислення – його малорухливість, ригідність, наявність труднощів при переключенні.

*Порушення процесу саморегуляції пізнавальної діяльності* виражається у неможливості цілеспрямованої організації мисленнєвих дій.

Ураховуючи той факт, що розлади мислення є різноманітними, традиційно при їх групуванні використовують такі параметри:

***1. Розлади мислення за темпом*:** прискорене й уповільнене мислення, ментизм, шперрунг.

*Прискорене* мислення характеризується швидким, прискореним виникненням та зміною думок, «прискоренням перебігу уявлень», швидкою зміною цілеспрямованості мисленнєвого процесу через ослаблену увагу. З’являються поверхові судження, хаотичне мовленнєве збудження, знижується розумова продуктивність. Зовнішній зв’язок ідей суттєво не порушується, однак при особливо сильному прискоренні мислення послідовність ідей може розладнатися, вони стають поверховими, незакінченими, виникає їх маніакальна сплутаність. Цей тип розладів мислення спостерігається при маніакальних фазах афективного психозу.

*Уповільнення мислення* – зменшення кількості асоціацій за одиницючасу. Уповільнюється темп перебігу думок, збіднюються уявлення, поняття та судження, спостерігається мала рухливість та цілеспрямованість мислення, знижується осмислення, стає повільним добирання асоціацій згідно з поставленим завданням, спостерігається тривале «застрягання» на одній ідеї. Такий вид розладу мислення спостерігається при депресії.

*Перерваність, затримка думок (шперрунг)* – виражається в неочікуваних провалах, затримках плину думок. «Зникнення думок» може тривати від кількох секунд до кількох днів. Такий розлад є характерним для шизофренії.

*Ментизм* («наплив думок») – мимовільне виникнення у свідомості швидкоплинних уявлень, нецілеспрямований потік думок, спогадів. Такі напливи можуть бути короткочасними або довготривалими. Хворі на шизофренію сприймають їх як зовнішній вплив на психіку.

***2. Розлади мислення за будовою:*** розірваність, безладність, зісковзування, інкогеренція, вербигерація.

*Розірваність мислення* – порушення логічного зв’язку в реченні при збереженні граматичного зв’язку (в мовленні проявляється шизофазією). Розірваність мислення виражається в порушенні зв’язків між уявленнями та поняттями, зникає цілеспрямованість мислення. Відбувається викривлення мисленнєвого процесу при збереженні граматичної форми побудови речень. Тому зовнішньо впорядковане мовлення втрачає зміст. Коли зникають і граматичні зв’язки, мовлення і мислення стають недоладним набором слів. Спостерігається при шизофренії.

*Зісковзування* – втрата логічного перебігумислення. Розповідаючи про одну подію, хворий швидко переключається на іншу, не помічаючи, що розповідь про першу не було логічно завершено.

*Безладність мислення* – розлад, при якому порушується і логічний, і граматичний зв’язки в реченнях (у мовленні проявляється паралогією та парафазією). Паралогічне мислення характеризується грубими порушеннями логіки, що призводить до необґрунтованих висновків, коли не використовуються логічні аргументи. Причиною виникнення паралогії є бурхливий афект, паранойя, парафренія, шизофренія, рідше – психопатії.

*Інкогеренція* – розлад мислення, при якому порушується зв’язок між складами у словах.

*Вербигерація* – розлад мислення, при якому відмічається стереотипне повторення окремих слів або складів.

***3. Порушення цілеспрямованості мисленнєвого процесу***: амбівалентність (різноплановість), резонерство, персеверації, розважність мислення.

*Різноплановість мислення* – розлад, за якого формування суджень відбувається на основі різних принципів, що взаємовиключають один одного. Наприклад, хворий говорить: «Людей убивати не можна, вони Божі створіння. А цього я прибив би, він мені не подобається».

*Персеверації* – розлад, при якому максимально утруднюється утворення нових асоціацій унаслідок тривалого домінування однієї думки, уявлення. Відбуваються застій, монотонність мислення, постійне повернення до одних і тих самих думок.

*Резонерство* (роздуми заради роздумів) – безпредметне мислення, безплідні розмірковування, що ґрунтуються на поверхових, формальних аналогіях. Це неадекватне для реальної ситуації розмірковування, воно не пов’язане з набутим досвідом, не засноване на реальних уявленнях. Замість мети мислення (пізнати дійсність) на першому планіопиняється «розмірковування». Спостерігається при шизофренії, епілепсії, розумовій відсталості.

*Розважність мислення* проявляється у викладенні хворим непотрібних деталей, зайвих дрібниць, неможливості лаконічно висловити свою думку.

***4. Розлади мислення за продуктивністю:*** нав’язливі ідеї, надцінні (домінуючі) ідеї, маячні ідеї. Такі аномалії є найбільш яскравими та специфічними ознаками психічних захворювань.

*Нав’язливі (невідчепні) ідеї* – думки, уявлення, спогади, що виникають у зв’язку з реальною ситуацією у хворого мимовільно, коли він критично оцінює їх неприродність та хворобливість. Психіатри розглядають нав’язливе мислення як стан, коли у свідомості хворого поза його бажанням «випливають» ідеї, сумніви, спогади, страхи. Хворий розуміє, що вони є непотрібними, недоладними, але не може з ними боротися; вони заважають цілеспрямованому мисленню. Наприклад, невідчепне рахування, невідчепні спогади ускладнюють життя пацієнта, але він самостійно не може їх позбутися.

Нав’язливі ідеї є сутністю обсесивного синдрому (синдрому нав’язливості). Він складається з нав’язливих думок, страхів і дій. Нав’язливі думки проявляються у хворобливому розмірковуванні, в сильному бажанні розв’язувати безплідні та непотрібні завдання («Чому ж Місяць не падає на Землю?») або у спогадах про неприємні події, що домінують у свідомості хворого.

*Нав’язливі страхи* (фобії) можуть бути як складовою обсесивного синдрому, так і самостійним розладом (клаустрофобія, агорафобія та ін.), Нав’язливі дії як частина синдрому зазвичай спричинені нав’язливими думками та страхами (постійне миття рук як наслідок небажання заразитися). Але перші можуть бути і незалежними від цього синдрому (рахування кроків, постійне додавання цифр, що трапляються на шляху).

Нав’язливі ідеї зазвичай спостерігаються при неврозі нав’язливих станів, шизофренії, органічних та інших психозах.

*Надцінні (домінуючі) ідеї* виникають у людини у зв’язку з реальною ситуацією, але надалі стають пріоритетними у свідомості, людини, супроводжуються значним емоційним напруженням та відсутністю критичного ставлення до них. Також ними можуть бути помилкові міркування, що виникають на реальній основі, але переоцінені щодо їх значущості. Такі судження завдяки надмірній афективній насиченості переважають над усіма іншими ідеями та стають провідними у свідомості. Інші думки або концентруються навколо надцінної ідеї, підпорядковуючись їй, або замінюються іншими. Відданість надцінній ідеї спонукає людину нехтувати всім іншим, власними інтересами та інтересами близьких.

Типи деяких надцінних ідей:

• Іпохондричні – думки про уявну хворобу.

• Кверулянтські – думки про необхідність боротися за свої знехтувані права.

• Фанатичні – постійні думки про помсту після пережитої образи.

• Ідеї винахідництва – думки про створення або відкриття нового надзвичайного інструменту, апарату, технологічного процесу.

• Талановитості – думки про видатні досягнення й успіхи в галузі поезії та музики.

• Ревнощі – невідступні думки про зраду дружини, чоловіка, коханця.

Надцінні ідеї (як прояв дисгармонійної психіки) пов’язані з паралогічним мисленням, резонерством. Часто виникають у паранойяльних, епілептоїдних, психастенічних, психопатичних особистостей.

*Маячні ідеї* – викривлені, помилкові уявлення та судження, що неадекватно відображають дійсність. Хворий упевнений у достовірності цих ідей і не піддається корекції з боку оточення.

Види маячних ідей:

1. *Ідеї з позитивним емоційним забарвленням:*

• Маячення величі – думки про власне високе аристократичне або інопланетне походження; про здатність змінювати світ, рятуючи гріховних людей; про власну геніальність та ін..

• Еротичне маячення – думки хворого про сексуальні домагання з боку високопосадовців, королів, закоханість у нього (неї) десятків прихильників, фанатів, про велику кількість дружин, коханок, коханців, про неперевершену привабливість, про надзвичайну статеву силу.

• Маячення багатства – думки про надзвичайне багатство (ніби має велику кількість будинків та вілл у власності, багато дорогоцінних каменів, коштовностей та ін.).

• Маячення винахідництва – ніби хворий винайшов «вічний двигун», космоплан для польотів до інших галактик, ліки від усіх хворіб.

Такі маячення спостерігаються при експансивній формі прогресивного паралічу, маніакальній фазі афективного психозу, шизофренії.

*2. Ідеї з негативним емоційним забарвленням:*

• Маячення самозвинувачення, самознищення – хворий вважає себе поганою людиною, що шкодить державі, сім’ї, що він є винним у тяжких злочинах, що його треба знищити.

• Маячення збіднення та матеріальних збитків – хворий упевнений, що він залишився без майна, грошей, даху над головою, що в нього померли всі рідні, немає ані ліжка, ані одягу, що він загине від голоду та холоду.

• Іпохондричне маячення – пацієнт упевнений, що хворіє на невиліковну хворобу, має ось-ось померти, що в нього погнили всі внутрішні органи, що мозок висох та ін..

Спостерігаються такі ідеї при депресіях афективного психозу, передстаречих та старечих психозах, соматогенному психозі, депресивній формі прогресивного паралічу, шизофренії.

*3. Такі, що характеризуються почуттям страху, недовіри, підозрілості.*

• Маячення переслідування – хворому здається, що до нього погано ставляться, що його хочуть знищити, що його переслідує певна група людей, що за ним ходять по вулиці, погрожують.

• Маячення відношення, або особливого значення,– незначні факти з життя хворого набувають для нього певного значення. Наприклад, побачивши машину з надписом «Хліб», що проїжджала зранку повз його вікно, хворий запевняє, що цього року буде голод через неврожай. У сюжетах телепередач хворий простежує натяки на своє життя. У розмовах випадкових пасажирів чує обговорення його особи.

• Маячення впливу – думки про гіпноз (гіпнотизер обплутує хворого своїм впливом), про лазер (він пронизує увесь організм пацієнта) про сексуальне насилля (при дотиках рук оточуючих).

Такі ідеї супроводжують параноїдну шизофренію, старечі і передстаречі психози, соматогенні й травматичні психози.

*Формування ідей маячення.* Первинне маячення розвивається через порушення логіки та виникнення патологічної інтерпретації. У хворої людини не порушується чуттєве пізнання світу, вона спирається на реальні факти, трактуючи їх дуже вибірково, ігноруючи все, що не збігається з її ідеями. Частіше первинне маячення є еротичним або ідеєю винахідництва. Інших розладів зазвичай у хворого немає. Первинне маячення ще називають інтерпретативним, або систематизованим. Чуттєве (образне) маячення виникає зазвичай через порушення чуттєвого пізнання. В його структурі переважають яскраві образи, уявлення, адже активно працюють у цей час уява та фантазія. Таке маячення супроводжується галюцинаціями, страхом, нервовим збудженням.

Як зазначають В.М.Кузнєцов та В.М.Чернявський, маячення характеризується такими властивостями:

1. Воно завжди є ознакою хвороби.

2. Воно не підлягає корекції, спроби коригувати тільки посилюють маячення.

3. У ньому наявна паралогічність – «крива логіка».

4. Маячення виникає при ясній свідомості.

5. Маячні ідеї тісно пов’язані з особистістю.

6. Такі ідеї виникають за умови наявності певного рівня розвиткуінтелекту.

1. У п’ятому запитанні слід зосередитися на висвітленні вікових особливостей розладів мислення. Перші узагальнення дитини, пов’язані з її практичною діяльністю (виконанням одних і тих самих дій зі схожими предметами), з’являються на одинадцятому місяці життя. Оволодіння мовленням відіграє велику роль у розвитку узагальнення. Первинне узагальнення, індукція та дедукція з’являються у дітей у 3 – 4 роки. Дитина мислить, коли діє; дитяче мислення є наочним, у ньому відображаються тільки зовнішні ознаки речей, які дитина безпосередньо сприймає. Мислення дитини зумовлене її особистим досвідом, часто до змісту понять входять несуттєві ознаки предметів та явищ. Навчання у школі дає змогу розширити коло та зміст понять, відбувається перехід від конкретних до абстрактних понять. Школяр оволодіває розумовими операціями, розвиває обґрунтованість, критичність мислення.

У дітей через нерозвиненість ЦНС маячення виникає досить рідко. Частіше виникає патологічне фантазування, тобто фантазії, подібні до маячення. У них дитина намагається здійснити те, чого не може реалізувати в дійсності. Ці фантазії не пов’язані з конкретними реальними обставинами, в них може проявлятися прагнення бути могутнім, вороже ставлення до оточуючих, нелюбов до людей, страх перед ними. Спочатку ці фантазії з’являються тільки перед сном, а потім можуть тривати цілий день. Дитина живе у світі фантазій, із часом зникає критичне ставлення до них, розлади мислення стають усе більш серйозними, можуть виникати псевдогалюцинації та синдром психічного автоматизму. Патологічне фантазування відрізняється від маячення тим, що дитина сама визнає, що це її вигадки. Однак у хворих із патологічним фантазуванням у підлітковому віці може розвинутися справжнє маячення.

Маячення у дітей є динамічним, фрагментарним, нестійким, частіше виникає на тлі делірія та супроводжується ілюзіями й галюцинаціями. Коли свідомість прояснюється, маячення досить легко зникає. Виникнення маячення на тлі незатьмареної свідомості є досить рідким явищем. Маячення в цих випадках проявляється в рудиментарній формі (як інтенсивний страх). Дитина впевнена, що існує сильна небезпека для неї та батьків. Такі стани зазвичай виникають раптово (напад), страх може бути нестійким, дитину можна заспокоїти. Але коли напад закінчується – залишається тривога, зосередженість на власному здоров’ї, страх померти. Страх та іпохондричні думки можуть трансформуватися в ідеї переслідування.

*Нав’язливі стани у дітей.* У дітей раннього віку часто поширені страхи темноти, самотності. Що старшою стає людина, то частіше проявляються у неї страхи заразитися, пожежі, втрати батьків, перед тваринами. Патологічні пропріоцептивні та інтероцептивні відчуття сприяють виникненню іпохондричного або навіть нігілістичного маячення («Не буду їсти, бо немає внутрішніх органів» «Не їм, бо помер»). Інколи хворому здається, що він перетворився на іншу людину або навіть тварину. Спочатку зникає почуття симпатії до оточуючих, зростає рівень ворожості, агресивності (особливо щодо батьків). Типовий приклад – «маячення чужих батьків»: хворому здається, що його справжніми батьками є інопланетяни, аристократи, зниклі безвісти люди.

Отже, підведемо підсумки. Джерелом формування маячення у дітей та підлітків є порушення чуттєвої сфери пізнання. У дітей молодшого віку та розумово відсталих людей маячення відбувається не за допомогою слова, а через засоби образного мислення. У дорослих поширені маячення переслідування та маячення ревнощів,у передстаречому віці –самозвинувачення, звинувачення, апокаліптичні очікування.

**Запитання для перевірки та самоконтролю**

* Які Вам відомі операції мислення?
* До мисленнєвих операцій відносять усі перераховані, за винятком: а) судження; б) аналізу; в) абстрагування; г) синтезу;д) узагальнення.
* Які різновиди мислення Ви можете охарактеризувати?
* Аутистичне мислення: а) характеризується відірваністю від реальної дійсності, порушенням активності мислення, наявністю амбівалентних думок. Спостерігається при шизофренії; б) характеризується монотонністю, повторенням одних і тих самих слів, одних і тих самих відповідей на різні запитання. Спостерігається при епілепсії та органічних психозах; в) характеризується мимовільним, насильницьким виникненням у свідомості швидкоплинних уявлень, нецілеспрямованого потоку думок, спогадів, що сприймається хворим як зовнішній вплив на психіку, спостерігається при шизофренії.
* Які розлади мислення за темпом Вам відомі?
* Шперрунг: а) виражається у неочікуваних провалах, зупинках плину думок. «Зникнення думок» може тривати від кількох секунд до декількох днів. Спостерігається при шизофренії; б) характеризується повільним, утрудненим переходом від однієї думки до іншої; це занадто деталізоване мислення, коли наводиться велика кількість несуттєвих подробиць, стає неможливим переключення уваги на новий об’єкт осмислення. Спостерігається при епілепсії та у хворих із важкою розумовою відсталістю; в) характеризується монотонністю, повторенням одних і тих самих слів, одних і тих самих відповідей на різні запитання. Спостерігається при епілепсії та органічних психозах.
* Ментизм: а) характеризується схильністю до безплідних роздумів. Є неадекватним реальній ситуації розмірковуванням із багатослівними та банальними судженнями. Має місце при шизофренії, епілепсії, розумовій відсталості; б) характеризується повільним, утрудненим переходом від однієї думки до іншої; це занадто деталізоване мислення, коли наводиться велика кількість несуттєвих подробиць, стає неможливим переключення уяви на новий об’єкт осмислення. Спостерігається при епілепсії та у хворих із важкою розумовою відсталістю;в) характеризується мимовільним, насильницьким виникненням усвідомості швидкоплинних уявлень, нецілеспрямованого потоку думок, спогадів, що сприймається хворим як зовнішній вплив на психіку. Симптом шизофренії.
* Розлад мислення, при якому значно (максимально) утруднюється утворення нових асоціацій унаслідок тривалого домінування однієї думки, називається:а) інертністю; б) резонерством; в) персеверацією; г) різноплановістю.
* Які саме порушення цілеспрямованості мисленнєвого процесу Ви знаєте?

**Рекомендована література**

1. Большой психологический словарь. – 4-е изд., расширенное / сост. и общ. ред. Б.Г.Мещеряков, В.П.Зинченко. – М. : ACT; СПб. : Прайм-ЕВРОЗНАК, 2009. – 811 с.
2. Виходцева O.A. Патопсихологія : навч. посіб. / О.А. Виходцева. – К. : Вид-во НПУ ім. М.П.Драгоманова, 2013. – 208 с.
3. Зейгарник Б.В. Патопсихология : учеб. пособ.[для студ. высш. учеб. заведений] / Б.В.Зейгарник. – 2-е изд., стереотип.– М. : Академия, 2003.– 208 с.
4. Клінічна психологія : словник-довідник / авт.-уклад. С.В. Діденко. – К. : Академвидав, 2012. – 320 с.
5. Патопсихологія: навч. посіб.[для студентів вищих навчальних закладів] / С.Д. Максименко, А.П. Чуприков, Є.М. Прокопович та ін. – К. : ТОВ «КММ», 2010. – 210 с.
6. Психологічний словник / за ред. члена-кореспондента АПН СРСР В.І.Войтка. – К. : Вища школа, 1982.– 216 с.
7. Скотна Н. Тлумачний патопсихологічний словник / Н. Скотна, В.Стець. – Дрогобич: Редакційно-видавничий відділ Дрогобицького державного педагогічного університету імені ІванаФранка, 2006. – 150 с.
8. Психологический словарь / под общ. ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. – 2-е изд., испр. и доп. – М. : Политиздат. – 494 с.
9. Психологія : підруч. / Ю.Л. Трофімов, В.В. Рибалка, П.А. Гончарук та ін.; за ред. Ю.Л. Трофімова. – К.: Либідь, 1999. – 558 с.
10. Цигульська Т.Ф. Загальна та прикладна психологія : курс лекцій / Т.Ф. Цигульська. – К. : Наукова думка, 2000. – С.158 – 182.

**Тема №8. Розлади інтелекту**

**План**

1. Структура, типи та рівні інтелекту.
2. Форми інтелектуальної поведінки та форми організації інтелекту.
3. Основні теорії інтелекту.

4. Загальна характеристика розладів інтелекту.

5. Розлади інтелекту та корекційно-педагогічний процес.

**Концептуальний виклад та методичні поради**

**1.** Розкриваючи перше запитання, слід дати визначення поняття«інтелект» та охарактеризувати його структуру, типи й рівні.

Існує багато значень поняття «інтелект». Розглянемо деякі з них. **Інтелект** – 1) глобальна здатність розумно діяти, раціонально мислити та належним чином пристосовуватися до життєвих обставин (Векслер);2) мисленнєві здібності людини;3) упсихології – система всіх пізнавальних здібностей індивіда, зокрема, здатності до пізнання та розв’язання проблем, що сприяє успішному виконанню діяльності (В.Д. Менделевич).

Також під інтелектом розуміють:

• Здатність адаптуватися до навколишнього середовища.

• Уміння досягати мети.

• Мистецтво передбачати майбутнє.

• Здатність використовувати набутий досвід для розв’язання нових завдань.

• Уміння своєчасно та доречно чинити, діяти, говорити.

Отже, інтелект – це дуже складна сфера для визначення та вивчення.

*Структура* інтелекту є дуже складною. Центральне місце в ній займає здатність до виконання різноманітних операцій логічного мислення, зумовлена рівнем розвитку інших розумових здібностей, зокрема, обсягом оперативної пам’яті та стійкістю уваги.

За Терстоуном, інтелект складається з окремих здібностей. Виділяють 7 первинних розумових потенцій:

• Здатність до рахування.

• Словесна гнучкість, лабільність.

• Словесне сприйняття.

• Просторова орієнтація.

• Пам’ять.

• Здатність до розмірковування.

• Швидкість сприймання.

*Дж. Гілфорд* описав 120 факторів інтелекту(залежно від того, до яких результатів вони приводять, для яких розумових операцій потрібні, яким є їх зміст (образний, символічний, семантичний, поведінковий)).

У сучасній психологічній науці розглядають три ***типи*** інтелекту:

* генетичний (він не може бути виявлений та визначений жодним із наявних тестів);
* поведінковий (виявляється у поведінці людини);
* вимірюваний (його можна вивчати за допомогою тестів інтелекту).

Поведінковий інтелект є продуктом складної взаємодії генетичного інтелекту та впливу середовища (насамперед умов виховання й освіти). Поведінковий інтелект виявляється у таких основних характеристиках: здатності розв’язувати завдання, що передбачають оперування абстракціями; здатності навчатися, використовуючи раніше набутий досвід для розв’язання нових завдань; пристосовуватися до нових ситуацій тощо. Ці характеристики можуть бути об’єднані в одному понятті загальної здатності до ефективної переробки інформації.

Щодо ***рівнів*** виділяють практичний та абстрактний рівні інтелекту. *Конкретний (практичний) рівень* дає змогу розв’язувати повсякденні проблеми, завдання, орієнтуватися у предметному світі. До практичного рівня входять асоціативні здібності (допомагають використовувати інформацію, що зберігається в пам’яті).

*Абстрактний рівень* дає змогу оперувати словами і поняттями. До абстрактного рівня належать когнітивні здібності.

1. Вивчаючи друге питання, проаналізуємо форми інтелектуальної поведінки та організації інтелекту.Виділяють три форми інтелектуальної поведінки:

• *вербальний інтелект* – запас слів, ерудиція, уміння розуміти прочитане;

• *здатність розв’язувати проблеми*;

• *практичний інтелект*, складовою частиною якого є вміння адаптуватися до навколишнього середовища.

Для клінічної психології найбільш цікавим є практичний інтелект, оскільки саме він значною мірою може змінювати поведінку людини та порушувати адаптацію. До структури практичного інтелекту належать процеси адекватного сприймання та розуміння подій, що відбуваються, адекватна самооцінка, здатність раціонально діяти в нових обставинах.

Виділяють три ***форми організації інтелекту***, що відображають різні способи пізнання об’єктивної реальності (зокрема, у сфері міжособистісних контактів) та методи її перетворення на основі набутих знань.

По-перше, це ***здоровий глузд*** – процес адекватного відображення об’єктивної дійсності, що ґрунтується на аналізі мотивів поведінки оточуючих, коли людина використовує раціональний спосіб мислення. Здоровий глузд дає змогу уникати логічних помилок при оцінці та інтерпретації зовнішніх ситуацій, обираючи найбільш адекватний спосіб взаємодії з оточуючими.

Наступна форма організації інтелекту – ***розсудок***. Це процес пізнання реальності та спосіб діяльності, заснований на використанні формалізованих знань, на розумінні та трактуванні мотивів діяльності учасників взаємодії.

Остання форма – ***розум***. Це вища форма організації інтелекту, найвищий ступінь логічності. Мисленнєвий процес сприяє формуванню теоретичних знань, творчому перетворенню дійсності. Важливою складовою розуму є рефлексія.

Із поняттями здорового глузду та розуму тісно пов’язані*антиципаційні здібності* (здатність передбачати перебіг подій, планувати свою діяльність з метою уникнути небажаних наслідків та переживань, а також адаптація до навколишнього світу).

Як зазначає I.A. Мартинюк, для зручності практичного вивчення рівня розвитку інтелекту та його порушень у клінічній психології виділяють:

• Інвентар інтелекту – ЗУН.

• Передумови інтелекту – пам’ять, увагу, мислення, мовлення, вольові процеси, мотивацію.

• Власне інтелект – здатність до узагальнення, абстрагування, міркування, думки, судження, здатність робити висновки.

Також виокремлюють два способи інтелектуального пізнання:

1. ***раціональний*** – близький до наукового підходу в оцінці подій та явищ – передбачає застосування формально-логічних законів, висунення та підтвердження гіпотез;

***2) ірраціональний*** – спирається у пізнанні на неусвідомлюваних факторах, не має чітко заданої послідовності, не потребує використання логічних законів для доведення істинності суджень.

**3.** У третьому питанні радимо зосередитися на розкритті основних теорій інтелекту*.*

Існує багато **теорій**, що пояснюють виникнення, розвиток та функціонування інтелекту. Розглянемо деякі з них.

1. ***Периферична теорiя*** (У. Джеймс, Н. Ланге, 1884–1885): емоцiї є наслiдком змiн дiяльностi внутрiшнiх органiв i скелетної мускулатури у вiдповiдь на певнi стимули. Ця теорiя може бути використана для пояснення емоцiй сомато-вегетативного генези, проте не може пояснити походження вищих емоцiй, особливо соцiального задоволення.

2. ***Центральна, або таламiчна, теорiя*** (У. Кеннон, I.Бурда, 1927 – 1928): саме в таламусi пiд впливом надходження туди аферентної iмпульсацiї формуються емоцiйнi збудження, наслiдком чого є ефекторнi реакцiї на периферiї, властивi для тієї чи тієї емоцiї.

3. ***Теорiя Пейпса*** (1937 р.): головна роль у формуваннi емоцiй належить лiмбiчним структурам мозку. Емоцiйнi збудження, що виникають у гiпокампi, розповсюджуються до мамiлярних тiл, далi через таламус у поясну звивину (рецептивне поле емоцiйних переживань – «коло Пейпса»). Розповсюдження емоцiйного збудження далi на кору великих пiвкуль створює емоцiйне забарвлення психiчних процесiв.

4. П. Маклейн (1958) визначив лiмбiчнi структури мозку як вiсцеральний мозок i пов’язав формування емоцiй із регуляцiєю роботи внутрiшнiх органiв. Вiн вважав, що для прояву емоцiй дiя неокортексу не обов’язкова.

5. ***Активацiйна теорiя Д. Лiнделлi*** (1951): зовнiшнi i внутрiшнi сенсорнi стимули активують ретикулярну формацiю стовбура мозку, яка надсилає iмпульси в гiпоталамус, таламус i кору головного мозку, викликаючи активацiю цих структур i появу емоцiй певної ознаки.

6. ***Бiологiчна теорiя*** (1949 р., П.К. Анохiн): емоцiї виникають протягом еволюцiї як засiб поліпшення адаптацiї живих iстот до умов iснування. Ця властивiсть матерiї виявилася корисною для виживання, даючи змогу iстотам швидко i бiльш економно реагувати на зовнiшнi впливи, внутрiшнi потреби та їх задоволення. Емоцiї уможливлююють оцiнювання вплив на органiзм рiзноманiтних, особливо деструктивних чинникiв, виконуючи майже миттєву iнтеграцiю усiх функцiй органiзму, внаслiдок чого визначається кориснiсть чи шкiдливiсть дiючого чинника. Як своєрiдний пеленг, емоцiї дають змогу органiзмовi виробити вiдповiдну реакцiю, часто навiть раніше, нiж виявлена локалiзацiя впливу.

Згiдно з теорiєю функцiональних систем (П.К. Анохiн), емоцiї є компонентом усiх стадiй органiзацiї поведiнки людини рiзного ступеня складностi та цiлеспрямованостi. Вираженiсть емоцiй у кожного iндивiдуальна i залежить вiд бiологiчного та соцiального значення вчинку, ступеня його автоматизму (усвідомлення –неусвiдомлення i навичок), наявностi перешкод для досягнення мети тощо.

Виникненню будь-якої потреби завжди передує емоцiя незадоволення, що посилюється при кожнiй невдалiй спробi задоволення потреби, якщо результат учинку не досяг поставленої мети.

Бiологiчне значення негативних емоцiй при цьому полягає в тому, що вони спонукають органiзм до подолання перешкод, які заважають задоволенню потреб. Останнє сприяє виникненню позитивних емоцiй (задоволення, радостi та iн.),що виконують функцiю «нагороди» за успiхи в дiяльностi, спрямованій на задоволення наявних потреб людини, а також дають змогу органiзмовi швидко оцiнити задоволення цих потреб. Вони пов’язанi з механiзмами сенсорного насичення, широко представленими у процесах задоволення статевих, питтєвих, харчових та iнших потреб.

7. ***Iнформацiйна теорiя*** (П.В. Симонов, 1966): емоцiйний стан органiзму зумовлюється, з одного боку, негативними емоцiями, що супроводжують вихiднi потреби органiзму, а з іншого, – можливiстю прогнозування позитивних емоцiй при задоволеннi цих потреб. Протягом навчання i багаторазового задоволення однотипних потреб людина набуває здатностi для досягнення мети керуватися не лише негативними емоцiями, а й уявленнями про тi позитивнi емоцiї, якi очiкуються при задоволеннi потреб, тобто досвiд уможливлює передбачення позитивних емоцiй.

Розрізняють такі фактори інтелектуального розвитку:

1) генетичні (наслідування інтелектуальних задатків, а також хромосомні аномалії);

2) ембріональні (хвороби, що перенесла вагітна жінка, негативні фізичні та хімічні впливи на жінку під час вагітності);

3) порушення живлення (харчування) плоду;

4) фактори середовища (хвороби індивіда, особливості харчування, ступінь психічної стимуляції, кількість дітей у сім’ї, соціальний стан сім’ї).

**4**. Розгляд четвертого питання передбачає аналіз інтелектуального коефіцієнта й інтелектуальних властивостей особистості.

**Інтелектуальний коефіцієнт (IQ)**– це показник інтелектуального функціонування. Обчислюють його так: (IQ) = (розумовий вік / хронологічний вік)х 100. Хронологічний вік визначають за датою народження, розумовий вік (психологічний) є результатом виконання спеціально підібраних для кожної вікової групи завдань (вони успішно виконуються більшістю людей певної вікової групи).

IQвиражають в усереднених статистичних показниках за допомогою спеціальних психологічних тестів (Векслера, Равена, Стенфорда-Біне та ін.). Вербальний інтелект оцінюють за допомогою вербальних методик, невербальний– за допомогою невербальних методик. Але слід враховувати, що IQ не може бути універсальним показником, бо не враховує тренованості та не відображає всієї структури інтелекту.

***Інтелектуальні властивості особистості.***Для психологічного аналізу мислення й інтелекту важливим є те, що мислить суб’єкт, тобто людина, особистість.Міркуючи, людина розв’язує задачі. Задача завжди викликає певну реакцію людини, має для неї особистісний сенс. Це ставлення може бути позитивним або негативним. Задачі мають певну соціальну або індивідуальну значущість. Дуже добре, якщо соціальна значущість збігається із високою особистісною. Розгортання процесу розв’язання задачі пов’язане з наявністю мотивації,що спонукає до більш активних дій. У процесі мислення, у постановці та розв’язанні задач, ставленні до них, продуктивності мислення проявляються характер людини, її темперамент, типи акцентуації, психофізіологічні особливості тощо.

Інтелектуальні властивості особистості охоплюють такі ознаки мислення:

• швидкість;

• глибину (здатність знаходити суттєві зв’язки);

• широту мислення (можливість залучення необхідних засобів пізнання та набутих знань);

• гнучкість (або ригідність);

• стратегічність (можливість обирати адекватні способи розв’язання завдань);

• імпульсивність (або обережність);

• самостійність (здатність до оригінальних ідей);

• рефлексивність;

• організованість (здатність мобілізуватися при подоланні проблеми);

• дисциплінованість (особливо при виконанні важкої або нецікавої роботи).

Специфічне поєднання різних властивостей розуму, їх стійкий вияв у процесі розв’язання різних задач характеризують стиль інтелектуальної діяльності, за допомогою якого людина пізнає та перетворює навколишній світ. Найвищим рівнем розвитку інтелекту є така його структура, яка забезпечує творче перетворення дійсності, творчість у її різноманітних видах і проявах.

**5.** У п’ятому запитанні слід зосередитися на аналізі основних розладів інтелекту.Порушення інтелекту зазвичай описуються на основі різного ступеня зниження здатності до врегулювання проблем, задач, зниження мисленнєвих здібностей. Досить часто для оцінки порушень інтелекту використовують оцінку загальних та спеціальних знань і вмінь. Найбільш яскравими симптомами та синдромами розладу інтелектуальної діяльності є ознаки деменції й розумової відсталості.

Розглянемо детальніше варіанти розладів інтелекту. Передовсім слід назвати **недоумкуватість** – стійке і зазвичай незворотне збіднення психічної діяльності, її спрощення та значне зменшення обсягу, що вказує на дефект інтелекту. Недоумкуватість може бути вродженою (її різновидом є розумова відсталість) та набутою (деменція). Проявляється недоумкуватість у послабленні пізнавальних здібностей, збідненні почуттів, змінах поведінки.

***Вроджена недоумкуватість*** (психічний недорозвиток, розумова відсталість, олігофренія) є загальним недорозвитком психіки (і недорозвитком інтелекту). Вона обумовлена спадковими, вродженими та деякими іншими факторами (у віці до трьох років). Вроджена недоумкуватість проявляється у нездатності до абстрактного мислення, недорозвитку мовлення, занадто бідному запасі слів, обмеженому запасі набутих знань, незначних можливостях їх застосування і набуття. Емоції досить бідні, вони можуть вичерпуватися задоволенням фізіологічних потреб.

Розглянемо детальніше *ступені* вродженої недоумкуватості.

* *Легка розумова відсталість* (дебільність). IQ = 50 – 69. В індивідів із таким діагнозом спостерігається обмежена здатність до абстрактного мислення, тому діти можуть закінчити школу лише за спеціальною (дуже спрощеною) програмою. Вони здатні оволодіти деякими спеціальностями, але отримують тільки низьку кваліфікацію. Через емоційну та соціальну незрілість не можуть впоратися із вимогами до повноцінного сімейного життя та виховання дітей.
* *Помірна розумова відсталість (імбецильність).*IQ = 35 – 49.

Особа-імбецил характеризується повільним розвитком розуміння та використання мовлення, відстає в розвитку навичок самообслуговування і моторики. Частина хворих оволодіває основами читання, письма,лічби, набуває деяких умінь. Такі індивіди оволодівають простою роботою та виконують її під наглядом. Незалежне проживання є неможливим, але такі люди беруть участь у найпростіших соціальних заняттях.

* *Важка розумова відсталість* (важка імбецильність). IQ – 20 – 34. Хворі оволодівають навичками самообслуговування не повністю. Навіть основи шкільних знань та умінь їм недоступні. Якщо вони і оволодівають деякими елементарними трудовими процесами, то потребують постійного нагляду. Мають моторні порушення та слабкий розвиток мовлення. Причиною виникнення та розвитку імбецильності є органічне ураження мозку.
* *Глибока розумова відсталість (ідіотія).*IQ є нижчим за 20.У деяких індивідів не розвиваються навіть передумови інтелекту. Вони не оволодівають ніякими навичками, здатні на дві-три елементарні емоції, мовлення не розвивається. У частини хворих спостерігається обмежена здатність до розуміння і виконання вимог та інструкцій. Вони обмежені в рухах, страждають на енурез, не можуть контролювати процес дефекації; не здатні самостійно задовольняти свої основні потреби, потребують постійної допомоги і догляду.

Загалом розумову відсталість розглядають як стан затримки або неповного розвитку психіки, що характеризується порушенням здібностей, котрі забезпечують загальний рівень інтелектуальності (когнітивних, мовленнєвих, моторних та соціальних).

Крім уродженої недоумкуватості, є ще й ***набута недоумкуватість***, або деменція. **Деменція** – стійке збіднення психічної діяльності, її спрощення та занепад. Інтелект знижується через порушення функціонування вищих кіркових функцій (пам’ять, увага, мислення).Деменція передбачає порушення орієнтування та здатності до навчання. Набута недоумкуватість є частковим порушенням психіки (зокрема, інтелекту), що виникає внаслідок хвороби або травми мозку. Спостерігаються розлади пам’яті, мовлення, суджень, афективних проявів, просторової орієнтації, моторних умінь. Відбувається розлад особистості, втрата критичного сприйняття свого стану. Хворі не набувають нових знань і не можуть користуватися вже набутими. Зміни, що відбуваються з хворим, часто є незворотними.

Стисло охарактеризуємо ***ступені важкості деменції***.

*Легка деменція****.*** Робоча та соціальна активність погіршуються, однак залишається здатність до самостійного життя, самообслуговування, відноснологічних суджень.

*Помірна деменція****.*** Людині досить складно жити окремо, вона потребує постійного догляду та підтримки.

*Важка деменція****.*** Повсякденна активність та самообслуговування порушені, є потреба в постійному догляді. У хворих спостерігаються грубі розлади мовлення та суджень.

Також розрізняють тотальну та часткову деменцію**. Тотальна (глобальна) деменція** глибоко охоплює всю психіку, включаючи інтелект іпам’ять. Спостерігається різке зниження або відсутність критичності щодо власних слів та вчинків, уповільнення психічних процесів, повна втрата індивідуальних особливостей.

Розглянемо ***види тотальної деменції****.*

* *Паралітична деменція* виникає при прогресивному паралічі. У хворого спостерігаються слабкість суджень, зниження критичності щодо власної поведінки, недоречні вчинки, нетактовні висловлювання, сексуальні ексцеси. Індивідуальні особливості особистості нівелюються, хворий стає грубим, у нього виникає стійка ейфорія, зникає інтерес до роботи, до сім’ї. Досить швидко настає повний розпад особистості.
* *Сенільна деменція* виникає у людей похилого віку та пов’язана з атрофією головного мозку. Починається з появи рис характеру, які раніше були не притаманні особі (жадібність, жорстокість). Можуть занадто яскраво проявлятися раніше помірно виражені риси (владність, гордість). Утрачаються набуті навички, з’являються пасивність, емоційне збіднення, зростають розлади пам’яті (синдром Корсакова, порушується збереження інформації). Хворі перестають контролювати свої потяги, стають гіперсексуальними, грубими, цинічними. Зазвичай вони починають збирати різний мотлох (як Плюшкін).

**Часткова (лакунарна, дисмнестична)** деменція характеризується нерівномірністю випадіння інтелектуальних функцій, уповільненням інтелектуальних процесів, зниженням кмітливості, наявністю різних порушень пам’яті. Особистість залишається певною мірою збереженою, розлади критичності мислення досить слабкі, зберігаються професійнінавички. Людина стає емоційно нестриманою, сльозливою, досить легко виникає розгубленість. Причиною виникнення лакунарної деменції є осередкові ураження кори головного мозку.

Також слід охарактеризувати ***види часткової деменції****.*

* *Епілептична деменція* виникає внаслідок несприятливого перебігу епілептичної хвороби. Уповільнюються психічні процеси, знижується рівень мисленнєвої діяльності, виникає патологічна розважливість мислення, пам’ять слабшає, з’являється амнестична афазія. Мовлення збіднюється, розтягується, заповнюється словесними штампами, постійно використовуються зменшено-пестливі слова. Коло інтересів звужується до необхідності піклуватися тільки про своє здоров’я і добробут. Можуть з’являтися улесливість, педантизм щодо дрібниць, жадібність та ін. Людина часто ображається, «вибухає», стає злопам’ятною, мстивою. У частини хворих з’являється псевдонабожність, прагнення виглядати занадто благочестивими.
* *Судинна (атеросклеротична) деменція* виникає при атеросклеротичному ураженні головного мозку. Ядро особистості залишається відносно збереженим досить довго. Першими ознаками судинної деменції є порушення запам’ятовування при одночасному збереженні критичного ставлення до своєї діяльності. Тому хворий, знаючи про вади пам’яті, записує всю необхідну інформацію, «зав’язує вузлики» на пам’ять. Досить довго залишаючись тактовними, хворі виглядають охайно, проявляють інтерес до сім’ї, суспільства. Якщо деменція розвивається після інсульту, то з’являються глибокі порушення пам’яті, мислення, мовлення, насильницький сміх, плач, неврологічні симптоми.
* *Травматична деменція* є наслідком фізичної травми головного мозку. Клінічна картина залежить від важкості та локалізації ушкодження.
* *Алкогольна деменція* спостерігається при алкогольному ураженні головного мозку та виражається синдромом Корсакова.
* *Шизофренічна деменція* характеризується дисоціацією між нездатністю осягнути реальне значення життєвих ситуацій та задовільним станом абстрактно-логічного мислення (*ситуаційна недоумкуватість*). Набуті ЗУН та комбінаторні можливості не можуть бути використані в житті через аутистичну відірваність від реальності, а також через апатію. Але при цьому немає грубих порушень пам’яті, набуті ЗУН зберігаються.

Також виділяють розлади інтелекту: психогенна недоумкуватість та стан зниження психічного рівня особистості.

**Психогенна недоумкуватість (псевдодеменція)**– реакція особистості на психотравмуючу ситуацію, що загрожує її соціальному статусу та проявляється у вигляді уявної недоумкуватості. В елементарних ситуаціях спостерігаються недоречні відповіді та дії, поведінка стає занадто демонстративною, в оточення не виникає сумнівів у психічному розладі індивіда. Цей розлад – «втеча у хворобу» – реакція слабкої або істероїдної особистості при необхідності нести відповідальність за власну некоректну поведінку. Псевдодеменція – це *транзиторна недоумкуватість*, тобто її симптоми з часом зникають.

***Стан зниження психічного рівня*** (зниження рівня особистості) – це легка форма ослаблення психічної діяльності, що виражається у стійкому зниженні активності, енергійності, звуженні кругозору, втраті більшості інтересів, збідненні індивідуальних рис. Цей стан супроводжується підвищеною втомлюваністю, зниженням працездатності, вираженою слабкістю, посиленням потягів та незначними порушеннями пам’яті.

За іншою класифікацією розладів інтелекту виділяють такі їх види:

* *Недорозвиток інтелекту*, при якому порушується розвиток усіх ланок структури інтелекту. Як приклад можна розглядати олігофренію, тобто недоумкуватість, стан психічного недорозвитку. Олігофренам притаманні низький рівень інтелекту, погано розвинені пам’ять та увага, порушені емоції й воля. Варіантами олігофренії є ідіотія, імбецильність, дебільність (виражена дебільність, помірно виражена дебільність, легка дебільність).
* *Частковий недорозвиток інтелекту*, коли недорозвиненими є окремі ланки інтелекту. Наприклад, порушуються передумови розвитку інтелекту – пам’ять та уява. Через недорозвиток мовленнєвої функціональної системи потерпає вербалізація розуміння, тобто так званий вербальний інтелект.
* *Деменція* – стійке збіднення психічної діяльності.
* *Органічний психосиндром (психоорганічний синдром)* характеризується зниженням уваги, інтелекту, втратою лабільності емоцій. Значною мірою розладжується пам’ять, темп мислення сильно уповільнюється, з’являються імпульсивні дії, людина перестає контролювати потяги.
* *Затримка психічного розвитку (ЗПР)* – спостерігається у дітей. Структура інтелекту сильно не порушується, розвиток рівня психічних функцій не відповідає віковим параметрам.

Але завдяки спеціально розробленим програмам діти із діагнозом ЗПР мають можливість підвищити рівень розвитку всіх пізнавальних функцій.

* *Функціонально-динамічний розлад інтелекту* – в інтелекті наявні всі структурні компоненти, але вони не працюють.
* *Тимчасова втрата інтелекту* – синдром скороминучої недоумкуватості (може виникати внаслідок набряку мозку).

**6.** Шосте запитання передбачає аналіз впливу розладів інтелекту на корекційно-педагогічний процес.Інтелект дитини оцінюють, щоб виявити, які здібності вона має, наскільки вона здатна до навчання. Виявивши рівень розвитку психічних пізнавальних функцій та здібностей, дитину спрямовують до спеціалізованої школи (обдаровані діти), загальноосвітньої школи або спеціальної школи (дітки з діагнозом «ЗПР», «олігофренія»). Але слід враховувати, що окремі здібності та рівень інтелекту у процесі навчально-виховного впливу можуть змінюватися. На це обов’язково зважають при розробці навчальних програм. Через певні обставини рівень інтелекту може знижуватися(наприклад, у результаті хвороби, після ушкодження головного мозку). Тоді навчально-виховний процес відбувається за участю лікарів та психологів, які допомагають адаптуватися до нової ситуації навчання.

Існує і вікова негативна динаміка інтелектуальних змін(наприклад у пубертатному періоді відмічається підвищення втомлюваності, зниження пам’яті, мислення, уваги, емоційна нестриманість). Особливо від цього потерпають підлітки із затримкою психічного розвитку. Щодо дітей, які мають діагноз «ДЦП», то при оцінці рівня розвитку здібностей та інтелекту не можна орієнтуватися лише на інтелектуальний коефіцієнт. Результати досліджень слід уточнювати за допомогою нейропсихологічних методик. У деяких розумово відсталих дітей може спостерігатися високий рівень розвитку музичних здібностей або гарно розвинена механічна пам’ять. Орієнтуючись на сильні аспекти пізнавальної сфери особистості такої дитини, психолого-педагогічний колектив допомагає їх більш успішній соціалізації, сприяє підвищенню самооцінки дитини та пробуджує інтерес до навчання.

**Запитання для перевірки та самоконтролю**

* Які способи інтелектуального пізнання Ви знаєте?
* Які форми інтелектуальної поведінки Вам відомі?
* Які фактори інтелектуального розвитку Ви знаєте?
* Інтелектуальний коефіцієнт:а) кількісний показник інтелектуального розвитку; б) оцінка навичок, набутих протягом життя;в)характеристика набутих знань.
* Ступені розумової відсталості:а) показники вираженості психічного недорозвитку: легка, помірна, важка та глибока розумова відсталість;б) характеристика типу інтелектуального дефекту: тотальний, частковий;в) усі відповіді правильні;г) ваш варіант.
* Легка розумова відсталість (дебільність) характеризується тим, що:а)у деяких хворих не розвиваються навіть передумови інтелекту, вони не оволодівають ніякими навичками, володіють двома – трьома елементарними емоціями, мовлення не розвивається;б) хворі оволодівають навичками самообслуговування не повністю, навіть основи шкільних знань та умінь їм недоступні; хворі потребують постійного нагляду;в)у хворих обмежена здатність до абстрактного мислення, тому вони можуть закінчити лише початкову школу за спеціальною програмою. Вони оволодівають деякими спеціальностями, але отримують тільки низьку кваліфікацію.
* Глибока розумова відсталість (ідіотія) характеризується тим, що:а)хворі оволодівають навичками самообслуговування не повністю, навіть основи шкільних знань та умінь їм недоступні; хворі потребують постійного нагляду;б) у деяких хворих не розвиваються навіть передумови інтелекту, вони не оволодівають ніякими навичками, володіють двома – трьома елементарними емоціями, мовлення не розвивається;в) це психопатологічний синдром, що передбачає зниження інтелекту через порушення функціонування вищих кіркових функцій.
* Деменція – це:а)набута недоумкуватість;б) вроджена недоумкуватість;в)одне з порушень пам’яті;г) усі відповіді правильні.
* Види (типи) деменції:а) дебільність, імбецильність, ідіотія;б) тотальна деменція, часткова деменція;в) амнезія, гіпермнезія, гіпомнезія, парамнезія.
* Паралітична деменція – це:а)глибока розумова відсталість;б) різновид сенильної деменції;в) один з видів тотальної деменції.
* Судинна деменція:а)поєднання фіксаційної амнезії, псевдоремінісценцій та конфабуляцій;б)переважання розладів пам’яті та емоційної лабільності на тлі збереженого ядра особистості;в) реакція особистості щодо загрози її соціальному статусу у вигляді удаваної недоумкуватості.
* Псевдодеменція:а)реакція особистості щодо загрози її соціальному статусу у вигляді удаваної недоумкуватості;б) поєднання фіксаційної амнезії, псевдоремінісценцій та конфабуляцій;в)переважання розладів пам’яті та емоційної лабільності на тлі збереженого ядра особистості.
* Які саме розлади інтелекту Ви можете охарактеризувати?

**Рекомендована література**

1. Виходцева O.A. Патопсихологія : навч. посіб. / О.А. Виходцева. – К. : Вид-во НПУ ім. М.П. Драгоманова, 2013. – 208 с.
2. Зейгарник Б.В. Патопсихология : учеб. пособ.[для студ. высш. учеб. заведений] / Б.В.Зейгарник. – 2-е изд., стереотип.– М. : Академия, 2003.– 208 с.
3. Клінічна психологія: словник-довідник / авт.-уклад. С.В. Діденко. – К. : Академвидав, 2012. – 320 с.
4. Патопсихологія : навч. посіб.[для студентів вищих навчальних закладів] / С.Д. Максименко, А.П. Чуприков, Є.М. Прокопович та ін. – К. : ТОВ «КММ», 2010. – 210 с.
5. Психологічний словник / за ред. члена-кореспондента АПН СРСР В.І.Войтка. – К. : Вища школа, 1982.– 216 с.
6. Скотна Н. Тлумачний патопсихологічний словник / Н. Скотна, В.Стець. – Дрогобич: Редакційно-видавничий відділ Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка, 2006. – 150 с.
7. Психологический словарь / под общ. ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. – 2-е изд., испр. и доп. – М. : Политиздат. – 494 с.
8. Психологія : підруч. / Ю.Л. Трофімов, В.В. Рибалка, П.А. Гончарук та ін.; за ред. Ю.Л. Трофімова. – К.: Либідь, 1999. – 558 с.
9. Цигульська Т.Ф. Загальна та прикладна психологія : курс лекцій / Т.Ф. Цигульська. – К. : Наукова думка, 2000. – С. 158 – 182.

**Тема №9. Розлади мовлення**

**План**

1. Поняття про мову та мовлення як засоби спілкування.

2. Фізіологічні механізми мовленнєвої діяльності.

3. Види мови та мовлення.

4. Функції мови та мовлення.

5. Загальна характеристика розладів мовлення.

**Концептуальний виклад та методичні поради**

**1.** Висвітлення першого питання слід розпочати з визначення поняття спілкування та засобів спілкування. **Спілкування** – це складний багатоплановий процес установлення та розвитку контактів між людьми, який пов’язаний з потребами у спільній діяльності та включає обмін інформацією, напрацювання єдиної стратегії взаємодії, сприймання та розуміння іншої людини. Також під спілкуванням розуміють взаємодію суб’єктів, яка відбувається за допомогою знакових засобів, пов’язана з потребами у спільній діяльності та спрямована на значущі зміни у стані, поведінці та особистісно-змістових утвореннях партнера.

Засоби спілкування – це певні знакові системи, що використовуються для передавання інформації. Засоби спілкування можуть бути вербальними та невербальними.

*Вербальний* (від лат. *verbum*– слово) – словесний, мовний, усний. Вербальним засобом спілкування є мова (усна, письмова), що може бути розмовною або літературною. Також використовуються штучні мови (азбука Морзе, шифри, мова глухонімих та ін.). До невербальних засобів спілкування відносять міміку, жести, пози тіла, тембр голосу, швидкість мовлення та ін.

**Мова** – явище духовного життя людського суспільства; вона є єдиною для всього народу. Однією з найбільш яскравих особливостей людини є вміння говорити. Слово поступає важливим фактором розвитку психіки людини. Активність нашого мозку пов’язана з функціонуванням другої сигнальної системи; тому на основі мовленнєвої діяльності існують та проявляються всі психічні особливості людини. Мова – водночас і засіб спілкування, і знаряддя мислення.

Як відомо, мова включає слова з їх значеннями та синтаксис (правила, за якими будується речення). Значення слова – це співвіднесення його з певним об’єктом реальної дійсності, незалежно від того, як цей об’єкт (предмет, явище, ситуація) представлений у свідомості людини. Наприклад, виконуючи інструкцію «уявіть собі красиве дерево», різні люди можуть уявити квітучу яблуню або засніжену ялинку, сакуру або могутній дуб. Словниковий запас мови містить знання про світ того суспільства, яке говорить цією мовою.

Мова матеріалізується в усному та писемному мовленні. Мертві мови (санскрит, праіндоєвропейська, індоєвропейська, давньоруська, частково – латина та ін.) не використовуються в усному варіанті для спілкування.

Засобами побудови мовленнєвого повідомлення є фонеми (в усному мовленні) та графеми (у письмовому мовленні). З них будуються слова, які в подальшому об’єднуються у словосполучення та речення.

За допомогою мови зберігаються та передаються основні життєві цінності; оволодіваючи мовою, дитина в процесі пізнавальної діяльності оволодіває суспільним досвідом, отримує можливість закріплювати в слові особистий досвід та передавати його оточуючим.

**Мовлення** – це індивідуальне використання мови, процес спілкування за допомогою мови. У процесі розвитку мовлення відбувається поступове оволодіння мовою, що охоплює такі етапи:

1. Розвиток фонематичного слуху та формування навичок вимови фонем рідної мови.

2. Оволодіння словниковим запасом та правилами синтаксису.

3. Оволодіння семантикою мови. Сема – одиниця змісту (наприклад, зменшено-пестливі суфікси вказують на розмір предмета (стільчик, відерце) або на ставлення до предмета чи об’єкта (рученьки, сонечко, синочок, матінка)).

Формування світогляду та вищих почуттів, зростання рівня вольової регуляції в діяльності та поведінці приводять до того, що семантичне значення слова в мові перетворюється на його значення для особистості, починає відігравати яскраво виражену практичну роль у поведінці.

Мова є об’єктивним явищем у житті суспільства; існують нормативні правила вимови, граматики, стилістики мови. Мовлення – це психічне явище. Воно є індивідуальним для кожної людини та має відбиток суб’єктивного відображення індивідом об’єктивної реальності. Мовлення окремої людини вирізняється вимовою, структурою речень, що можуть відрізнятися від мовних стандартів.

**2.** Висвітлюючи друге питання практичного заняття, необхідно описати фізіологічні механізми мовленнєвої діяльності.Фізіологічну основу мовлення складає діяльність другої сигнальної системи. Подразником постає не предмет чи явище, а слово (ми його чуємо, бачимо, промовляємо). Але фізіологічна основа мовлення не зводиться до другосигнального рефлексу, адже він може бути вироблений і у тварин. Друга сигнальна система взаємодіє з першою. При порушенні цієї взаємодії мовлення стає «потоком беззмістовних слів». Ділянки кори головного мозку, які відповідають за мовлення, представлені центром Брока та центром Верніке.

*Центр Брока* – руховий центр мовлення, вперше описаний французьким анатомом та антропологом Полем Брока (1824 – 1880). Центр міститься в нижній лобовій звивині кори головного мозку (здебільшого в лівій півкулі). При порушеннях у функціонуванні центру Брока людина розуміє мову, але втрачає здатність вимовляти слова.

*Центр Верніке* – слухово-мовна зона кори головного мозку. Розташований у задній третині верхньої скроневої звивини лівої півкулі. При порушеннях функціонування центру Верніке людина може говорити, але не розуміє мовлення інших людей.

**3**. У межах третього запитання слід охарактеризувати основні види мови та мовлення. Найдавнішим видом усного мовлення є ***діалогічне мовлення***. *Діалог* – це безпосереднє спілкування двох або кількох осіб. Обмін інформацією між багатьма співрозмовниками називають *полілогом*. Діалогічне мовлення є найпростішою формою мовлення. Крім слова, при безпосередньому контакті ми сприймаємо жести, міміку, тембр та інтонації голосу, емоційний настрій співбесідника. Тому якщо послухати та поспостерігати за розмовою двох людей «наживо», а потім прослухати магнітофонний запис цієї розмови, ми зафіксуємо багато пауз (у цей час мав місце активний обмін невербальною інформацією). Саме завдяки гармонійному поєднаню вербальної та невербальної інформацій при безпосередньому спілкуванні виникає більш повна картина обміну інформацією. Тематично спрямований діалог називають бесідою.

Під час *фатичного спілкування* (від лат. *fatus*– нерозумний) відбувається беззмістовний обмін репліками. Таке спілкування не несе змістового навантаження та не може бути корисним для його учасників. На противагу фатичному спілкуванню використовується такий різновид міжособистісної взаємодії, як рефлексивне слухання (або емпатійне). При цьому один зі співрозмовників ділиться власними думками та переживаннями, а інший має на меті допомогти, надавши моральну та психологічну підтримку. Рефлексивне слухання використовують психологи, священики, соціальні працівники при наданні психологічної підтримки, причому підтримки можуть потребувати як самі постраждалі, так і їх родичі.

***Монологічне мовлення*** – це досить довгий, послідовний, зв’язаний виклад системи думок та знань однією особою. Доповідь, розповідь, лекція є варіантами такого мовлення. Монологічне мовлення розвивається на основі діалогічного; воно характеризується послідовністю і доказовістю, йому притаманна граматично правильна побудова речень. Недопустимими є незрозуміла і надто швидка вимова, монотонність; важливим є гармонійне поєднання змісту та виразності (це досягається шляхом використання, інтонації, тембру голосу, жестів,постановки запитань до аудиторії та ін.).

Найбільш давньою формою монологу є *усна розповідь*. Сучасні науковці використовують такі форми даного мовлення, як *доповідь, лекцію та виступ.*

Письмове мовлення з’явилося пізніше за усне. Спочатку люди використовували ідеограми (малюнки), потім – ієрогліфи, а пізніше з’явилося алфавітне письмо (його появу приписують фінікійцям).

Письмо виробляє нові психофізіологічні механізми мовлення. Написане слово сприймається оком, відтворюється рукою. Цим письмове мовлення різниться від усного, яке функціонує завдяки слухо-кінестезичним нервовим зв’язкам. Письмове мовлення впливає на читача лише словом, тому треба так добирати слова та вислови, так будувати речення, щоб якомога більш повно передати радість, тріумф або біль, смуток. Сприймання письмового мовлення передбачає «вживання» в текст, роботу уяви. Завдяки письмовому мовленню книгою користується широке коло читачів протягом тривалого часу.

У психологічній літературі простежуємо поняття «експресивне мовлення» – активне усне або письмове висловлювання. Порушення усного або письмового експресивного мовлення спостерігається при різних формах афазії. Характер порушення усного та письмового експресивного мовлення визначається локалізацією ураження кори головного мозку (у правшів – лівої півкулі).

У сліпих письмове експресивне мовлення виражається у відтворенні слів за допомогою шрифту Брайля. Експресивне мовлення дактильне, використовується глухими та сліпоглухими, виражається у відтворенні слів за допомогою дактильних знаків.

Існує вид мовлення, який не спрямовується на спілкування з іншими людьми,– т. зв. ***внутрішнє мовлення***. Людина спілкується сама з собою, внутрішнє мовлення є так званим «голосом сумління». За допомогою внутрішнього мовлення відбувається мислення, формулюються наміри, плануються дії. Основною ознакою внутрішнього мовлення є те, що ми не вимовляємо звуків, хоча голосові зв’язки можуть коливатися (щоправда, не так інтенсивно, як при зовнішньому мовленні). Цей вид мовлення характеризується згорнутістю за структурою (людина може пропускати другорядні члени речення) та учасі (відбувається досить швидко). Внутрішнє мовлення існує як кінестезичний (слуховий або зоровий) образ слова.

**4.** При підготовці четвертого питання необхідно з’ясувати основні функції мови та мовлення.Щоб слово щось повідомляло, воно має позначати, називати предмет, дію, стан, явище. Тобто слово передовсім виконує *сигніфікативну (називну) функцію.* Саме завдяки цій функції мова людини відрізняється від мови тварини. Звук, який видає тварина, не означає об’єкта; він виражає стан (голоду, страху, задоволення) та є сигналом для інших особин, бо для представників певного виду ці сигнали є схожими. У людини зі словом пов’язані уявлення про предмет чи явище. Тому взаєморозуміння у процесі спілкування спирається на єдність сигніфікації. Ми розуміємо близько 70% того, що нам повідомляють, а інші 30% є тим індивідуальним змістом, який людина вкладає в повідомлення. Закохані люди, мати та дитина розуміють одне одного дуже добре, тому що задіяні відчуття, інтуїція, духовна єдність співрозмовників. Спеціалісти окремої галузі краще зрозуміють одне одного у професійній бесіді, ніж спеціаліст та неспеціаліст. Існують різні рівні розуміння; повне, глибоке та викривлене,поверхове. Інформативність повідомлення для різних реципієнтів (тих людей, які сприймають інформацію) є різною: один і той самий текст читачі по-різному сприймають та розуміють унаслідок наявності різного рівня професійної підготовки, зацікавленості в об’єкті, про який повідомляється, налаштованості на повне і глибоке розуміння інформації.

Другою функцією мовлення є *узагальнення*. Слово означає не один предмет, а цілу групу. У свідомості кожної людини закріплено уявлення про предмет, що співвідноситься зі словом. Наприклад, слово «стіл» у різних людей викликає низку уявлень: старовинний дубовий стіл, обідній стіл на власній кухні з картатою скатертиною, мармуровий стіл у музеї, стіл у робочому кабінеті та ін.. Усі ці предмети мають істотні спільні риси та об’єднані загальною функцією (на столі не сидять, не сплять; він призначений, щоб на нього поставили декоративну вазу або столові прибори, поклали робочі папери або книги, журнали). За загальними ознаками ми можемо виявити, для чого саме призначено предмет. Назва теж містить підказку, для чого саме предмет використовується (але лише в тому разі, коли людина має уявлення про певний предмет). Якщо треба сказати, для чого використовується *шина*, то автовласник, медик та системотехнік назвуть три різних варіанти.

Функція узагальнення вказує на зв’язок мови та мислення.*Охарактеризувавши людину як розумника, ми аргументуємо це наявними ознаками: широта поглядів, учинки регулюються свідомо, має здоровий глузд, полюбляє читати, прагне до професійного та особистісного самовдосконалення, піклується про здоров’я (своє та близьких)*тощо*.* Завдяки мисленню та свідомості людина за допомогою мовлення може охарактеризувати все, з чим вона стикається та взаємодіє, висловити ставлення до себе та оточуючих, повідомити про актуальні переживання.

Третя функція мовлення – ***комунікативна***. Вона полягає у передаванні знань, ставлень, почуттів. Сигніфікативна функція та функція узагальнення пов’язані передовсіміз внутрішньою психічною діяльністю. Комунікативна функція проявляється у зовнішній мовленнєвій поведінці, спрямованості на встановлення контактів з оточенням.

Виокремлюють такі аспекти комунікативної функції:

* інформаційний – полягає у передаванні відомостей, знань.Пов’язаний із сигніфікативною функцією та функцією узагальнення. Ми добираємо слова, враховуючи нюанси значень, щоб якомога точніше передати інформацію.
* Виражальний – допомагає передавати почуття та ставлення до предмета бесіди. Голос змінюється залежно від ситуації (у спілкуванні з дітьми та коханими; на офіційному прийомі; під час сварки).
* Волевиявлення – спрямований на те, щоб підкорити дії слухача діям того, хто наказує. Тісно пов’язаний із виражальною функцією.

1. Уп’ятому запитанні необхідно дати характеристику розладів мовлення.

Згідно з класифікацією I.A. Мартинюк, слід розрізнятипорушення розвитку мовлення, розпад мовлення, порушення вимовної функції мовлення, порушення ритму мовлення, порушення комунікативної функції мовлення.

**Порушення розвитку мовлення** включають:

* *затримку мовленнєвого розвитку* (ЗМР) – характеризується загальмуванням темпу формування в основному експресивного мовлення відносно етапів його розвитку (виникає при депривації);
* *загальний недорозвиток мовлення* зумовлюється порушенням дозрівання мозкових систем і має три рівні: 1) зародки загально застосовуваного мовлення (слова односкладної структури, міміка, рухи); 2) більше слів, з’являються речення з неправильною граматичною структурою і спотвореною вимовою деяких звуків; 3) види лексико-граматичної структури мовлення;
* *алалію* – відсутність мовлення або дефект мовлення при збереженні слуху та інтелекту. Причинами є ушкодження мовних зон кори головного мозку під час пологів, мозкові травми або захворювання в домовленнєвому періоді життя.

Залежно від локалізації та характеру мозкового ураження виділяють *алалію моторну* (при збереженні розуміння мови у пацієнта відсутнє активне мовлення) та *алалію сенсорну* (порушення розуміння мови при збереженні мовленнєвої активності);

* *затримку мовленнєвого розвитку*, основоюякої є вторинне недорозвинення мовлення. Така затримка спричинена первинним ураженням аналізаторів (слух, зір) або тотальним недорозвитком психіки (розумовою відсталістю).

**Розпад мовлення** охоплює:

*Афазію* – порушення мовлення, що виникає при локальних ураженнях кори лівої півкулі головного мозку (у правшів) і виявляється у системному розладі різних видів мовленнєвої діяльності. О.Р. Лурія виокремив сім форм афазії :

* *сенсорну* – порушення фонематичного слуху, тобто здатності до розрізнення звукового складу слів, що виникає при ураженні задньої третини скроневої ділянки лівої півкулі (у правшів);
* *акустико-мнестичну* – порушення слухомовної пам’яті, що виникає при ураженні середніх відділів лівої скроневої ділянки (у правшів) і виявляється у труднощах розуміння швидкого мовлення та письма під диктовку;
* *оптико-мнестичну* – порушення зорової пам’яті, слабкість зорових уявлень, зорових образів слів, що виникає при ураженні задньо-нижніх відділів скроневої ділянки лівої півкулі (у правшів) і зумовлює труднощі у називанні предметів та їх зображень при легкості називання дій;
* *семантичну* – дефекти симультанного аналізу і синтезу (труднощі в оцінюванні просторових відношень), що виникає при ураженні зони третинного поля кори тім’яно-скронево-потиличних відділів лівої півкулі (у правшів) і проявляється в порушеннях розумінняпевних логіко-граматичиих конструкцій (брат батька, батько брата, двоюрідна сестра другого чоловіка матері та ін.);
* *аферентну моторну* – порушення кінестетичної аферентації під час вимовляння слів, що виникає при ураженні нижніх відділів післяцентральної зони лівої півкулі (у правшів) та виявляється в заміні одних звуків іншими (*літеральні парафазії*);
* *еферентну моторну* – порушення кінетичної організації мовленнєвих актів, труднощі переключення з одного слова на інші внаслідок інертності мовленнєвих стереотипів, що виникають при ураженні нижніх відділів премоторної кори лівої півкулі мозку (у правшів). Водночас у хворих не порушена вимова певних звуків, розладжуються активне усне мовлення і письмо, вторинно порушуються інші види мовлення;
* *динамічну* – порушення сукцесивної організації мовного висловлення, дефекти внутрішнього мовлення, що виявляються в порушеннях планування мовленнєвого вислову і виникають при ураженні середньо- і задньолобових відділів кори лівої півкулі мозку (у правшів). Динамічна афазія характеризується порушенням зв’язного усного і письмового мовлення, загальною мовленнєвою аспонтанністю, труднощами актуалізації слів, що позначають дії, при відносному збереженні повторної та автоматизованої мови, читання і письма під диктовку.

**Порушення вимовної функції мовлення:**

* *Дизартрія* – порушення артикуляції у вигляді переривчастого та утрудненого вимовляння (особливо приголосних звуків) унаслідок недостатньої іннервації мовленнєвого апарату. Дизартрія виникає внаслідок локальних уражень головного мозку (його задньоскроневих та підкіркових відділів). Залежно від локалізації патологічного вогнища розлад набуває різних видів:
* при ураженні мозочка вимовляння скандоване, змінюється гучність та модуляція вимови;
* при паркінсонізмі вимовляння монотонне, уповільнене, змінюються модуляції голосу.

На відміну від афазії, при дизартрії рухливість органів, що відповідають за мовлення (м’якого піднебіння, губ, язика), є обмеженою, внаслідок чого утруднюється артикуляція, але зберігається здатність писати. У дорослих дизартрія не супроводжується розладом мовленнєвої системи (не виникають порушення слухового сприйняття, читання та письма). У дитячому віці дизартрія у деяких випадках призводить до порушення вимовляння слів і, як наслідок, – до порушень читання і письма, а іноді – до загального недорозвинення мови.

*Дислалія* – це порушення вимовляння звуків, причиною якого є анатомо-фізіологічні дефекти артикуляційного апарату (механічна дислалія) або порушення фонематичного сприймання (функціональна дислалія). При дислалії слух у пацієнта нормальний, іннервація мовленнєвого апарату збережена.

**Порушення ритму мовлення** (*заїкання*) розглядають як порушення процесу (темпу, ритму) мовлення та його комунікативної функції; як порушення комунікативної функції мовлення, що виявляється у виникненні утруднень при усному спілкуванні. Для заїкання характерним є переривчасте мовлення, коли слова розриваються на склади або звуки, при вимовлянні можна спостерігати напруження мускулатури обличчя, подібне до судомного.

Заїкання частіше виникає в дошкільному віці, коли дитина переходить до розгорнутого самостійного фразового мовлення. Причиною появи заїкання є перенапруження або травма нервової системи (загальне та мовленнєве перевантаження, дитячі інфекції, переляк, потрясіння та ін.), що призводять до порушення регуляторних механізмів мовлення. Однак перелічені причини викликають заїкання не у всіх дітей, адже велику роль у появі заїкання відіграють набута або конституційна знервованість, вегетативна дисфункція, що знижують стійкість нервової системи дитини. Заїкання може бути пов’язане з неврозами (логоневроз є невротично обумовленим заїканням), психічними травмами, органічними ураженнями ЦНС та ін. У деяких випадках заїкання є результатом наслідування неправильної вимови оточуючих.

Щоб попередити виникнення заїкання, не слід перенасичувати мовленнєвий запас дитини абстрактними поняттями та складними лексико-граматичними конструкціями. Неможливість зрозуміти значення слів є однією з передумов виникнення заїкання. Боротися із заїканням краще в період його виникнення, не обмежуючи мовленнєве спілкування з оточенням, але створюючи такі умови, за яких дитина не буде зобов’язаною підтримувати розмову або відповідати на велику кількість запитань. Якщо заїкання є наслідком певних особливостей мовленнєвого розвитку, слід звернутися до логопеда. Якщо заїкання є наслідком шоку або психотравми та одним із симптомів неврозу, слід звернутися до психоневролога.

**Порушення комунікативної функціїмовлення**: недорозвинения комунікативної функції мовлення як засобу спілкування та організації поведінки дитини; розлад комунікативної функції мовлення – мутизм (повна німота). Мутизм розглядають як мовленнєвий негативізм, що виникає при розладі вольової сфери і проявляється у відсутності відповідей на поставлені запитання та спонтанного мовлення за умови збереження здатності розмовляти і розуміти зміст вербальних повідомлень.

У клініці виокремлюють: *акінетичний мутизм* (синдром мутизму поєднується з гальмуванням усіх рухових функцій, крім фіксуючих рухів очних яблук, за умови збереження функціонування свідомості; спостерігається при органічному ураженні головного мозку); *істеричний мутизм* (спостерігається при істерії у поєднанні з надто виразною мімікою і пантомімікою); *кататонічний мутизм* (виникає при кататонічному синдромі, характеризується відсутністю мімічних рухів); вибірковий мутизм (виникає тільки в певних ситуаціях, при розмові на певні теми або при взаємодії з певними людьми).

**Запитання для перевірки та самоконтролю**

* Які розлади при порушенні вимовної функції мовлення Ви знаєте?
* Порушення мовлення, що виникає при локальних ураженнях кори лівої півкулі головного мозку (у правшів) і виявляється у системному розладі різних видів мовленнєвої діяльності, має назву: а) конфабуляції; б) порушення комунікативної функції мовлення; в) афазії; г) ремінісценції; д) логоневрозу.
* Активне усне або письмове висловлювання має назву: а) інкогеренція; б) вербигерації; в) семантичної афазії; г) псевдоремінісценції; д) експресивного мовлення.
* Порушення артикуляції у вигляді переривчастого й ускладненого вимовляння внаслідок недостатньої іннервації мовленнєвого апарату має назву:а) літеральної парафазії; б) дизартрії;в)афазії; г) заїкання;д) алекситимії.
* Відсутність мовлення або дефект мовлення при збереженні слуху та інтелекту – це: а) алалія;б) дизартрія; в) мутизм; г) логоневроз; д) вербигерація.

**Рекомендована література**

1. Виходцева O.A. Патопсихологія : навч. посіб. / О.А. Виходцева. – К. : Вид-во НПУ ім. М.П.Драгоманова, 2013. – 208 с.
2. Зейгарник Б.В. Патопсихология : учеб. пособ.[для студ. высш. учеб. заведений] / Б.В.Зейгарник. – 2-е изд., стереотип.– М. : Академия, 2003.– 208 с.
3. Клінічна психологія: словник-довідник / авт.-уклад. С.В. Діденко. – К. : Академвидав, 2012. – 320 с.
4. Максименко С.Д. Патопсихологія: навч. посіб.[для студентів вищих навчальних закладів] / С.Д. Максименко, А.П. Чуприков, Є.М. Прокопович, І.В. Рожкова, С.О. Лобанов – К. : ТОВ «КММ», 2010. – 210 с.
5. Психологічний словник / за ред. члена-кореспондента АПН СРСР В.І.Войтка. – К. : Вища школа, 1982.– 216 с.
6. Психологический словарь / под общ. ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. – 2-е изд., испр. и допол. – М. : Политиздат. – 494 с.
7. Психологія : підручник / Ю.Л. Трофімов, В.В. Рибалка, П.А. Гончарук та ін.; за ред.. Ю.Л. Трофімова. – К.: Либідь, 1999. – 558 с.

**Тема №10. Розлади емоцій (афективні розлади)**

**План**

1. Загальна характеристика емоцій та почуттів.
2. Теорії емоцій.
3. Функції і властивості емоцій та почуттів.
4. Види емоцій і почуттів.
5. Розлади емоцій та почуттів.
   1. Поняття про фобії та види фобій.
   2. Формування і терапія фобій.

**Концептуальний виклад та методичні поради**

1. Висвітлення першого питання слід розпочати з визначення та фізіологічної основи емоцій і почуттів.

**Емоції та почуття** – це своєрідне особистісне ставлення людини до наколишнього середовища та до самої себе. Почуття й емоції залежать від особливостей предметів та явищ, що відображаються у свідомості людини. Між людиною та довкіллям виникає взаємодія, яка стає предметом емоцій та почуттів.

В емоціях та почуттях проявляється задоволеність або незадоволеність людини своєю поведінкою, вчинками, висловлюваннями, діяльністю. Джерелом емоцій та почуттів стають об’єктивно існуючі предмети та явища, діяльність людини, зміни, що відбуваються в організмі. Емоція є реакцією індивіда на ті ситуації, до яких не можна одразу адаптуватись; значення емоцій є переважно функціональним. Тому емоцію слід розглядати як специфічну форму взаємодії людини з навколишнім світом, із середовищем, спрямовану на пізнання світу та свого місця в ньому.

Як зазначається у психологічній літературі, **емоції** – це психічні стани і процеси у людини та тварини, в яких реалізуються їх ситуативні переживання. Емоції можна розглядати і як властивості людини, оскільки в них виявляється позитивне або негативне ставлення індивіда до певних об’єктів, сфер діяльності, до інших людей, до самої себе. Також емоції тлумачать як особливий різновид психічних процесів та станів, пов’язаних з інстинктами, потребами і мотивами, які відображають у формі безпосередніх переживань (задоволення, радості, страху тощо) значущість ситуацій та явищ, що впливають на індивіда для здійснення його життєдіяльності.

Як зазначав Г.С.Костюк, емоції є відображенням ситуаційного ставлення людини до певних об’єктів, а **почуття** – це стійке узагальнене ставлення до об’єкта.

Згідно з думкоюВ.Г. Криська, **почуттями** називають переживання людиною свого ставлення до всього, що людина пізнає та робить. А емоції є безпосередньою формою вираження почуттів.

Також слід враховувати зв’язок емоцій та почуттів із потребовою сферою людини. **Почуття** – це відображення у свідомості людини її ставлення до дійсності, що виникає під час задоволення або незадоволення вищих потреб. Почуття є психічними станами та процесами, в яких відображено емоційний бік духовного світу людини, її суб’єктивне переживання подій та емоційне ставлення до навколишньої дійсності.

Емоційні переживання обумовлені нервовим збудженням підкіркових центрів та фізіологічними процесами, які відбуваються у вегетативній нервовій системі. Емоційні процеси викликають низку змін в організмі людини (в органах дихання, травлення, серцево-судинній системі). При зміні емоційного стану змінюються пульс, кров’яний тиск, розширюються зіниці, спостерігається реакція потовиділення, блідість або почервоніння шкіри, посилений приплив крові до серця, легень, ЦНС тощо.

Емоційний настрій та емоційне орієнтування в навколишньому світі значною мірою визначаються функціями таламуса, гіпоталамуса та лімбічної системи. Існують центри позитивних і негативних емоцій, так звані «центри насолоди» та «центри страждання».

Із погляду психофізіології почуття є стійкими умовно-рефлекторними утвореннями, що становлять основу афективних і вольових реакцій людини на природне та соціальне оточення.

На перебіг емоцій та почуттів людини впливає і друга сигнальна система. Переживання можуть виникнути під впливом розповіді про якусь подію. Завдяки діяльності другої сигнальної системи емоції й почуття стають усвідомленими процесами, набувають суспільного характеру, відбувається осмислення співвідношення між власними емоційними реакціями та суспільно значущими почуттями. Лише діяльність другої сигнальної системиуможливлює формування моральних, естетичних та інтелектуальних почуттів.

1. Розкриваючи друге питання практичного заняття, необхідно охарактеризувати основні теорії емоцій.

***Трьохвимірна теорія емоцій В.Вундта.*** Згідно з нею, емоціївключають полярність приємного та неприємного, напруження та розрядки, збудження та пригніченості. Поряд зі збудженою радістю (радістю-тріумфом) існує радість спокійна (радість-зворушення) та радість напружена (радість палкої надії, радість очікування). Отже, існують і протилежно спрямовані емоції: напружений смуток (тривога), збуджений смуток (близький до відчаю) та тихий сум (він тяжіє до меланхолії). Кожна емоція є багатовимірною, і в різних ситуаціях людина переживає її по-різному.

***Психологічна теорія емоцій Джемса – Ланге***. Ця теорія також має назву «периферична теорія». Її автори В.Джемс та Г. Ланге зазначали, що емоція є усвідомленням тілесного збудження, яке ми відчуваємо безпосередньо після сприймання факту, який це збудження викликає. Зовнішні враження суто рефлекторно, без участі вищих центрів, викликають зміни в організмі. Подальше їх усвідомлення шляхом проекції на кору головного мозку стає емоцією. Тобто ми почуваємо сум, тому що плачемо.

***Теорія диференційованих емоцій*** є близькою до теорії В.Вундта. Як зазначаєК. Ізард, власний досвід підказує людині, що саме вона почуває та переживає: щастя або сум, радість або страх, тріумф або розпач. Кожен знає, що емоції та почуття відрізняються за внутрішніми переживаннями та зовнішнім виглядом. Водночас емоції взаємодіють між собою, а також із перцептивними, когнітивними, моторними процесами та впливають на них. Також слід врахувати, що емоції можуть впливати одна на одну: радість послаблює страх, сум посилює відчай.

Емоції є складним процесом, що має нейрофізіологічний, нервово-м’язовий та феноменологічний аспекти. Нейрофізіологічний аспект пов’язаний з електричною активністю нервової системи (кора, гіпоталамус, лімбічна система). Нервово-м’язовий аспект охоплює міміку, пантоміміку, голосові реакції. За феноменологічним аспектом,будь-яка емоція має безпосередню значимість для суб’єкта.

***Ґештальттеорія емоцій.*** Як зазначає Крюгер, суб’єкт, що переживає емоцію, не може не звернути на неї увагу. А звернувши увагу на емоцію (наприклад, на радість чи тугу), ми втрачаємо радість або тугу як емоцію з її інтенсивністю, виразністю. Будь-які зміни у змісті свідомості впливають на емоційні переживання, змінюючи їх характер та інтенсивність. На виникнення й формування емоцій впливають оцінка інформації, фізіологічний стан і оточення суб’єкта. Ця теорія співзвучна з теорією К.Ізард.

***Інформаційна теорія емоцій.*** Автор теорій П.В. Сімонов зазначав, що в емоції завжди наявна оцінка. Емоція є відображенням співвідношення між величиною потреби та ймовірністю її задоволення на момент мовлення. Жива істота має розрізняти впливи, оцінювати їх та будувати свою поведінку з урахуванням цих оцінок. В оцінці завжди виявляється ставлення людини до цілей діяльності та поведінки, і це є когнітивнимаспектом емоцій. Емоція виникає, коли недостатньо знань, необхідних для досягнення мети, і компенсує цю недостатність. Саме емоція забезпечує продовження пошуку нової інформації. Емоція виникає щоразу, коли стає неможливим задоволення потреби, коли дія не досягає мети.

Симонов запропонував оцінювати емоції за такою формулою:

*Е = П Х(Н–С),*

де Е – це емоція; П – потреба; Н – нова інформація, необхідна для задоволення потреби; С – інформація, якою володієсуб’єкт.

Завдяки цій формулі можна вирахувати, коли емоції будуть проявлятися максимально або коли вони взагалі не виникають:

* Е = 0, коли П = 0
* Е = 0, коли Н = С.
* Е = максимальна, коли С = 0.

Отже, емоції виконують функцію компенсаторного механізму, заповнюючи дефіцит інформації, необхідної для досягнення мети, тобто для задоволення потреби.

*Теорія емоцій Шехтера та Зінгера.* Представники цієї теорії зазначали, що на емоційну сферу особистості великий вплив чинять середовище, когнітивна сфера та фізіологічні фактори. Когнітивні компоненти емоцій можуть призводити до помилкової оцінки ситуації, тому у людей з’являються тривожність та фобії. Через свою предметну зумовленість емоції визначають спрямованість діяльності, надаючи їйчуттєвого характеру. Це специфічна форма контролю за діяльністю, яка має вигляд переживань, і власне переживання постають регулятором діяльності, стимулюючи або гальмуючи її перебіг. Емоційні переживання як регулятор діяльності виконують оцінну та спонукальну функції.

1. У третьому питанні радимо зосередитися на розкритті функцій та властивостей емоцій і почуттів. Емоції виконують певні функції щодо пристосування людського організму до середовища. Почуття, соціально насичені та соціально орієнтовані, виконують важливі функції в активному оволодінні соціальним середовищем, його змінюванні, внесенні у людську діяльність творчого запалу.

Слід зазначити, що емоції та почуття виконують *функцію регулювання* (діяльності та поведінки): стійкі переживання спрямовують нашу поведінку, спонукають долати перепони. Регулятивні механізми емоцій усувають надлишок збудження.

Іншою функцією є *сигнальна*: внаслідок внутрішніх соматичних змін в організмі емоції та почуття супроводжуються виразними рухами (мімікою, пантомімікою). Виразні рухи є проявом експресивногоаспекту емоцій. Голосова та мімічна сигналізація налаштовує на певний стиль спілкування, створює атмосферу взаємного контакту.

Почуття людини детерміновані її трудовою діяльністю та суспільною активністю, вони є основним структурним компонентом індивідуальної і групової психології.

До *загальних властивостей* емоцій та почуттів слід віднести:

1. *Якісні характеристики:*

*– Знак* (позитивні й негативні емоції та почуття).

Прикладами позитивних переживань є щастя, радість, утіха, ентузіазм. Негативні переживання характеризуються зазвичай різким сплеском емоцій і можуть призвести до неадекватних реакцій індивіда щодо навколишнього світу, подій та людей: відчай, жах, страх, тривога «вибивають» людину з рівноваги. Але не всі емоції та почуття можна чітко розподілити на позитивні й негативні. Людина може переживати амбівалентні почуття.

*– Модальність*– це специфічна властивість, яка відрізняє здивування від тривоги, гнів від суму, радість від огиди та ін.

2. *Кількісні характеристики:*

*– Інтенсивність* (емоція може проявлятися досить слабко, наприклад, легке незадоволення, а може вилитися у стан афекту).

*– Сила та глибина переживань* характеризують особливості легкого захоплення (зацікавленості в об’єкті емоцій) або виникнення пристрасті (бажання за будь-яку ціну заволодіти об’єктом емоцій та почуттів).

3. *Переключення*– можливість перенесення емоційного забарвлення з причин почуттів на другорядні умови.

4. *Передбачення* виникає на основі емоційної оцінки обставин, які раніше сприяли успіху або неуспіху. Це ймовірний сигнал про ймовірні наслідки дій.

5. *Просторово-часове заміщення*– властивість переживань, емоцій та почуттів зміщуватися із власне події на спогад про неї. Пригадуючи, ми можемо переживати інтенсивніше, виразніше, ніж під час самої події.

До *специфічних властивостей* емоцій слід віднести ситуативність (вираження значущого для людини «тут і тепер») та предметність (вона пов’язана з виділенням актуального предметного змісту).

*Головною властивістю почуттів* є визначеність динамічного вектора активності особистості щодо предмета почуття. У почутті відображається стійке узагальнене ставлення до предмета, явища, людей, подій, які спонукають діяти певним чином щодо них.

1. Четверте запитання передбачає висвітлення основних видів емоцій і почуттів. Класифікація емоцій здійснюється залежно від *структури* (прості та складні емоції), *забарвленості* (позитивні й негативні емоції), *соціальної наповненості* (моральні, інтелектуальні, естетичні емоції).

**Прості емоції**– це переживання задоволення або незадоволення, приємного та неприємного. Такі емоції завжди пов’язані з первинними потребами та емоційним тоном відчуттів.**Складні емоції**– це опредметнені емоційні переживання (радість, смуток, страх, гнів, сором).

**Позитивні емоції** характеризуються позитивним впливом на організм людини. Хоча занадто сильні такі переживання є стресом для організму людини, що може не найкращим чином вплинути, наприклад, на діяльність серцево-судинної системи. А загалом позитивні емоції активізують діяльність індивіда, і в гарному настрої людина здатна якісно та ефективно виконати більший обсяг роботи, ніж тоді, коли вона чимось сильно пригнічена. **Негативні емоції** виникають унаслідок незадоволення потреб (як нижчих, так і вищих).

**Моральні емоції** завжди пов’язані з моральними переконаннями особистості та тим впливом, який здійснює на людину найближче середовище та суспільство загалом. **Інтелектуальними** називають вищі емоції, які пов’язані з діяльністю мислення: зацікавленість, здивування, інтерес. **Естетичні емоції**, такі як *відраза* або *захоплення,* можуть виникати, наприклад, при спогляданні творів мистецтва, якщо уявлення індивіда про красу не збігається з побаченим чи почутим.

ЗаВ.Г. Криськом, до видів емоцій слід віднести *настрої, афекти, пристрасті.*

**Настрій** – відносно тривалий психічний стан душевної орієнтованості, основою якого є емоція (позитивна чи негативна, однак не нейтральна). Настроємназивають слабко виражені емоційні переживання, які тривають досить довго та характеризуються слабким усвідомленням причин і фактів, що їх (настрої) викликають.

На відміну від настрою, афект – це сильне переживання, яке триває недовго. **Афект** розглядають як: 1) сильну емоцію вибухового характеру, непідконтрольну свідомості; 2) максимально можливий за інтенсивністю емоційний стан (лють, жах, екстаз, відчай тощо), під час якого знижується ступінь самовладання, розум ніби «вимикається» та перестає контролювати дії і поведінку людини. Афект супроводжується яскравою мімікою та жестикуляцією, змінами у функціонуванні внутрішніх органів, послабленням роботи кори головного мозку ізростанням ролі підкірки. У результаті переживання сильного афекту може виникнути такий психічний стан, як *божевілля*. У цьому разі людина абсолютно втрачає контроль розуму над поведінкою та діями. У психічно здорових людей такий стан проходить, і вони можуть реально оцінити, що накоїли у стані афекту. Якщо божевілля виникає на ґрунті захворювання, таких хворих ізолюють у спеціальних медичних закладах.

Сильними, глибокими і тривалими переживаннями з яскраво вираженою спрямованістю на досягнення мети є пристрасті. Пристрасть – це стійке емоційне ставлення людини до певного об’єкта. ***Пристрасть*** може стати причиною страждань людини, перетворити її на пасивну істоту, а може бути інший ефект – особа стає дуже активною, намагаючись заволодіти предметом пристрасті.

Також існує класифікація, де настрій та афект разом зі *стресом* і*фрустрацією* розглядаються як основні емоційні стани людини.

**Стрес** тлумачать як емоційний стан організму, що виникає у напружених обставинах. У стресовому стані людина припускається помилок у розподілі та переключенні уваги, у неї порушується перебіг пізнавальних процесів, спостерігаються розлад координації рухів, неадекватність емоційних реакцій, дезорганізація та гальмування всієї діяльності. Тільки міцно сформовані навички та сталі звички можуть залишитися без змін. Зазвичай люди в умовах стресу розгублюються, проте в окремих випадках виникає здатність до підсилення розумової діяльності, вияви стенічних емоцій, мобілізація волі.

**Фрустрація** – психічний стан зростаючого емоційно-вольового напруження, що виникає в конфліктних ситуаціях, які перешкоджають досягненню мети чи задоволенню потреб і бажань, загрожують людині або її престижу, людській гідності. Цей стан викликає певні типові реакції:

1) агресію, спрямовану на подолання реальної причини перешкоди;

2) агресію, спрямовану на себе;

3) агресію, спрямовану на ілюзорного винуватця;

4) переоцінку цілей та бажань.

Подолання фрустрації передбачає використання психологічного, соціального, педагогічного впливів задля зняття емоційно-вольовогонапруження, розв’язання конфліктної ситуації, напрацювання нових моделей поведінки тощо.

За *змістом* вищі почуття *поділяються* на *інтелектуальні, моральні й естетичні.*

***Інтелектуальні почуття*** завжди пов’язані з пізнавальною діяльністю людини. Вони можуть виникати під час навчальної, наукової та творчої діяльності. Прикладом єлюбов до знань, пов’язана з постійним розширенням кола інтересів та прагненням інтелектуального самовдосконалення. Інтелектуальні почуття тісно пов’язані зінтелектуальними емоціями (зацікавленістю, здивуванням, інтересом).

***Моральні почуття*** відображають ставлення людини до вимог суспільної моралі. Моральні почуття пов’язані зі світоглядом людини, її думками, ідеями, ідеалами, принципами та звичками.

***Естетичні почуття*** виникають у людини у зв’язку із задоволенням або незадоволенням її естетичних потреб.

Також слід зазначити, що інтелектуальні, моральні й естетичні почуття можуть бути *стенічними* або *астенічними*. ***Стенічні*** почуттяактивізують діяльність людини, а ***астенічні***, навпаки, викликають пасивність.

За ступенем узагальненості предметного змісту почуття поділяють на:

* **конкретні** (любов до конкретної дитини, до певного твору мистецтва);
* **узагальнені** (любов до дітей узагалі, до музики або живопису, захоплення стравами з кухні певної країни, захоплення стилем хай-тек в архітектурі й дизайні);
* **абстрактні** (почуття справедливості, почуття трагічного).

За силою переживання почуття поділяють на пристрасті та захоплення. Пристрасть характеризується тривалим сильним прагненням до оволодіння бажаним об’єктом, вона може бути як позитивною (пристрасть до музики, до пізнання), так і негативною (залежність від алкогольних напоїв та наркотичних речовин). **Захоплення** характеризується меншим емоційним «градусом» та дещо слабшим інтересом до бажаного об’єкта (наприклад, людина цікавиться кінологією, ходить на виставки собак, але сама не заводить собаку через необхідність постійно витрачати сили, час та кошти на догляд за твариною). Пристрасть може «виростати»із захоплення. Також захоплення та пристрасті можуть між собою конкурувати, коли нові захоплення людини увиразнюються та витісняють старі пристрасті.

**5.** У п’ятому запитанні слід зосередитися на висвітленні основних розладів емоцій та почуттів.

**Регрес почуттів** характеризується зникненням вищих почуттів та домінуванням нижчих емоцій і почуттів, що пов’язані із задоволенням органічних потреб. Зазвичай цей розлад спостерігається при шизофренії.

**Прогрес почуттів** менше поширений і характеризується домінуванням вищих почуттів (моральних, естетичних та ін.). Такий розлад притаманний деяким психопатичним особистостям.

Розлади настрою спостерігаються у пацієнтів у вигляді підвищеного (гіпертимія) або зниженого (гіпотимія) настрою.

До різновидів хворобливо підвищеного настрою відносять *гіпоманію, манію, ейфорію, морію та екстаз.*

**Гіпоманія** (гіпоманіакальний стан) характеризується підвищеною рухливістю та комунікабельністю, веселістю, жартівливістю, впевненістю у собі.

**Манія** (маніакальний настрій) характеризується тріадою розладів:

* підвищеним настроєм;
* прискоренням психічної діяльності;
* збільшенням темпу рухової активності.

Радісний настрій не зникає за будь-яких обставин, його неможливо зіпсувати страшними звістками або невдачами. Неприємності, які людина пережила в минулому, досить швидко забуваються. Пацієнт поводиться дуже активно, з легкістю переоцінює власні професійні, фізичні та розумові здібності і можливості. Хворі стають надто говіркими, прагнуть постійно співати, танцювати, декламувати вірші, наказувати оточуючим. Майбутнє життя в уявленні хворого наповнене гарними перспективами, почуття власної гідності на висоті, всі мрії і плани здаються досяжними. Але в той самий час переоцінка власних здібностей та перспектив призводить до появи маячних ідей геніальності, величі, фізичної переваги. Розгальмовуються сексуальні потяги, може спостерігатися сексуальна агресія. Пацієнти мають підвищений апетит, але в той же час потребують лише кілька годин сну для повноцінного відпочинку.

У дитячому віці замість типової тріади спостерігаються мішані, нечітко окреслені гіпоманії, що проявляються у підвищених веселощах, високій рухливості, вередливості, неслухняності, підвищеній самооцінці. Спостерігаються фрагментарні ідеї величі та розгальмованість потягів. Якщо манія поєднується з астенічними станами, то спостерігаються підвищена стомлюваність, головні болі, порушення сну, зниження апетиту.

**Ейфорія** – стан піднесеного радісного настрою, надмірної веселості, благодушності та безтурботності, який не виправданий ані об’єктивним станом людини, ані зовнішніми обставинами. Ейфорія супроводжується мімічним і загальним руховим пожвавленням, іноді психомоторним збудженням, багатослівністю. Спостерігається у пацієнтів із вираженим психічним недорозвитком, із пухлинами головного мозку, при прогресивному паралічі, сифілісі мозку, атеросклерозі судин головного мозку. Також стан короткочасної ейфорії може виникати внаслідок вживання алкоголю чи наркотичних речовин.

У нормі ейфорія виявляється в дитячому та юнацькому віці як безтурботність, надмірна веселість, безпричинова радість.

Вживання поняття «ейфорія» в широкому значенні означає почуття великого задоволення, радості, емоційного піднесення (наприклад, після тривалого відрядження людина повертається додому й очікує на зустріч із близькими та друзями).

**Морія** передбачає немотивований підвищений настрій, що поєднується з недоладною поведінкою за наявності зниження інтелектуального рівня особистості. Спостерігається при органічному ураженні або пухлинах лобових долей головного мозку.

**Екстаз** є напруженим переживанням блаженства, величезного щастя, найвищого ступеня захоплення, зазвичай зі звуженням свідомості. Може спостерігатися при епілептичних розладах.

До *різновидів хворобливо зниженого* настрою відносять *субдепресію, депресію, дисфорію, тривогу та страх.*

**Субдепресія** є такою формою зниження настрою, що характеризується слабкістю, пригніченістю, загальним зниженням рівня активності. Субдепресія досить часто супроводжує психічні і невротичні розлади.

**Депресія** – пригнічений, тужливий настрій, що може спостерігатися багато днів та місяців. Характерною особливістю депресії є наявність тріади ознак: пригнічений настрій, уповільнення психічних процесів, рухова загальмованість.

Відчуття пригніченості, песимізму, занепаду душевних сил виникає внаслідок деяких психічних та загальних захворювань або як реакція на складні життєві ситуації (смерть близької людини, подружня зрада, втрата роботи у складні економічні часи тощо). У хворих на депресію спостерігається загальмованість рухів, мовлення, зниження активності, ініціативності, виникають порушення сну й апетиту.

У дітей у стані депресії з’являються тяжкі немотивовані страхи. Для позначення гострих та хронічних депресивних наслідків відриву дитини від матері уклінічній психології використовується поняття *анаклітичної депресії.* Особливо важкий перебіг депресії спостерігається у підлітковому та юнацькому віці.

У стані депресії вольова та пізнавальна активність різко знижуються, з’являються думки про власну відповідальність за різноманітні неприємні події та факти професійного й особистого життя (або життя близьких людей). Почуття провини за події минулого та почуття безпорадності перед майбутніми труднощами призводять до виникнення уявлення про безперспективність зусиль щодо подолання перешкод на шляху до кращого життя. Самооцінка людини різко знижується. Змінюється сприймання часу (час починає «тягтися занадто довго»), у поведінці з’являються загальмованість, безініціативність, людина швидко втомлюється, що негативно впливає на ефективність та продуктивність праці. У крайніх випадках мають місце спроби суїциду.

**Дисфорія**– постійно знижений настрій, тужливо-злостивий, постійна роздратованість, що виникає несподівано, без зовнішньої причини та продовжується від кількох хвилин до кількох днів. У стані дисфорії пацієнти особливо чутливі до дій та вчинків інших людей, схильні до спалахів агресії. Дисфорія може виявлятися атипово у вигляді підвищеного або екзальтованого настрою з дратівливістю, напруженістю, агресивністю. Дисфорія виникає при органічних захворюваннях головного мозку, епілепсії, деяких формах психопатії.

**Тривога** – стан невмотивованого неспокою, хоча хворі намагаються пояснити свій стан і поведінку різними психологічно зрозумілими причинами. Це почуття внутрішньої напруженості пов’язане з очікуванням загрозливих подій (тривога частіше не проектується назовні: тривога за власне здоров’я, за роботу та ін.).

Поняття тривоги було введене у психологію З.Фрейдом (1925), який розділив конкретний страх (Furcht) та невизначений страх, тобто тривогу, що має глибинний, ірраціональний, невизначений характер (Angst). Сучасні психологи розрізняють ситуативну тривогу (вона характеризує стан суб’єкта у певний момент часу) та тривожність як відносно стійке утворення, як властивість особистості.

На фізіологічному рівні реакції тривоги проявляються у посиленні серцебиття, прискоренні дихання, збільшенні обсягу циркуляції крові, підвищенні артеріального тиску, зростанні загальної збудливості, зниженні порогу чутливості. На психологічному рівні тривога відчувається як напруження, занепокоєння, знервованість, почуття невизначеності та можливої невдачі, неможливість прийняти рішення. Оптимальний рівень тривоги є необхідним для ефективного пристосування до навколишньої дійсності (це т. зв. адаптивна тривога). Занадто високий або занадто низький рівень тривоги стають дезадаптивними реакціями, що заважають ефективно організувати діяльність та поведінку суб’єкта.

Задля більш детального висвітлення тривоги доцільно розглянути *явища тривожного ряду* – емоційні стани, що закономірно змінюють один одного за умови зростання тривоги. Поняття «явища тривожного ряду» було введено Ф.Б.Березіним у 1967 році. Згідно з думкою науковця, найменшу інтенсивність тривоги характеризує відчуття внутрішньої напруженості. Йому на зміну приходять гіперстезичні реакції, потім –власне тривога, далі – страх. Страх змінюється відчуттям невідворотності катастрофи. А найбільш високим рівнем тривоги, що призводить до дезорганізації поведінки та діяльності, постає тривожно-боязке збудження.

*Зміна емоційної реактивності*

Порушення сили вираження почуттів включає такі форми прояву, як *патологічний афект, емоційна гіперестезія (сенситивність),емоційна гіпестезія, апатія, емоційна тупість.*

**Патологічний афект** виникає без достатньої зовнішньої причини, перебігає з ознаками порушення свідомості, значними вегетативними проявами без цілеспрямованої діяльності та амнезією щодо власної поведінки після закінчення афекту. Під час патологічного афекту у пацієнтів спостерігаються порушення орієнтації, надмірна жестикуляція, мовленнєва розгальмованість. Закінчується переживання цього стану появою загальної слабкості, байдужістю до поточних подій, глибоким сном. Після пробудження людина виглядає розгубленою, пригніченою, може не пам’ятати того, що з нею відбувалося. Може спостерігатися при органічних ураженнях мозку.

**Емоційна гіперестезія (сенситивність)** проявляється як надмірна чутливість, невпевненість у власних фізичних силах, здібностях, надмірна сумлінність, схильність до сумнівів, застрягання на власних переживаннях. Проявляється при сенситивній психопатії.

**Емоційна гіпестезія** виявляється у млявості емоційних реакцій, черствості, емоційній холодності, відсутності співпереживання. Виникає внаслідок сильного шокового впливу або в результаті важкої астенії.

**Апатія** – хвороблива байдужість, відсутність емоцій; т. зв. емоційно-мотиваційний параліч. Індиферентність, байдужість, відсутність інтересу до навколишнього світу та подій власного життя може виникати внаслідок окремих розладів фізичного здоров’я нервової системи людини або у зв’язку з певними соціально-психологічними факторами (розчарування в житті або друзях, невідповідність власних очікувань та соціальної реальності, втрата ідеалів). Апатія означає втрату активного ставлення особистості до життя, що негативно впливає на навчальну та професійну діяльність, сімейні взаємостосунки. Подолання апатії пов’язують із вольовими зусиллями щодо відновлення інтересу до праці, навчання, спілкування.

**Емоційна тупість** передбачає емоційне збіднення, зникнення емпатії, абсолютну байдужість (зокрема, байдуже ставлення до рідних та близьких), відсутність здатності реагувати на будь-які події (навіть на ті, що суттєво впливають на життя хворого). Втрачається інтерес до власної особистості, соціального статусу, власного здоров’я. Емоційна тупість проявляється при шизофренії та прогресивному паралічі.

*Порушення стійкості почуттів*охоплює такі форми прояву, як *емоційна лабільність, експлозивність, малорухливість емоцій.*

**Емоційна лабільність**– коливання настрою, легкі переходи від благодушності до гнівливого чи пригніченого стану. Притаманнапацієнтам із судинними захворюваннями головного мозку, з астенічними станами.

**Експлозивність (вибуховість)** виявляється у неможливості стримувати афекти, дратівливості (інколи проявляються агресія та руйнівні дії). Досить часто спостерігається при дисфоріях (епілептичного, психопатичного та травматичного походження) і проявляється у вигляді нестримних афектів, що не відповідають ситуації.

**Малорухливість емоцій** – нездатність переключатися з однієї емоції на іншу, «застрягання» на одній з емоційних реакцій. Появляється при епілепсії.

*Викривлення почуттів*включає такі форми прояву, як *амбівалентність та емоційна неадекватність.*

**Амбівалентність емоцій та почуттів.** Термін «амбівалентність почуттів» було введено у клініку швейцарським психологом та психіатром Е.Блейєром для позначення притаманних шизофренікам суперечливих відносин та реакцій, які швидко змінюються. Через деякий час цей термін почав широко використовуватися у психології для позначення складних суперечливих почуттів та емоцій.

Амбівалентність емоцій та почуттів – це одночасне співіснування протилежних почуттів. Амбівалентність передбачає наявність суперечливого, двоїстого емоційного переживання людиною задоволення та незадоволення, симпатії й антипатії, любові і ненависті. Амбівалентність є свідченням суперечливості почуттів, що виникають через багатогранність предметів і явищ, багатоманітність потреб та інтересів особистості, неоднозначного ставлення людини до навколишньоїдійсності.

**Неадекватність емоцій** – парадоксальність емоційних реакцій (під час переживання сумних подій у людини спостерігається веселий настрій – і навпаки). Спостерігається при шизофренії.

Також у психологічній літературі подаються до розгляду інші розлади емоцій [16], [18].

**Туга** – почуття напруження, що межує з болем («душа болить», хворі зазвичай говорять про больові відчуття у ділянці серця). На відміну від тривоги, туга супроводжується моторною загальмованістю.

**Відчуття втрати почуттів** – переживання незворотної втратиможливості почувати.

**Алекситимія** – це низький рівень розвитку афективних і когнітивних процесів. Типовий алекситимік – це інтелектуально малорозвинена людина, котра не може описати власний стан, досить погано диференціює власні почуття й емоції, увагу спрямовує на осмислення елементарних життєвих проблем.

У вузькому розумінні під **алекситимією** мають на увазі нездатність точно описати власні емоційні переживання, невміння говорити про власні емоції, нерозвиненість рефлексивного компонента емоцій.

**Ангедонія** (агедонія) – це психічний стан, що характеризується втратою інтересу до життя, втратою почуття радості, задоволення. Зазвичай ангедонія супроводжує депресію. Ангедонія може бути наслідком соматичних захворювань.

I.A. Мартинюк зазначає, що слід виділяти загальний та парціальний недорозвиток емоцій. **Загальний недорозвитокемоцій** спостерігається при загальному психічному недорозвитку (олігофренії). Прояви емоцій мають форму стереотипних рухів та дій. **Парціальний недорозвиток емоцій** супроводжує дитячий аутизм (безпристрасне обличчя, відсутність співчуття, відсутність мімічних ознакемоційних проявів, погляду у вічі співрозмовнику).

**Страх** – це стан тривожного боязкого напруження, що виникає невмотивовано; почуття внутрішньої напруженості, пов’язане з очікуванням конкретних загрозливих подій, дій. Для оцінювання міри патологічності страхів використовують параметри адекватності, інтенсивності, тривалості іміри контрольованості людиною страху.

Якщо страх стає нав’язливим, тобто переживається часто, погано контролюється, істотно порушує самопочуття та діяльність людини, він позначається як фобія (від гр.«phobos»– страх, нетерпимість, боязнь). Фобіки (саме так називають людей, які перебувають у лещатах страху) можуть боятися будь-кого, будь-чого і будь-коли. Є навіть такі, що панічно бояться всього – це панафобіки. **Фобії** – це непереборні нав’язливі страхи, побоювання конкретного змісту, що стосуються будь-яких явищ повсякденного життя. Вони виникають при неврозах, психозах, органічних захворюваннях головного мозку, інколи при сильній фізичній або нервовій перевтомі або після сильних емоційних переживань. Фобії супроводжуються вегетативними дисфункціями (серцебиття, підвищене потовиділення та ін.).

**Фобія** –такий страх, що його не можна пояснити. Він нічим не обґрунтований, абсолютно не вмотивований і не потрібен для виживання, тобто некорисний, марний, даремний. Абсолютно доведено, що у 99,9% випадків людина, яка потерпає від фобій, боїться того, що вочевидь безпечно.

При невротичних фобіях хворі усвідомлюють необґрунтованість страхів, ставляться до них як до хворобливих та суб’єктивно болісних переживань, що не підлягають контролю. За наявності невротичних фобій невротик несвідомо уникає розв’язання конфлікту. Тому у поведінці фобії проявляються як нав’язливі, ритуальні дії, метою яких є зменшення страху або бажання втекти від предмета фобії.

Важливо зазначити, що окремі фобії трапляються у психічно здорових людей (наприклад, страх перед темрявою, при виконанні діяльності, яка в минулому супроводжувалася невдачею тощо), у деяких водолазів – при опусканні на велику глибину, у спортсменів – перед відповідальним стартом.

Коротко охарактеризуємо деякі *види фобій*:

* *Агорафобія* (топофобія) – різновид нав’язливих станів у вигляді боязні простору, відкритих місць або скупчення людей.
* *Клаустрофобія* – боязнь замкненого простору, закритих приміщень.
* *Танатофобія* – страх смерті.
* *Соціофобії* – побоювання отримати осуд оточення за скоєння певних дій та вчинків (боязнь почервоніти – ерейтофобія, боязнь засміятися невчасно та ін.).
* *Нозофобія*– нав’язливий страх, боязнь захворіти або заразитися будь-якою хворобою, частіше невиліковною, смертельною (канцерофобія, кардіофобія та ін.).

А ще відомі:

* **айхмофобія**– боязнь гострих предметів;
* **арахнофобія** – боязнь павуків;
* **герпетофобія** – боязнь змій;
* **гленофобія** – боязнь погляду ляльки або особливих ситуацій;
* **антропофобія** – боязнь людей, натовпу;
* **гамофобія** – це страх одруження.
* **гіпсофобія** – боязнь висоти;
* **гоміцидофобія** – боязнь убити;
* **дентофобія** – боязнь стоматолога;
* **дерматофобія** – боязнь шкірних захворювань;
* **маніофобія** – боязнь божевілля;
* **мізофобія** – боязнь забруднитися;
* **монофобія** – боязнь самотності;
* **оксифобія** – боязнь гострих предметів;
* **ситофобія** – боязнь приймати їжу;
* **скоптофобія** – боязнь видатися кумедним, привернути до себе увагу;
* **суїцидофобія** – боязнь вчинити самогубство;
* **тафефобія** – боязнь бути похованим живцем;
* **фобофобія** – боязнь страху;

Розглянемо один ефективний метод терапії страхів і фобій – метод парадоксальної інтенції (парадоксального наміру)

− ***Метод парадоксальної інтенції*** (лат. intentio – прагнення, намір) полягає в тому, що клієнту пропонується припинити боротьбу із симптомами і замість цього навмисно викликати страх і навіть посилити. Методика передбачає кардинальні зміни установки клієнта щодо свого страху. Включає не тільки зміну ставлення клієнта до свого страху, а й гумористичну установку. Тобто клієнт має відсторонитися від свого неврозу, посміявшись над ним.

Цей метод був розроблений В. Франклом, засновником **логотерапії**.

Є два вихідних припущення:

1. Страх має властивість реалізовуватися.

2. Дуже сильне бажання (гіперінтенція) чого-небудь зменшує ймовірність отримати це.

Виходячи з цих двох фактів(страх породжує саме те, чого людина боїться, а гіперінтенція робить неможливим те, чого людина бажає), з’являється методика, іменована «парадоксальною інтенцією». Людині з фобічним (неадекватним до реальності) страхом пропонується забажати того, чого вона боїться.

Якщо людині вдається сформувати у себе парадоксальний намірщодо того, чого вона боїться, то подібна «психічна диверсія» діє на страх дуже благотворно. У той самий момент, як людина починає підмінювати свій страх парадоксальним наміром, вона позбавляє свій страх рушійної сили – і він зникає.

Також дуже бажано «хотіти того, чого боїшся» в жартівливому контексті, тому що гумор дає змогу дистанціюватися від тієї «частини себе», яка відчуває страх. Потрібно захотіти того, чого боїшся, і при цьому самому посміятися над тим, що може вийти, якщо бажання здійсниться.Це надмірне бажання робить просто неможливим прояви симптомів страху, і зрештою позбавляє вас від страху.

Метод парадоксальної інтенції полягає в тому, щоб ви дуже захотілитого, чого боїтеся.

Перш ніж апробувати цей метод, фобіки лікувалися роки (ліки, психоаналіз, навіть електрошокова терапія). Парадоксальна інтенція «повернула їх до життя».

**Запитання для перевірки та самоконтролю**

* Які Вам відомі теорії емоцій?
* Психічний стан зростаючого емоційно-вольового напруження, що виникає в конфліктних ситуаціях, які перешкоджають досягненню мети чи задоволенню потреб і бажань, загрожують людині або її престижу, людській гідності, має назву: а) туга; б) ангедонія; в) фрустрація;г) парціальний недорозвиток емоцій;д) неадекватність емоцій.
* Які саме функції та властивості емоцій і почуттів Ви знаєте?
* Нездатність точно описати власні емоційні переживання, невміння говорити про них, нерозвиненість рефлексивного компонента емоцій називають: а) алекситимія; б) сенситивність; в) ангедонія; г) нозофобія; д) амбівалентність емоцій та почуттів.
* Непереборні нав’язливі страхи, побоювання конкретного змісту, що стосуються будь-яких явищ повсякденного життя, мають назву: а) туга;б) фобії; в) фрустрація; г) ангедонія; д) амбівалентність емоцій та почуттів.
* Нездатність переключатися з однієї емоції на іншу, «застрягання» на одній з емоційних реакцій називають:а)апатія; б) соціофобії; в) ангедонія; г) малорухливість емоцій; д) емоційна гіпестезія.
* Який метод застосовують для терапії фобій?

**Рекомендована література**

1. Виходцева O.A. Ділова гра в усуненні агресивних поведінкових реакцій. Корекційна робота з підлітками // Психолог. – № 44 (428). – С. 26 – 29
2. Виходцева O.A. Особливості застосування психотехнік з подолання деструктивної агресивності підлітків // Збірник наукових праць звітно-наукової конференції викладачів університету за 2011 рік. – Ч. 1. – С. 69 – 70.
3. Виходцева O.A. Патопсихологія : навч. посіб. / О.А. Виходцева. – К. : Вид-во НПУ ім. М.П.Драгоманова, 2013. – 208 с.
4. Виходцева O.A. Шляхи подолання емоційно-поведінкових розладів в учнів підліткового віку // Збірник матеріалів Всеукраїнської науково-практичної конференції «Актуальні проблеми практичної психології». – К. : Вид-во НПУ ім. М.П.Драгоманова, 2012. – С. 10 –18.
5. Зейгарник Б.В. Патопсихология : учеб. пособ.[для студ. высш. учеб. заведений] / Б.В.Зейгарник. – 2-е изд., стереотип.– М. : Академия, 2003.– 208 с.
6. Мартинюк I.A. Патопсихологія : навч. посіб. / І.А.Мартинюк. – К.: Центр учбової літератури, 2008. – 208 с.
7. Патопсихологія : навч. посіб.[для студентів вищих навчальних закладів] / С.Д. Максименко, А.П. Чуприков, Є.М. Прокопович, І.В. Рожкова, С.О. Лобанов – К. : ТОВ «КММ», 2010. – 210 с.
8. Скотна Н. Тлумачний патопсихологічний словник / Н. Скотна, В.Стець. – Дрогобич: Редакційно-видавничий відділ Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка, 2006. – 150 с.

**Тема №11. Розлади волі**

1. Поняття про волю. Структура простого та складного вольового акту.
2. Основні теорії волі, базальні і системні вольові якості особистості та вікові особливості формування вольової сфери особистості.
3. Розлади вольової діяльності особистості.
4. Розлади статевого потягу. Види статевих збочень.

**Концептуальний виклад та методичні поради**

**1.** Висвітлення першого питання слід розпочати зі з’ясування функцій волі таструктури простого і складного вольового акту. **Воля** – це свідома саморегуляція людиною своєї поведінки та діяльності, регулююча функція мозку, що полягає у здатності активно домагатися свідомо поставленої мети, переборюючи зовнішні та внутрішні перешкоди. Воля проявляється в регулюванні практичної та пізнавальної діяльності людини.

**Воля** – це регулюючийаспект свідомості, здатність людини здійснювати цілеспрямовані вчинки, що потребують подолання труднощів та перепон. Також волю можна розглядати як діяльнісний бікпочуттів, як стимул до дій, активності загалом. Але завдяки емоціям та почуттям людина може й утриматися від певних дій. Так, моральні почуття забороняють чинити нечесно, утримують від асоціальних дій. Завдяки волі ми можемо діяти всупереч почуттям: людина стримує радість або гнів, любов або ревнощі в ситуації, коли вони можуть зашкодити виконанню важливої справи, завдати шкоди репутації колективу або сім’ї.

Воля тісно пов’язана з пізнавальною та емоційною сферами особистості. Якщо емоції визначають спрямованість дій, то воля – це вже сама дія. З часів Аристотеля і дотепер волю розглядають як першопричину реальної дії.

Вихідними ознаками волі є усвідомленість, активність (у подоланні перешкод), здатність регулювати власні дії.

**Вольове регулювання поведінки**– це свідоме спрямування розумових та фізичних зусиль на досягнення мети або утримання від активності. Вольове регулювання поведінки людини детермінується умовами життя та діяльності. У волі проявляється свідома активність особистості, здатність діяти планомірно і цілеспрямовано.

В. Іванников зазначає, що головною психологічною функцією волі є посилення мотивації та вдосконалення свідомої регуляції дій. Вольова дія виникає тоді, коли на шляху досягнення мети з’являється перешкода. Вольовий акт пов’язаний із подоланням перешкоди. Однак спочатку слід зрозуміти, осмислити суть проблеми, суть перешкоди. Тому воля є невід’ємною частиною свідомості, свідомих дій при регуляції людиною своєї поведінки.

Згідно з іншою позицією, воля – це психічна функція, яка передбачає:

• регулювання людиною своєї поведінки відповідно до найбільш значущих для неї мотивів;

• гальмування інших мотивів та намагань;

• організацію дій, учинків, згідно зі свідомо поставленими цілями. Також у психологічній літературі зазначається, що воля має спонукальну та гальмівну, спрямовуючу і регулюючу функції.

*Структура простого та складного вольового актів.*Вольова регуляція передбачає підвищення ефективності певної діяльності, а вольова дія – усвідомлену, цілеспрямовану дію людини з подолання зовнішніх та внутрішніх перешкод за допомогою вольових зусиль. Виконанню будь-якої вольової дії передує виникнення наміру. **Намір**– рішення людини виконати певну дію та домогтися певного наслідку;певне спонукання, що формується на ґрунті осмислення людиною своїх мети та завдань. Розрізняють добрі та злі наміри. Показником соціальної активності особи є її здатність перетворювати наміри на дії. Якщо людина зацікавлена в діяльності, то увага може тривалий час підтримуватися завдяки інтересу. **Інтерес** – емоційно забарвлена, підвищена увага до якогось об’єкта чи явища. У такому разі індивід не докладає вольових зусиль, а діяльність може бути успішно виконана без суттєвого вольового напруження.

Воля регулює перебіг практично всіх основних психічних процесів: сприймання, уяви, пам’яті, мислення. Енергія та джерело вольових дій завжди пов’язані з актуальними потребами людини.

Вольові дії поділяються на ***довільні*** та ***мимовільні***. *Мимовільними вольовими діями* є ходіння, спілкування з близькими. Прикладами *довільної вольової дії* є розв’язання задачі учнем на уроці, утримування від прогулянки в ситуації, коли слід спочатку виконати домашнє завдання. Довільні вольові дії слід розподіляти на *прості* та *складні*.

Проста вольова дія включає два етапи:

1. Постановка мети.

2. Виконання дії.

*Складна вольова дія* передбачає виконання трьох етапів:

1. Усвідомлення мети.

2. Планування.

3. Виконання.

У кожному кроці вольового акту має місце**вольове зусилля**, тобто своєрідне напруження мобілізуючого характеру.

У процесі виконання складної вольової дії на етапі усвідомлення мети виникає потреба, що перетворюється на потяг, а потім – на бажання зробити певну дію. **Потяг** – це стан організму, в якому виявляється безпосередньо чуттєве відображення потреби. Потяг є джерелом активності людини. В основі бажань, вольових дій, інтересів завжди перебувають потяги. **Бажання** є одним зі структурних компонентів розвитку вольового процесу; це переживання людиною своїх актуальних потреб. Бажання відрізняється від потягу тим, що це усвідомлене уявлення про прагнення щось здійснити.

Бажання може стати **мотивом**, що спонукає що діяльності. **Боротьба мотивів** є показником того, що людина розуміє та обирає бажання, щоб перетворити їх на мету. Також наявність боротьби мотивів є показниками вияву вольових зусиль щодо прийняття відповідальності за свої дії (боротьба мотивів – оформлення мети – прийняття рішення («буду робити так, а не інакше»).

На етапі планування відбувається вибір засобів досягнення мети. На етапі виконання вже є визначеними шлях і засоби досягнення мети; відбувається регуляція дій(залежно від мети діяльності).

1. Розгляд другого питання доцільно розпочати з аналізу основних теорій волі. У наш час психологічні дослідження проблеми виникнення та функціонування волі відбуваються в межах різних наукових напрямів та теорій. Особливу увагу слід звернути на традиційні *рефлекторніконцепції поведінки*, які детально висвітлюють фізіологічні основи її вольової активності (вони входять до групи *реактивних концепцій поведінки*) та *активні концепції поведінки.*

***Фізіологічна теорія волі.*** Воля як регулятор свідомості має умовно-рефлекторну природу. На основі тимчасових нервових зв’язків утворюються і закріплюються різноманітні асоціації та їх системи, що сприяє цілеспрямованості поведінки. Мозок постійно отримує нову інформацію про зміну умов середовища, зміну самопочуття індивіда та ін. Ця інформація одразу співвідноситься з визначеною програмою дій. Якщо нова інформація суперечить програмі, це призводить практичної діяльності або попередньої програми дій. Дослідження доводять, що для здійснення вольової регуляції велике значення мають лобові ділянки кори головного мозку, адже саме завдяки їм відбувається співвіднесення результату, досягнутого на момент мовлення та програми дій. Ураження цієї ділянки призводить до абулії (відсутності вольової активності).

Згідно із В.І.Селівановим, представником *активної концепції поведінки,* волю слід розглядати як свідоме регулювання людиною своєї діяльності та поведінки. Таке регулювання проявляється в умінні долати внутрішні та зовнішні перепони на шляху досягнення мети. В ситуації, коли суб’єкт діяльності стикається з необхідністю «подолати» себе, тобто на емпіричному рівні виділення перепони, він здійснює рефлексію на різних рівнях, усвідомлюючи власні способи дії, особливості свого стану, особливості режиму та спрямованості активності. У подальшому при необхідності відбувається активна зміна функціонування психіки.

Як зазначає В.К. Калін, вольова регуляція – це свідоме, опосередковане цілями та мотивами предметної діяльності створення стану оптимальної мобілізованості, потрібного режиму активності, концентрації цієї активності у необхідному напрямі.

*Базальними характеристиками* волі постають сила волі, енергійність, витримка.

Така психофізіологічна та моральна риса особистості, як енергійність, виявляється у здатності до великої витрати індивідуальної м’язової і нервової енергії, у працьовитості, активності. Витримка, або самовладання,реалізується у здатності стримувати психічні або фізичні прояви, що заважають досягненню мети. Витримка пов’язана згальмівною функцією волі.

До *вторинних якостей та властивостей* волі (вони пов’язані з характером) відносять: сміливість, упевненість у собі, рішучість, обережність, самостійність, цілеспрямованість.

*Третинні* (пов’язані з морально-ціннісною сферою особистості) вольові якості та властивості особистості: відповідальність, дисциплінованість, принциповість, ініціативність, наполегливість, тактовність.

Воля як регулятор поведінки формується упродовж життя та діяльності. Кожен вид діяльності містить елементи, що викликають зацікавленість, позитивні переживання. Однак є такі видидіяльності, які потребують постійного напруження, і при цьому не є цікавими, хоча й необхідними. Тоді людина саме за допомогою вольових зусиль досягає результату, ефективно виконуючи діяльність.

Розвиток вольової регуляції діяльності та поведінки передбачає:

• перетворення мимовільних психічних процесів на довільні;

• набуття людиною вміння контролювати свою поведінку;

• напрацювання вольових якостей та властивостей особистості;

• свідому постановку все більш складних цілей та їх досягнення.

Оволодіння основними рухами до трьох років складає передумовурозвитку вольових процесів. На початкових етапах воля дитини є лише сукупністю бажань. Дія стає вольовою лише тоді, коли її виконання керується необхідністю, але дія не є цікавою сама собою(між 2 та 5 роками). Вимоги та доручення дорослих, виконання хатньої роботи, спільні ігри дітей, заняття в школі розвивають вольові дії. У ставленні вольових характеристик особистості велику роль відіграють гра та спілкування. Воля виховується, коли доводиться долати труднощі, коли є приклад старших, а також під час взаємодії з однолітками.

Виділяють три *ступені спонтанності* у розвитку волі:

*1. Ранній дошкільний вік.* Дитина ще не усвідомлює зовнішнього регулювання поведінки та діяльності, у неї відсутнє внутрішнє регулювання поведінки.

*2. Шкільний вік.*Учні усвідомлюють необхідність підпорядкування своєї поведінки певним вимогам та правилам.

*3. Підлітковий вік.* Мотивами вольових дій є бажання, прагнення. До мотиваційної сфери входять як усвідомлювані (вольові), так і не повністю усвідомлювані дії, що ґрунтуються на основі різних потягів, установок.

Формування вольової регуляції у дітей та підлітків пов’язане із їх інтелектуальним, емоційним та особистісним розвитком. Плекання позитивних вольових якостей необхідно включити до загального виховного процесу, щоб у дитини не розвинулися, зокрема, упертість, вередливість, непоступливість, ригідність.

1. У третьому питанні радимо зосередитися на розкритті основних розладів вольової діяльності особистості.На сучасному етапі розроблено кілька класифікацій, що характеризують розлади вольової активності. Розглянемо деякі з них.

Згідно з однією з класифікацій (Д.М.Ісаєв), розлади волі можуть бути пов’язані зі зміною рівня спонукання до діяльності, ступенем усвідомлення мети, тобто з формуванням мотиву, прийняттям рішення та здійсненням учинків. Класифікують розлади волі за такими критеріями: послаблення (зниження) вольової діяльності, посилення вольової активності, викривлення вольової діяльності.

До *послаблення (зниження) вольової діяльності* входять:

1. **Гіпобулія** – зниження вольової активності,пов’язане з ослабленням потягів: знижується апетит, сексуальнай загальна активність. Спостерігається при розумовій відсталості, органічних ураженнях ЦНС, шизофренії.
2. **Абулія** – крайній варіант зниження вольової діяльності до повногозникнення будь-якої активності(зазвичай у шизофреніків).
3. **Апраксія** – хворобливе порушення здатності виконувати дії. Апраксія може бути *ідеаторна* (порушується виконання складових частин дії у передбаченій послідовності, хоча кожна з цих частин дії окремо може бути виконана), *моторна* (структура рухів не може бути відтворена згідно із завданням) та *конструктивна* (полягає в неможливості конструювання цілого з частин, наприклад, слова з літер).
4. **Ступор** – рухове заціпеніння, що проявляється в абсолютній або практично повній нерухомості, але з підвищенням мозкового тонусу. Хворий, не рухаючись, не змінюючи пози, лежить у ліжку (часто в «позі ембріона», а інколи і в іншій, дуже незвичній і навіть надто незручній позі). Самостійно змінити позу людина не може, не реагує на зміни в навколишньому світі, не може себе обслуговувати. Кишківник та сечовий міхур випорожнюється прямо в ліжко, але хворий може тривалий час утримуватися від дефекації і сечовипускання. Самостійно приймати їжу не може, мовленнєве спілкування стає неможливим (мутизм). Такий стан рідко спостерігається у дітей.
5. **Субступорозний стан** – загальмований стан без повної нерухомості. При цьому можливим є «застигання» у певних позах на нетривалий час (хворий стоїть коло ліжка, піднявши руку чи ногу). Інколи хворого можна ненадовго вивести з цього стану. Людина частково себе обслуговує, користується туалетом, їсть. Мовлення відсутнє або дуже тихе (говорить мало: «так», «ні», «дай»). Спостерігається при деяких формах шизофренії, психогенній депресії, маніакально-депресивному психозі.

До *посилення вольової активності* належать:

* **Гіпербулія**– зростання вольової активності, пов’язане з посиленням потягів. Може проявлятися у формі зростання апетиту,гіперсексуальності, агресії, занадто активній поведінці; нерідко всі симптоми об’єднуються.
* **Рухове збудження** проявляється в постійному прагненні рухатися, щось робити, кудись бігти з будь-якої причини.
* **Кататонічне збудження**– одноманітно повторювані (стереотипні) рухи, що не мають сенсу, або імпульсивні рухові акти. У дітей може проявлятися в одноманітному біганні по колу, стереотипних рухах (підстрибуванні, колиханні зап’ястками). Що старшими стають діти, то більше кричать, співають, постійно про щось говорять, викрикують щось беззмістовне.
* **Маніакальне збудження**– цілеспрямована, але занадто вже активна поведінка. Збудження призводить до хаотичності дій та вчинків. Мовленнєва активність може проявлятися незв’язними вигуками.
* **Епілептичне збудження** виникає при дисфорії. Провокується тим, що хворий незадоволений ставленням до нього з боку оточуючих. Він часто сердиться, що призводить до виливу агресії та руйнівних дій. Хворий довго лається, погрожує, б’ється, бо не може сам зупинитися, все руйнує одними і тими ж одноманітними рухами.
* **Тривожне збудження** залежно від ступеня вираженості може проявлятися як нездатність всидіти на місці, заламування рук, постійна метушня, прагнення вкоротити собі віку, плач, лемент, вимоги покарати кривдників.

*Перекручення вольової активності* (парабулії) охоплює:

**Ехолалію** – повторення почутих слів та речень.

**Ехопраксію** – копіювання жестів та рухів оточуючих.

**Негативізм** (активний або пасивний) – протидію зовнішнім впливам.

**Мутизм** – відмову від мовлення, спілкування.

**Стереотипію** – повторення одних і тих самих рухів або дій.

**Каталепсію** – збереження хворим пози, в яку його поклали або посадили.

**Патологічну навіюваність** – беззаперечне повне підпорядкування інструкціям оточуючих.

Усі явища парабулії поширені як окремі симптоми та як комбінація симптомів при шизофренії.

Також зазначимо, що патопсихологи розглядають мутизм не тільки в аспекті перекручення вольової активності, а й як порушення комунікативної функції мовлення.

За В.Д. Менделевичем [18] та Б.В. Зейгарник, вольова сфера в межах пізнавальних процесів представлена мотиваційним аспектом. Для клінічної психології важливими є такі особливості вольової діяльності, як цілеспрямованість, рішучість та настирливість. Мотивацією називається процес цілеспрямованої, організованої, стійкої діяльності, що спрямована на задоволення потреб. P.C. Нємов виділяє в мотиваційній сфері кілька параметрів: широту, гнучкість та ієрархічність. Вони характеризують мотивацію різнобічно. Поряд із мотивами та потребами, що виражаються в бажаннях танамірах, до пізнавальної діяльності людину спонукає інтерес. Саме він відіграє найбільш важливу роль у набутті нових знань та відображенні дійсності. Для клінічної психології важливим є факт взаємозв’язку мотиваціїй активності з руховими процесами.

До розладів вольової діяльності відносять велику кількість симптомів та відхилень. Одним із найбільш важливих є порушення структури ієрархії мотивів (поширене при психічних захворюваннях), коли ієрархія мотивів формується не так, як слід, відрізняється відприродних та вікових потреб.

Наступне порушення – формування патологічних потреб та мотивів (Б.В. Зейгарник). У клініці виділяють такі симптоми цього порушення (вони характерні дляпарабулії):

* *Анорексія* – відсутність апетиту, бажання харчуватися.
* *Булімія* – патологічне бажання багато та часто їсти.
* *Клептоманія* – патологічне непереборне бажання красти непотрібні предмети.
* *Піроманія* – патологічний непереборний потяг до підпалів.
* *Дипсоманія* – патологічний непереборний потяг до запоїв.
* *Дромоманія* – патологічний непереборний потяг бути волоцюгою.

У дитячій клініці мають місце такі симптоми патології потреб і мотивів:

1. *Трихотилломанія* – патологічне непереборне бажання висмикувати волосся.
2. *Оніхофагія* – патологічний непереборний потяг гризти нігті.
3. *Арифмоманія* – патологічний непереборний потяг рахувати вікна в будинках, кількість сходів, машини.

Деякі випадки формування патологічних потреб розглядаються як порушення поведінки (наприклад, такі порушення харчової поведінки, як анорексія та булімія, прагнення поїдати неїстівні предмети (оніхофагія)).

Слід зауважити, що, крім парабулій, гіпербулії, гіпобулії, кататонічного синдрому, до розладів вольової сфери відносять особливийрізновид порушень – **симптом аутизму** – втрату потреби спілкуватися з оточуючими, формування патологічної замкненості, відлюдькуватості.

Також виділяють і симптом автоматизму. Автоматизм характеризується неконтрольованим виконанням ряду функцій без видимого зв’язку зі спонукальними імпульсами ззовні. Різновиди автоматизмів:

* *Амбулаторний* – варіант сутінкового розладу свідомості у хворих на епілепсію. Хворий може здійснювати зовнішньо упорядковані та цілеспрямовані дії, про які після епілептичного нападу повністю забуває.
* *Сомнамбулічний* – людина у стані між засинанням та бадьорістю або у стані гіпнотичного трансу чинить дії, схожі на дії при амбулаторному автоматизмі.

Більш складні та різноманітні автоматизми наявні при **синдромі психічного автоматизму Кандинського-Клерамбо**:

* *Асоціативний автоматизм*– людина відчуває, що її мислення та мовлення керуються ззовні, поза її волею (клінічно проявляється ментизмом і шперрунгом).
* *Сенестопатичний автоматизм*– відчуття в тілі розцінюються як чужі, нав’язані, «зроблені».
* *Кінестетичний автоматизм*– втрачається відчуття контрольованості власних рухів та дій.

Згідно з класифікацією, яку подає I.A.Мартинюк, розлади волі проявляються у вигляді:

* незрілості та недорозвитку волі;

1. надмірної активності (гіпербулія);
2. послаблення активності волі (гіпобулія, абулія);
3. перекручення вольової активності (парабулія);
4. розладів потягу(харчового, статевого збочення);
5. послаблення і посилення статевого, потягу;
6. інстинкту самозбереження;
7. імпульсивний потяг і дії:

* *піроманію*(потяг до підпалів);
* *клептоманію*(потяг до крадіжок без корисливої мети);
* *дромоманію*(потяг до бродяжництва).

1. При підготовці четвертого питання необхідно розкрити основні різновиди перекручення статевого потягу *(****перверзії****)* (I.A Мартинюк).

**Статеві збочення** *(статеві перверзії, парафілії*)– порушення спрямованості статевого потягу або умов його задоволення. До них відносять **статеворольові перверзії,** обумовлені спотвореним (патологічним) стереотипом статеворольової поведінки. Розрізняють:

* *гомосексуалізм* (потяг до особи однойменної статі);
* *трансвестизм*(хворобливий потяг до перевдягання в одяг протилежної статі);
* *ексгібіціонізм* (хворобливий потяг до оголення статевих органів у присутності жінок);
* *садизм*(потяг завдавати статевому партнеру больових відчуттів, щоб досягти статевого задоволення);
* *мазохізм* (бажання зазнати больових відчуттів від партнера при статевих зносинах);
* *педофілія* (статевий потяг до дітей);
* *некрофілія* (статевий потяг до трупів);
* *зоофілія* (статевий потяг до тварин);
* *фетишизм* (статевий потяг до речей жіночого туалету (панчох, білизни та ін.).

Окремі статеві збочення можуть поєднуватися як з нормальним статевим потягом (наприклад, при бісексуалізмі), так і з іншими перверзіями в найрізноманітніших комбінаціях. Для статевих збочень характерні якісні зміни статевого потягу і поведінки з частковим або повним заміщенням ними нормального статевого життя.

*Етіологія, патогенез*. Чинні теорії (генетична, нейроендокринна, умовно-рефлекторна, психоаналітична та ін.) пояснюють лише окремі ланки в цілісному механізмі формування статевого збочення. Статевий потяг формується упродовж постнатального онтогенезу і визначається взаємодією соціально-психічних та біологічнихфакторів, що нерідко виявляється деформованими у пренатальному періоді. Найбільш повно патогенез статевих збочень пояснює *дизонтогенетична концепція*, що розглядає їх як результат спотворень індивідуального психосексуального розвитку в постнатальному онтогенезі. Порушення статевого диференціювання структур мозку в період внутрішньоутробного розвитку можуть призвести до транссексуалізму і деформації статеворольової поведінки. Особистісні особливості або психологічні розлади, вплив мікросоціального оточення, спотворення статеворольової поведінки, а також порушення темпів і термінів психосексуального розвитку (передчасне або затримане формування сексуальності) – основні причини статевих збочень.

Лікування статевих збочень нелегке і доцільне тільки при наявності у пацієнта твердої установки на терапію. Воно має бути тривалим і комплексним, включати різноманітні психотерапевтичні методики, орієнтуючись не тільки на усунення патологічного потягу і формування адекватного, а й на подолання комунікативних розладів і навчання спілкуванню з особами протилежної статі. Із метою тимчасового ослаблення потягу можуть застосовуватися нейролептики. Гормональні препарати впливають лише на вираженість потягу, не впливаюча на його спрямованість, і тому їх застосування може посилити тяжкість розладу.

Профілактика збочень включає запобігання різним патогенним впливам, що сприяють спотворенню статевого потягу, і проводиться за трьома напрямами:

1. рання діагностика та своєчасне лікування у дітей і підлітків психічних захворювань, що зумовлюють передчасний психосексуальний розвиток;
2. профілактика у дітей із раннього віку порушень комунікації;
3. запобігання розтлінню і спокушанню, у тому числі доступу до порнографічних видань.

**Запитання для перевірки та самоконтролю**

* Які вольові якості особистості Ви можете охарактеризувати?
* Емоційно забарвлена, підвищена увага до якогось об’єкта чи явища має назву: а) гіпербулія; б) ексгібіціонізм;г) конфабуляція; д) інтерес.
* Зростання вольової активності, пов’язане з посиленням потягів, – це: а)гіпербулія; б) гіпомнезія;в)симптом аутизму;г) синдром психічного автоматизму Кандинського-Клерамбо; д) ексгібіціонізм.
* Патологічне непереборне бажання висмикувати волосся – а) ехопраксія; б) трихотилломанія; в)копрофагія; г) субступорозний стан; д) клептоманія.
* Рухове заціпеніння, що проявляється в абсолютній або практично повній нерухомості, але з підвищенням мозкового тонусу, має назву: а)ступор; б) синдром психічного автоматизму Кандинського-Клерамбо; в) субступорозний стан; г) фетишизм; д) абулія.
* Які різновиди статевих збочень Вам відомі?
* Крайній варіант зниження вольової діяльності до повного зникнення будь-якої активності називають: а)абулією; б) трихотилломанією; в) ехолалією; г) субступорозним станом; д) ремінісценцією.
* Втрата потреби спілкуватися з оточуючими, формування патологічної замкненості, відлюдькуватості має назву: а) асоціативний автоматизм; б) шперрунг; в) симптом аутизму; г) субступорозний стан; д) дромоманія.
* Опишіть основні розлади волі.

**Рекомендована література**

1. Виходцева O.A. Патопсихологія : навч. посіб. / О.А. Виходцева. – К. : Вид-во НПУ ім. М.П.Драгоманова, 2013. – 208 с.
2. Діденко C.B. Психологія сексуальності і сексуальних стосунків : навч. посіб. / С.В. Діденко. – К.: Аристей, 2004. – 321 с.
3. Зейгарник Б.В. Патопсихология : учеб. пособ.[для студ. высш. учеб. заведений] / Б.В.Зейгарник. – 2-е изд., стереотип.– М. : Академия, 2003.– 208 с.
4. Патопсихологія: навч. посіб.[для студентів вищих навчальних закладів] / С.Д. Максименко, А.П. Чуприков, Є.М. Прокопович, І.В. Рожкова, С.О. Лобанов – К. : ТОВ «КММ», 2010. – 210 с.
5. Мартинюк I.A. Патопсихологія: навч. посіб. / І.А.Мартинюк. – К .: Центр учбової літератури, 2008. – 208 с.
6. Скотна Н. Тлумачний патопсихологічний словник / Н. Скотна В.Стець. – Дрогобич: Редакційно-видавничий відділ Дрогобицького державного університету імені Івана Франка, 2006. – 150 с.

**Тема № 12. Розлади свідомості**

**План**

1. Загальне поняття про свідомість та самосвідомість.
2. Властивості свідомості, фізіологічні варіанти зміненої свідомості та етапи формування свідомості.

3. Загальна характеристика розладів свідомості.

4. Загальна характеристика розладів самосвідомості та самосвідомості.

**Концептуальний виклад та методичні поради**

**1.** Висвітлення першого питання слід розпочати з визначення понять«свідомість» та «самосвідомість» особистості.

**Свідомість** – форма психіки, притаманна лише людині. Свідомість існує та проявляється в діяльності. Вона є вищою формою розвитку психіки людини. Свідомість виражається у ставленні до об’єктивної дійсності, оточуючих людей, результатів власної праці, навчання, до самого себе. Інколи свідомість зводять до інтелекту, але це помилкове судження, адже інтелект є лише частиною свідомості.

У полі свідомості людини зазвичай одночасно перебуває багато думок, уявлень, образів. Це явище психічного життя має назву *поліідеїзм*. Протилежним явищем є *моноідеїзм*, при якому у свідомості існує лише одна ідея. Моноідеїзм свідчить про слабкість, нерозвинутість свідомості,а поліідеїзм – про її наповненість психічними компонентами.

Свідомість включає такі сфери:

* чуттєву (відчуття, сприймання);
* пізнавальну (пам’ять, мислення, мовлення, уяву, увагу);
* емоційно-вольову (емоції, почуття, волю).

Самосвідомість є особливою формою свідомості; це процес пізнання людиною свого «Я». Завдяки самосвідомості людина виділяє себе серед оточуючих, усвідомлює своє «Я», власні позитивні й негативні риси, має змогу цілеспрямовано змінювати власну поведінку. Самосвідомість проявляється у трьох формах:

* пізнавальній (самоаналіз, самоконтроль, самооцінка тощо);
* емоційній (скромність, відчуття власної гідності та ін.);
* вольовій (витримка, володіння собою, самодисципліна).

До структури самосвідомості, за Соколовою, слід віднести когнітивний, афективний та поведінковий компоненти. Усі три чинники тісно пов’язані між собою.

Процес розвитку самосвідомості включає:

1. Пізнання себе шляхом пізнання інших.

2. Самопізнання шляхом аналізу власної діяльності та поведінки.

3. Самоспостереження.

4. Самоконтроль.

5. Самовиховання.

Параметрами, що характеризують рівень розвитку самосвідомості особистості, єступінь:

* когнітивної складності та диференційованості образу «Я» (що більше своїх якостей та властивостей особистості виділяє людина, що більш складними та узагальненими вони є, то вищим є рівень самосвідомості особистості);
* чіткої окресленості образу «Я», його суб’єктивної значущості для особистості. Цей параметр характеризує як рівень рефлексії, так і зміст образу «Я»(залежно від суб’єктивної значущості певних якостей);
* внутрішньої цілісності, послідовності образу «Я» як наслідок несхожості реального та ідеального образу «Я», несумісності окремих його якостей;
* стійкості, стабільності образу «Я» в часі.

Самосвідомість пов’язана з особливостями особистості і формується упродовж розвитку особистості на основі пізнання навколишнього світу та соціальних відносин. Ступінь розвитку самосвідомості визначається здатністю людини до раціонального (когнітивного) та чуттєво-конкретного пізнання чужого «Я» і ставленням до себе й інших людей. Людина починає адекватно ставитися до себе лише після того, як навчиться правильно ставитися до інших та прислуховуватися до їх думки.

Самосвідомість пов’язана зі здатністю до самоаналізу, із самостійністю та оригінальністю суджень особистості, комунікабельністю і рівнем мотивації, рівнем домагань особистості, з особливостями емоційного складу, зрілістю світоглядних установок. Важливими компонентами самосвідомості є «Я-концепція» та самооцінка.

**2.** Висвітлюючи друге запитання, доцільно розкрити основні властивості свідомості.

1. ***Обсяг*** – певна кiлькiсть зв’язкiв чи переживань, що виникають пiд впливом рiзних подразникiв i містяться у свiдомостi на момент мовлення, тобто це широта охоплення свiдомiстю навколишньої ситуацiї та власних переживань.

2. ***Змiст*** – значення асоцiацiй, що виникають пiд впливом рiзних подразникiв i певний час перебувають у свiдомостi (змiст думок, переживань та iн.).

3. ***Неперервнiсть*** – поєднання переживань минулого, теперiшнього i майбутнього.

4. ***Яснiсть*** – наявнiсть чiткого й послiдовного сприйняття навколишнього i правильної орiєнтацiї у ньому (усвiдомлення навколишнього середовища, мiсця, часу тощо), наявнiсть самосвiдомостi зi збереженням пам’ятi на минуле i теперiшнє, активної уваги та мислення (тобто можливiсть утворювати зв’язки мiж наявними подразниками і минулим досвiдом), адекватностi емоцiй i поведiнки, збереження здатностi усвiдомлювати свої дiї та керувати ними.

Яснiсть свiдомостi вiдповiдає сучасному термiну «рiвень бадьорості». Рiвень бадьоростi має добовi коливання: сягає максимуму мiж 10 i 16 годинами, потiм знижується на 2 – 3 години (16 – 18 годин) i незначно пiдвищується мiж 19 – 22 годинами, не досягаючи початкового рiвня. Ці закономiрності добових коливань рiвня бадьоростi необхiдно враховувати при розподiлi добового навантаження, оскiльки вони супроводжуються змiнами багатьох аспектів психiчної дiяльностi (уваги, пам’ятi, мислення, швидкостi i точностi рухових реакцiй та iн.).

Поняття «свiдомiсть» стосується як окремої людини, так i суспiльства (iндивiдуальна i суспiльна свiдомiсть). До суспiльної свiдомості як вiдображення суспiльного буттяналежать полiтичнi, фiлософськi, релiгiйнi, правовi, художньо-естетичнi погляди, морально-етичнi норми, науковi знання.

Обов’язковою умовою формування i виявлення всiх зазначених якостей свiдомостi є мова.

Психiатри, перед якими постiйно виникає питання щодо збереження чи порушення свiдомостi у хворого, пiд свiдомiстю розумiють оцiнку здатностi усвiдомлювати мiсцезнаходження, час, навколишнi обставини, стан та поведiнку власної особи, що наявні у психiцi.

Найнижчий рiвень психiки утворює підсвiдоме.

***Підсвідоме*** – це сукупнiсть психiчних процесiв i станiв, якi зумовленi впливами (стимулами), що не усвiдомлюються людиною. Підсвiдоме є формою вiдображення свiдомостi, при якiй втрачається повнота орiєнтування у часi i мiсцi дiї, порушується мовленнєве регулювання поведiнки,унеможливлюється цiлеспрямований контроль людиною своїх дiй i оцiнка їх наслiдкiв. До підсвiдомого вiдносять психiчнi явища, що виникають у снi, зворотнi реакцiї на субпороговi подразники; рухи, якi в минулому були свiдомими, але завдяки повторенню стали автоматизованими i тому бiльшнеусвiдомленими; деякi спонукання до дiяльностi, коли вiдсутнє усвiдомлення мети. До підсвiдомого вiдносять i деякi патологiчнi феномени: марення, галюцинацiї. Підсвiдоме – це настiльки ж специфiчний психiчний прояв, притаманний людинi, як i свiдомiсть; воно детермiноване суспiльними умовами як часткове, недостатньо адекватне вiдображення свiту мозком людини.

**Фізіологічні варіанти зміненої свідомості**.

1. Свiдомiсть при втомi, сонливостi – зниження ясностi i бiднiсть змiсту (до свiдомостi доходять лише сильнi подразники), нечiткiсть сприйняття, затруднення у зосередженні уваги, можливi дезорiєнтацiя у довкіллі, недостатньо послiдовне мислення, нiвелювання афекту.

2. Стан сну зi снобаченнями – виключення усвiдомлення навколишнього i порушення самосвiдомостi, поява переважно зорових образiв чи безладних яскравих уявлень, якi визначають змiст свiдомостi. Емоцiйнi переживання i думки (елементи змiсту свiдомостi) вiдповiдають змiстовi зорових образiв. Вiдбувається iнтенсивна пiдсвiдома дiяльнiсть із відновлення та регуляцiї функцiй соматичних тканин i клiтин, психосоматичної стабiлiзацiї, захисту особистості вiд нерозв’язаних конфлiктiв (аналiз, синтез, уточнення i видiлення певних факторiв). Водночас вiдбувається вiдбiр i збереження у пам’ятi важливої iнформацiї (перехiд її з короткочасної у довготривалу).

Зменшення з віком кiлькостi iнформацiї, що надходить i потребує впорядкування, зумовлює зниження потреби у тривалому снi.

3. Афективно-звужена свiдомiсть виникає у вiдповiдь на тривалу подiю, коли домiнуюча яскрава емоцiя гальмує не пов’язанi з нею психiчнi процеси, i нав’язує той чи той стереотипний спосiб «аварійного» розв’язання ситуацiї (застигання, втеча, агресiя). При цьому обсяг свiдомостi звужується, змiст заповнюють обставини i нав’язанi ними дiї, якi спровокували афект. Можливi викривлене сприйняття навколишнього, неправильна оцiнка того, що вiдбувається.

**Етапи** формування свідомості (Г.К. Ушаков):

1. До 1 року – стан поза сном: характеризується першими реакцiями на навколишнiй свiт i змiнами внутрiшнього стану органiзму.

2. Вiд 1до 3 рокiв – предметна свiдомiсть: характеризується здатнiстю дитини розрiзняти предмети навколишнього свiту.

3. Вiд 3 до 9 рокiв – iндивiдуальна свiдомiсть: характеризується видiленням себе з об’єктiв зовнiшнього свiту, передусiм видiленням свого «Я» з об’єктiв неживої природи, потiм оточуючих осiб, розумiння значення понять «я», «вони» тощо.

4. Вiд 9 до 16 рокiв – колективна свiдомiсть: характеризується формуванням взаємостосунків мiж особистiстю i колективом сiм’ї, школи.

5. Вiд 16 до 22 рокiв – рефлексивна, вища суспiльна, соцiальна свiдомiсть: усвiдомлення своєї соцiальної ролi у суспiльствi.

**3.** При підготовці третього питання слід розкрити основні **розлади свідомості**. Патопсихологи розділяють *ясну* та *затьмарену свідомість*. Як зазначала Б.В. Зейгарник, посилаючись на О. Й. К. Ясперса, до критеріїв характеристики затьмареного стану свідомості слід віднести:а) дезорієнтування у часі, місці, ситуації;

б) відсутність чіткого сприймання навколишнього світу;

в) різні ступені безладності мислення;

г) виникнення ускладнень при пригадуванні подій та власних хворобливих проявів.

Щоб визначити, чи насправді людина перебуває у стані затьмареної свідомості, слід установити наявність сукупності усіх перелічених ознак. Наявність однієї або кількох із них ще не можесвідчити про те, що пацієнт має затьмарений стан свідомості.

Згідно з думкоюД.М. Ісаєва, слід розрізняти п’ять груп патологічних станів свідомості: виключення свідомості; збіднення свідомості; звуження свідомості; затьмарення свідомості; порушення самосвідомості.

I.A. Мартинюк дає таку класифікацію розладів свідомості: приглушений стан свідомості, деліріозне затьмарення свідомості, онейроїдний (сновидний) стан свідомості, сутінковий стан свідомості.

Як зазначає В.Д. Менделевич, порушення свідомості слід розділити на дві групи:

а) стани виключеної свідомості (обнубіляція, сопор, кома);

б) стани розладів свідомості (делірій, аменція, онейроїд, сутінковий стан свідомості).

Орієнтуючись на погляди В.Д.Менделевича, охарактеризуємо стани *виключеної свідомості* (як синонім використовується поняття *«приглушений стан свідомості»*).

Приглушений стан свідомості характеризується збідненням свідомості, утрудненням утворення асоціацій, утратою орієнтування в довкіллі. Пацієнт не одразу розуміє, що саме йому говорять, а складні запитання він узагалі не здатен осмислити. На прості запитання, які він може зрозуміти, хворий відповідає після паузи, коротко (не аргументуючи, не пояснюючи, зазвичай одним словом). Слабшає запам’ятовування, відтворювати йому легше автоматизовані навички. Активність (і рухова, і пізнавальна, і соціальна) зменшується, потяги загальмовуються. Розлади сприймання та маячні ідеї у таких пацієнтіввідсутні. Зазвичай хворі благодушні або байдужі, мовчазні; міміка невиразна, вираз обличчя байдужий. Період розладу свідомості може тривати від кількох хвилин до кількох тижнів (а інколи кількох місяців). Зазвичай хворі забувають про цей період життя.

**Обнубіляція** є найлегшим ступенем приглушеного стану свідомості. Реакції (передовсім мовленнєві) загальмовуються, хворі стають неуважними, помиляються, відповідаючи на запитання. Триває такий стан зазвичай кілька хвилин, інколи – довше.Спостерігається обнубіляція при паралічі та пухлинах головного мозку.

**Сомнолентність** – це стан напівсну, легкий ступінь прояву виключеної свідомості. Пацієнт майже увесь час лежить із закритими очима, але вербальний контакт із ним підтримувати можна. Відповіді на запитання подаються правильні, хоча і після тривалої паузи; орієнтування в часі є неповним; розлад супроводжується частковою амнезією.

**Сопор** – це патологічний сон, середній ступінь прояву стану виключеної свідомості. Пацієнт лежить не рухаючись, із закритими очима, міміка є невиразною, вираз обличчя – сонливим. Вербальний контакт із хворим стає неможливим; інколи пацієнт робить безтямні рухи. Єдиним подразником, на який відбувається реакція, стає сильний біль; реакції зіниць на світло та шкірні рефлекси є зниженими. Період патологічного сну завершується амнезією.

**Кома** є повною втратою свідомості з відсутністю реакцій на зовнішні подразники.

Приглушений стан свідомості спостерігається при отруєнні алкоголем, чадним газом, при діабеті, нирковій і печінковій недостатності. Також цей стан спостерігається при черепно-мозкових травмах, пухлинах головного мозку та інших органічних захворюваннях головного мозку. У дитячому віці цей розлад свідомості простежується частіше (при токсичних диспепсіях, запаленні легень, мозкових інфекціях).

Тепер опишемо ***стани розладів свідомості***.

**Делірій**. Делірій, або деліріозне затьмарення свідомості, різко відрізняється від приглушеного стану свідомості. Порушується орієнтування у часі та місці, яке супроводжується напливами яскравих зорових уявлень та галюцинацій, уривків спогадів, тривоги, страху, збудження, рухової активності, інколи спостерігається надмірна балакучість. Тривалість такого стану – години або дні. Інтенсивність розладу коливається протягом дня, часом свідомість прояснюється, а ввечері знову затьмарюється. У дітей стан затьмарення є більш короткочасним, у більш легкій формі(лякливості, сльозливості, поганого засинання та порушень сну (дитина бачить яскраві страхітливі сновидіння)) або у формі різкого тривожного збудження на фоні яскравих галюцинацій (в основному зорових, а рідше – тактильних і слухових). Дитина не може правильно оцінити пережите. У проміжках між напливами цих станів діти поводяться досить спокійно; вночі стан хворого погіршується.

Зазвичай делірій спостерігається при отруєннях деякими ліками (атропін), алкогольних та інших інтоксикаційних психозах, а також при психозах, що виникають у зв’язку із соматичними та інфекційними захворюваннями.

**Онейроїд** ще називають ***сновидним станом свідомості.*** Цей стан характеризується появою сценічних, фантастичних, казкових образів та переживань, що переплітаються з ілюзорним сприйманням реальності. Хворий стає спостерігачем, а не учасником уявних ситуацій. Глибокий розлад самосвідомості призводить до дезорієнтації у часі та місці, а також проявляється у фантастичній інтерпретації навколишнього світу та подій, власних переживань хворого. Постійно виявляється співіснування реального і фантастичного. Такий стан може тривати кілька тижнів або навіть місяців і завершується амнезією.

**Аменція** (сплутаність) – це глибоке порушення свідомості з розпадом та збідненням психіки, дезорієнтуванням у власній особистості та нездатністю осмислити ситуацію загалом.

Основними ознаками аменції є: повна дезорієнтація людини у просторі, часі та власній особистості; незв’язність мислення, рухові порушення, підвищена неуважність, збудженість, наявність нестійких ілюзій та галюцинацій; розгубленість, лякливість, неадекватна емоційність. Завершується аменція амнезією. Виникає внаслідок важких і тривалих соматичних захворювань (інфекцій, інтоксикацій, пухлин тощо).

**Сутінковий стан свідомості** – це короткочасне звуження свідомості на обмеженому колі переживань. Поведінку хворого обумовлюють окремі деталі довкілля, які сприймаються ним викривлено. Порушується властиве нормальному мисленню опосередкування ситуації, блокується можливість співвіднести теперішній час та минулі події (усе побачене та почуте сприймається як нове, незнайоме). Поведінка хворого втрачає цілеспрямованість.

Хворі в такому стані зберігають можливість виконання автоматичних дій. Наприклад, якщо пацієнту потрапить до рук ніж, він починає виконувати звичну дію – різати, не звертаючи уваги, що саме він ріже – хліб, папір чи людську руку. Під впливом маячення, галюцинацій, під час переживання афекту хворі здатні до здійснення небезпечних учинків.

Д.М. Ісаєв виокремлює такірізновиди сутінкового стану свідомості: *амбулаторний автоматизм, транс, сомнамбулізм, епілептичний сутінковий стан свідомості.*

Охарактеризуємо детальніше ці різновиди сутінкового стану свідомості.

***Амбулаторний автоматизм*** – відключення від реальності, дезорієнтування в часі, місці, просторі, обмеження спонтанного мовлення, мимовільне блукання або збереження здатності до впорядкованої поведінки. Людина, що страждає на такий розлад, може вийти з дому з певною метою (наприклад, купити хліба у найближчому магазині), а через деякий час незрозумілим для себе чином опинитися далеко від дому. Під час своєї мандрівки пацієнт механічно сідає у транспорт та виходить з нього, механічно переходить вулиці, а у оточуючих виникає враження, що людина глибоко занурена у власні думки.

***Транс*** – короткочасний стан амбулаторного автоматизму. Під час трансу хворі мають дещо сонливий, загальмований вигляд. При відновленні свідомості у них спостерігається амнезія. Транс діагностують при епілепсії та деяких інших психічних захворюваннях.

***Сомнамбулізм*** (*лунатизм, парасомнія*) – амбулаторний автоматизм, що виникає під час сну. Пацієнт із закритими очима встає, може зайти до туалету або на кухню, одягнутися, вийти з квартири, і при цьому не реагувати на звернення до нього, не відповідати на запитання. Парасомніюдіагностують у дитячому віці, при невротичних розладах (може бути першим симптомом епілепсії).

Напади сомнамбулізму починаються через годину-півтори після засинання у фазі «уповільненого сну». Хворий встає з ліжка та здійснює низку стереотипних і координованих рухів. Інколи дії можуть мати антисоціальний характер. Завершується сомнамбулізм поверненням до нормального фізіологічного сну. Прокинувшись, хворий не може пригадати події, які відбулися вночі.

***Епілептичний сутінковий стан свідомості*** – відключення від реальності з викривленим сприйманням навколишнього світу, наявністю яскравих галюцинацій (можуть проявлятися як погоня, наїзд автомобіля, напад страшного звіра), маяченням переслідування, фізичного знищення, гнівом або страхом. Погрози або агресія з боку пацієнта зазвичай супроводжують ці болісні переживання.

Патопсихологи і лікарі зазначають, що всі різновиди сутінкового стану свідомості характеризуються неочікуваним початком, тривають від кількох годин до 1 – 2 тижнів, мають критичне закінчення (нерідко – глибокий сон) та завершується амнезією (спогади про період затьмарення відсутні повністю).

Усі різновиди цього розладу частіше простежуються у дітей, причому у малят вони є більш короткими, рудиментарними, а рухові розлади переважають над психічними.

Сутінковий стан свідомості спостерігається при травматичних ураженнях головного мозку, при його органічних захворюваннях (нейроревматизмі, нейросифілісі, пухлинах, епілепсії). Також сутінковий стан свідомості може проявлятися при гострих психогенних істеричних психозах.

**Розлади самосвідомості.** I.A. Мартинюк пропонує до розгляду такі розлади самосвідомості: *псевдодеменцію та деперсоналізацію*.

**Псевдодеменція** виникає за наявності тяжких деструктивних змін у ЦНС та за наявності реактивних станів, що характеризуються розладами мислення (судження) й інтелектуально-мнестичними порушеннями. Пацієнти забувають назви предметів, дезорієнтовані у часі та місці, їм важко адекватно сприймати зовнішні подразники. Ускладнюється утворення нових зв’язків між предметами та явищами, часом спостерігаються ілюзорні обмани сприймання, нестійкі галюцинації, що супроводжуються руховим збудженням. Пацієнти апатичні, мають бідні та недиференційовані емоційні прояви, їх поведінка може нагадувати дитячу. Наприклад, якщо запитати дорослого хворого, скільки пальців у нього на ногах, то він знімає шкарпетки, щоб порахувати пальці.

Б.В. Зейгарник зазначає, що псевдодеменція є різновидом сутінкового стану свідомості.

Також у психологічній літературі зазначається, що псевдодеменцію можна розглядати як психогенну недоумкуватість, котра виникає в особи внаслідок дії психотравмуючої ситуації. Псевдодеменція є транзиторною недоумкуватістю (її симптоми з часом зникають). Ми характеризували псевдодеменцію в темі «Розлади інтелекту».

**Деперсоналізація**, згідно із Б.В. Зейгарник та I.A.Мартинюк, є своєрідною формою порушення самопізнання. Цей розлад характеризується відчуженням власних думок, афектів, дій, власного «Я» (все це сприймається ніби стороннім спостерігачем, а не самим суб’єктом дії). Частим проявом деперсоналізації є порушення «схемитіла» – аномалії відображення у свідомості основних якостей, властивостей і способів функціонування власного тіла, його окремих частин та органів.

C.B. Діденко розглядає деперсоналізацію як емоційний розлад, за наявності якого втрачається зв’язок із дійсністю, що супроводжується почуттям відчуженості та нереальності пережитого досвіду. До деперсоналізації можуть призвести емоційна перенапруга, органічні ураження ЦНС, інтоксикації, наявні психічні захворювання. Імовірність виникнення деперсоналізації значною мірою залежить від особливостей особистості (інфантилізму, схильності до постійного самоаналізу, наявності шизоїдного розладу особистості тощо).

Ми розглядали деперсоналізацію як розлад сприймання (порушення його інтенсивності).

**Запитання для перевірки та самоконтролю**

* Які етапи включає процес розвитку самосвідомості?
* Патологічний сон, середній ступінь прояву стану виключеної свідомості має назву: а) сопор; б) делірій; в)онейроїд; г) деперсоналізація; д) сомнамбулізм.
* Амбулаторний автоматизм, що виникає під час сну – це: а) транс; б) сомнамбулізм; в)кома; г) амнезія; д) фрустрація.
* Глибоке порушення свідомості з розпадом та збідненням психіки, дезорієнтуванням у власній особистості та нездатністю осмислити ситуацію загалом, має назву: а)аменція; б) парабулія; в) епілептичний сутінковий стан свідомості; г) кома; д) сомнолентність.
* Які різновиди сутінкового стану свідомості Ви знаєте?
* Повна втрата свідомості з відсутністю реакцій на зовнішні подразники має назву: а) фрустрація; б) делірій; в)кома; г) онейроїд; д) деперсоналізація.
* Які розлади самосвідомості Ви можете охарактеризувати?

**Рекомендована література**

1. Виходцева O.A. Патопсихологія : навч. посіб. / О.А. Виходцева. – К. : Вид-во НПУ ім. М.П.Драгоманова, 2013. – 208 с.
2. Зейгарник Б.В. Патопсихология : учеб. пособ.[для студ. высш. учеб. заведений] / Б.В.Зейгарник. – 2-е изд., стереотип.– М. : Академия, 2003.– 208 с.
3. Мартинюк I.A. Патопсихологія : Навч. посіб. / І.А.Мартинюк. – К . : Центр учбової літератури, 2008. – 208 с.
4. Патопсихологія: навч. посіб.[для студентів вищих навчальних закладів] / С.Д. Максименко, А.П. Чуприков, Є.М. Прокопович, І.В.  Рожкова, С.О. Лобанов – К. : ТОВ «КММ», 2010. – 210 с.
5. Скотна Н. Тлумачний патопсихологічний словник / Н. Скотна, В.Стець. – Дрогобич: Редакційно-видавничий відділ Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка, 2006. – 150 с.

**Тема №13. Загальна характеристика розладів особистості Невротичні та органічні психічні розлади**

**План**

1. Основні різновиди розладів особистості (психопатії).
2. Загальне поняття про шизофренію.Ознаки, форми й патогенез шизофренії.
3. Епілептичні психічні розлади.
4. Понятття про невроз та фактори , що спричиняють виникнення та розвиток неврозів.
5. Форми неврозів. Функціонування пізнавальних процесів, свідомості та самосвідомості при неврозах.

**6.** Органічні психічні розлади.

**Концептуальний виклад та методичні поради**

**1.** Висвітлюючи перше питання, необхідно охарактеризувати основні розлади особистості.

Розладами особистості у клінічній психології часто називають характерологічні розлади (адже переважають саме патології характеру). В основному при розладах особистості спостерігається порушення в емоційно-вольовій та мисленнєвій сферах. Інші пізнавальні процеси залишаються значною мірою інтактними (немає суттєвих розладів відчуттів, сприймань, пам’яті, свідомості).

Б.С. Братусь зазначає: основою для розладів особистості є порушення цілеутворення, цільової структури діяльності. Особистісний конфлікт визначається:

* уявленнями про власну значну цінність, завищеними вимогами до життя, бажанням отримати всі блага та бонуси від життя;
* відсутністю бажання докладати необхідних зусиль для досягнення цих благ.

Патологія стає своєрідним способом розв’язання цього конфлікту, змістовим самовиправданням.

У психіатричній практиці виділяють такі розлади особистості (психопатії):

* психопатоподібні;
* параноїдальні;
* шизоїдні;
* диссоціальні;
* емоційно-нестійкі;
* істеричні;
* психастенічні;
* тривожні;
* залежні.

Вважаємо за необхідне описати детальніше перелічені варіанти психопатій.

*Психопатоподібні порушення особистості* ще називають патологічними варіантами розвитку особистості. Вивченням проблематики їх виникнення, розвитку та корекції займалися П.Б. Ганнушкін (1933) та О.В. Кербіков (1971). Психопатичні особистості формуються в основному в підлітковому віці. Вони характеризуються низкою особливостей, що заважають їм пристосовуватися до умов навколишнього світу, не створювати проблем для себе та інших людей. Такі особистості характеризуються тривалими, глибокими, стійкими розладами характеру, дезадаптаційними моделями поведінки. Дезадаптаційні особливості особистості можуть стосуватися поведінкових, емоційних, інтелектуальних, перцептивних, психодинамічних проявів.

Діагноз психопатії ставиться на основі ***ознак***, запропонованих О.В. Кербіковим:

* тотальність патологічних рис характеру, що проявляється у трудових та сімейних умовах, у звичайних та стресових ситуаціях;
* стабільність патологічних рис характеру (вони зберігаються протягом усього життя);
* соціальна дезадаптація, що є наслідком власне патологічних рис характеру.

*Діагноз та симптоми*

1. Хворий протягом тривалого часу має ускладнення в різних сферах життя.

2. Егосинтонні моделі поведінки.

3. Ригідність.

4. Прихована захисна реакція у вигляді тривоги.

5. Недостатній рівень емпатії.

6. Незавершений розвиток.

7. Наявність ускладнень у міжособистісних стосунках на роботі та в коханні.

Розлад особистості характеризується такими ***критеріями***:

* дисгармонія в особистісних позиціях та поведінці (аналізується ефективність, збудливість, контроль потягів, процеси сприймання та мислення, стиль взаємодії з оточенням, ставлення до інших людей);
* хронічний характер аномального стилю поведінки;
* адаптація до широкого діапазону особистісних та соціальних ситуацій;
* виникненняописанихпроявіву дитинстві абопідлітковому віці та продовження існування в період зрілості;
* сильний особистісний дистрес;
* зазвичай (але не завжди) суттєве погіршення професійної та соціальної продуктивності.

Зазначений розлад має місце у 6 – 9% населення. Може виникати, зокрема, внаслідок неправильного виховання, фізичного насилля, інцесту,пренатальних та ранніх постнатальних уражень мозку. Також слід зважати на роль спадковості, адже існує генетична схильність до такого роду розладів.

*Параноїдний розлад особистості* ще називають *паранойяльною психопатією.*Вона характеризується:

* надмірною чутливістю до невдач та відмов;
* тенденцією бути кимось невдоволеним (тобто відмовою простити образу, ставленням до інших як до дурників, блазнів, невдах, непрофесійних працівників);
* підозрілістю і тенденцією до викривлення фактів (неправильне тлумачення нейтральних або дружніх дій інших людей як ворожих або підозрілих дій, висловлювань);
* войовничим ставленням до питань, що стосуються прав особистості (це часто не співвідноситься з реальною ситуацією);
* постійними безпідставними підозрами відносно сексуальної вірності статевого партнера;
* тенденцією до переживання своєї підвищеної значимості (постійна орієнтація на власне «я»);
* захопленням «законспірованим» тлумаченням подій, що відбуваються з особистістю або у світі.

Хворі схильні до утворення *параноїдальних ідей*, що сильно впливає на поведінку. Правильним вважають лише те, що хочеться або подобається їм, а це призводить до суб’єктивності та сильної афективної забарвленості мислення. Наприклад, кверулянти постійно борються за власні права. Рентні кверулянти настирливо вимагають матеріальної компенсації, уточнення діагнозу та ін. Фанатики пропагують ідеї, які вважають істинними; відрізняються безкомпромісністю, не зважають на права та побажання інших людей та загальноприйнятні моральні норми.

*Шизоїдний розлад особистості* має назви *аутистична психопатія, патологічна замкненість особистості.* Така особистість характеризується дисгармонією розвитку, амбівалентністю емоцій, прагнень, учинків.

До ознак шизоїдного розладу особистості належать:

1) нездатність відчувати задоволення (ангедонія);

2) емоційна холодність, відчуження;

3) нездатність проявляти теплі, ніжні почуття, а також гнівдо інших;

4) слабка зворотна реакція – як на схвалення, так і на критику;

5) незначний інтерес до сексуальних контактів;

6) схильність до фантазій та інтроспекції;

7) схильність до усамітненої діяльності;

8) відсутність чутливості до чинних соціальних норм та традицій;

9) відсутність близьких друзів або взаємостосунків, що базуються на довірі; відсутність бажання мати такі взаємостосунки. Але можуть бути теплі контакти з однією особою, яка дуже подобається, викликає довіру.

Шизоїд – амбівалентна конфліктна особистість; він холодний, грубий, а водночас надчутливий. Таких осіб детально описав Кречмер. Шизоїдам важко налагоджувати контакти з оточенням. Вони тримають дистанцію і страждають через свою ізольованість, нерішучі, схильні приховувати свої почуття. У міжособистісних стосунках проявляють недовірливість, схильність до раптового розриву контактів. Нестача емпатії поглиблює труднощі спілкування. Часто можуть отримати задоволення лише від улюбленої справи. Це люди-ексцентрики.

*Диссоціальний розлад особистості, або антисоціальна, стійка, безвільна анетична психопатія.* Людина з таким діагнозом схильна порушувати соціальні норми. Хворі характеризуються:

* безсердечністю, холодним ставленням до почуттів інших людей;
* грубою та стійкою позицією безвідповідальності і неприйняття соціальних норм та обов’язків;
* нездатністю підтримувати та розвивати взаємовідносини за відсутності труднощів у їх налагодженні;
* дуже низькою толерантністю до фрустрацій (невдач), а також низьким порогом агресії, включаючи насилля;
* нездатністю відчувати провину та враховувати життєвий досвід, а особливо досвід покарання за погані вчинки;
* яскравим проявом схильності звинувачувати оточуючих або знаходити «красиві» (соціально прийнятні) пояснення причин власної поведінки та вчинків.

Усе перераховане є причиною постійних конфліктів із найближчим оточенням та суспільством загалом. Такі люди зневажають чинну мораль, нездатні підтримувати міцні ділові, дружні, сімейні, сексуальні взаємовідносини, вчитися «на помилках». Це призводить до того, що оточення має постійно нагадувати про прийнятність їх поведінки, карати їх за некоректність. Деякі хворі постійно роздратовані. Ще з дитинства вони ухиляються від навчання, праці, прагнуть розважатися, отримувати задоволення, беруть участь в асоціальних розвагах, схильні до крадіжок. Підлітки з таким діагнозом не здатні підпорядковуватися, виконувати соціально прийнятні ролі.

*Емоційно нестійкий розлад особистості* також має назву «імпульсивна», або «експлозивна психопатія» характеризується:

* тенденцією діяти імпульсивно, без урахування можливих наслідків (дії хворого важко передбачити);
* конфліктністю (схильність битися), особливо коли оточення засуджує імпульсивні вчинки хворого;
* спалахами неконтрольованого гніву та жорстокості;
* невмінням планувати справи та передбачати майбутні події;
* нездатністю працювати тривалий час (якщо це не передбачає винагороди);
* нестійким та вередливим настроєм.

Схильність створювати нестабільні та напружені відносини з іншими призводить до того, що емоційні кризи повторюються, з’являються думки вчинити самогубство або самопоранення.

Варіанти *емоційно нестійкого розладу особистості*:

1. імпульсивний тип. Характеризується емоційною нестійкістю, неможливістю керувати власною імпульсивною поведінкою, спалахами жорстокості, небезпечною поведінкою, особливо у відповідь на критику оточуючих;
2. граничний тип. Характеризується емоційною нестійкістю. Образ «Я», внутрішні прагнення та наміри спрямовані на встановлення нестійких відносин. Тому повторюються емоційні кризи, без очевидних причин з’являються суїцидальна поведінка та параноїдальність.

*Істеричний розлад особистості* також має назву *демонстративна психопатія*. Ця аномалія особистості проявляється:

* драматизацією обставин, театральністю, перебільшеним проявом емоцій;
* навіюваністю, залежністю від оточуючих людей та обставин;
* лабільністю емоційної сфери;
* постійним прагненням до збудження, до визнання з боку оточуючих; до діяльності, що надасть можливість перебувати в центрі уваги;
* неадекватною привабливістю у зовнішньому вигляді та поведінці;
* надмірною стурбованістю бути фізично привабливим.

Дисгармонійність розвитку окремих аспектів особистості при наявності виражених ознак невідповідної до віку дитячості. Неприродний, бурхливий прояв емоцій створює враження глибини переживань, сильне прагнення отримати визнання. Поведінка одночасно є і безпорадною, і вимогливою. Досить часто маніпулюють оточенням за допомогою суїцидальних висловлювань, дій. У поведінці та реакціях постійно проявляються істеричність, активність та низька самооцінка, поверховість почуттів, глибока невпевненість у своїй статевій ідентичності. Прагнення до самоствердження або маніпуляції іншими людьми насправді є проявом необхідності задовольнити сексуальне бажання або компенсувати неусвідомлювану неповноцінність.

*Психастенічний розлад особистості* ще називають ананкастною психопатією, тривожно-компульсивним розладом особистості. Він характеризується:

* надмірною схильністю до сумнівів та обережністю;
* стурбованістю щодо дрібниць, деталей, правил, графіків виконання роботи;
* перфекціонізмом;
* надмірною добросовісністю, неадекватною стурбованістю щодо продуктивності, роботи що не дає змоги отримати задоволення від неї та спілкування, а це негативно впливає на міжособистісні стосунки;
* підвищеною педантичністю, схильністю до дотримання соціальних норм та правил;
* ригідністю і впертістю;
* необґрунтованими настирливими вимогами («Роби лише так, як я кажу») або нерозумним небажанням дозволити іншим узагалі хоч щось робити;
* появою стійких та небажаних думок або потягів.

Постійний неспокій, тривога за майбутнє:власне та близьких людей, нетерплячість та імпульсивні вчинки тоді, коли потрібна обережність і виваженість, труднощі у взаємодії з оточенням. Стриманість, а за хвилину – безапеляційність, непоступливість, наявність нав’язливих думок, рухів, ритуалів, власних прикмет. *Декомпенсація* (погіршення стану під впливом негативних обставин) часто відбувається в ситуаціях, що передбачають особливу відповідальність. При цьому декомпенсація призводить до появи або погіршення нав’язливих станів.

Ця психопатія зазвичай починає формуватися вже у шкільному віці. Що старшою стає людина, то більшою стає відповідальність, що призводить до посилення розладів особистості.

*Тривожний розлад особистості, або сенситивна психопатія*, характеризується:

* постійною емоційною напруженістю та наявністю поганих передчуттів;
* сприйняттям себе як соціально недієздатної, непривабливої особистості, самоприниженням, відчуттям меншовартісності щодо інших людей;
* підвищеною стурбованістю щодо критики на свою адресу, стурбованістю щодо засудження з боку оточення в різних ситуаціях;
* небажанням вступати у міжособистісні стосунки через невпевненість у собі («мене засміють, виженуть»);
* самообмеженням у стилі життя для створення та підтримання почуття безпеки;
* ухилянням від активної суспільної або професійної діяльності, що пов’язане з побоюванням бути відштовхнутим.

Людина з таким діагнозом постійно боїться критики, осуду. Досить часто хворі є занадто вразливими, мають почуття власної неповноцінності. Вони переконані, що мають занадто багато недоліків, тому оточуючі будуть з них кепкувати. У багатьох виникає враження, що хворий є некомунікабельним, однак це не так. У колі добрих знайомих він почувається комфортно, нормально спілкується, а незнайомих побоюється. Декомпенсація виникає, коли хворий стає об’єктом недоброзичливої критики та глузувань, коли його несправедливо обвинувачують. Тоді людина здатна «тихенько» готуватися до самогубства або несподівано стає борцем, здатним навіть убити своїх опонентів.

*Залежний розлад особистості* також має назву «пасивна особистість», «конформна особистість». Їй притаманні:

– активне або пасивне перекладання на інших людей більшої частини рішень щодо свого життя;

– підпорядкування власних потреб потребам інших осіб. Якщо пасивна особистість є залежною від інших, вона стає занадто конформною;

– нездатність висунути вимоги та претензії до тих людей, від яких хворий залежить;

– переживання почуття незручності або безпорадностіза умов самотності, адже з’являється побоювання «Чи зможу я жити сам?»;

– страх бути покинутим, залишитися без сильних емоційних зв’язків;

– обмежена здатність приймати повсякденні рішення без настирливих порад та підтримки інших людей.

Це безпорадні, некомпетентні люди, не пристосовані до самостійності, не здатні брати на себе відповідальність за зміни у власному житті. Найбільшим бажанням є прагнення мати опікуна. За всі нещастя та невдачі відповідальність перекладається на інших, які мають захищати хвророго та опікуватися ним.

*Лікування розладів особистості*

Медикаментозне лікування призначається лише при декомпенсаціях, щоб усунути дисфорію, тривогу, депресію; а також при підвищеній збудливості або при порушенні потягів. Медично-педагогічні заходи мають відбуватися у тісному зв’язку із психотерапевтичними. Важливо правильно орієнтувати батьків, щоб вони враховували особливості особистості хворої дитини. Підлітки з помірно вираженою психопатією проходять огляд не менше двох разів на рік. Важка психопатія та стани декомпенсації потребують лікування. Важливою є профілактика появи декомпенсації.

Дорослі люди мають певні обмеження при виконанні професійної діяльності:

* за наявності важкої та некомпенсованої психопатії не можна працювати на виробництві, служити в армії;
* за наявності помірно виражених розладів особистості, нестійкої компенсації дорослі є обмежено придатними до військової служби;

**2.** Вивчаючи друге питання, проаналізуємо ознаки і форми шизофренії. Про цю хворобу писали ще давні медики, але детально її почали вивчати Е.Крепелін (1896) та Е.Блейєр (1911). ***Шизофренія* –** найбільш загадкове захворювання нашого часу, що має хронічний перебіг та характеризується диссоціативністю психічних функцій, тобто втратою єдності психічних процесів та змінами особистості (вони можуть розвиватися як швидко, так і повільно):

• аутизмом (прогресуючою інтравертованістю);

• емоційним збідненням;

• зниженням активності (зменшенням енергетичного потенціалу);

• різноманітними продуктивними психопатологічними розладами (галюцинаціями, маренням, афективними аномаліями тощо).

*Ознаки шизофренії*

1. Як і будь-яка інша хвороба, має початок та хронічний перебіг.

2. Відбувається розвиток більш або менш виражених стійких змін психіки після періоду виражених та мінливих за своєю інтенсивністю симптомів. Для шизофренії характерними є не власне зміни психіки, а їх своєрідність.

*Утрата єдності психічних процесів* спостерігається у формі різноманітних розладів:

* порушення логічності пам’яті;
* відірваність висловлювань від змісту ситуації;
* несподіваний прояв емоцій, поведінки, недоречні висловлювання та ін.

*Аутизм –* цевідмежованість та відірваність від реальності, занурення у світ власних внутрішніх переживань. Хворий проявляє пасивність, не бере участі у справах оточуючих. Можливі випадки, коли хворий занурюється у марення та не може поводитися адекватно до ситуації.

*Емоційне збіднення* – втрата інтересу до того, що раніше було цікавим, до раніше близьких людей, щодо охайності одягу та вигляду загалом, до гігієнічних процедур.

*Зниження активності* – відсутність ініціативи та прагнення діяти, зниження волі.

Продуктивні психопатологічні розлади є нестійкою ознакою цієї хвороби. Часто у хворих виникають галюцинації, маячення, кататонічні розлади.

*Клінічна картина (психіатричний аспект проблеми)*

Для шизофренії характерним є розлади мислення та сприймання, а також неадекватні емоційні прояви. Зазвичай у хворих зберігаються ясна свідомість та інтелектуальні здібності, хоча можуть з’являтися деякі когнітивні порушення. Відбувається ураження базових функцій, що призводить до неможливості відчувати власну індивідуальність, неповторність.

*Порушення сприймання*. Кольори та звуки можуть здаватися занадто яскравими або якісно зміненими, малозначущі властивості звичайних речей набувають більшого значення, ніж увесь предмет та ситуація загалом. Характерним *порушенняммислення* є нечіткість, перерваність, *мовлення* стає незрозумілим. З’являється враження, ніби думки хтось «забирає». *Настрій* переважає вередливий, неадекватний, наявні амбівалентні почуття. *Вольові розлади*: інертність, негативізм, може з’являтися ступор.

*Форми шизофренії*

*Проста шизофренія.* Для неї характерні зростання емоційно-вольового дефекту, поступовий розвиток аутизму. Гострих проявів хвороби не спостерігається. Захворювання починається непомітно навіть для близьких та родичів. Спочатку знижується інтерес до школи або роботи, потім зникає зацікавленість у спілкуванні з друзями, родичами, зникає потреба виглядати охайно. Втрачається емпатія, сором’язливість, виникає потреба безцільно вештатися по вулиці. Частина хворих стає нездатними до самообслуговування, беззахисними людьми. Маючи таку форму хвороби, люди можуть жити вдома (пристосовуються, оволодівають нескладною роботою під наглядом родичів), але частина з них через велику деградацію та неадекватну поведінку мають перебувати у спеціалізованому закладі, бо родичі не можуть з ними впоратися.

*Параноїдна форма шизофренії* найбільш поширена. Переважає стійке маячення переслідування, маячення особливого призначення, високого походження, тілесних змін або ревнощів. Менш поширені ідеї негативного впливу, отруєння, величі, «чужих батьків», самоприниження та іпохондрії. Із галюцинацій на фоні ясної свідомості найбільш виражені голоси (наказують або погрожують) або елементарні слухові галюцинації (свист, сміх, гудіння). Також можуть виникати смакові або нюхові галюцинації, сексуальні або інші тілесні відчуття.

Зазвичай ця форма хвороби розвивається поступово: спочатку з’являється підозрілість, далі зростає напруження (всі погані, їжа не така, з’являються погрози в бік оточення), маячення стає все більш складним, помітно збільшуються порушення мислення, відбуваються інтелектуальне збіднення, розлади емоційно-вольової сфери.

*Гебефренічна форма шизофренії* виникає в період дорослішання. Типовими симптомами є стан постійного збудження, веселість, манірність, бажання розважатися. У поведінці простежуються недоречне кокетування, гримаси, безперервні танці та гімнастичні вправи. У дорослих спостерігаються недоречні вчинки (наприклад, людина бере дитячий самокат і їздить по вулицях). Мовлення стає непослідовним, із недоладними словосполученнями, вербигерацією та розірваністю думок. Можливими є маячення і кататонічне збудження (недоладні, бурхливі, хаотичні рухи, мовленнєве збудження, стереотипії). Починається ця форма досить гостро, перебіг хвороби швидкий. Призводить до глибокої деградації особистості (недоумкуватості).

*Кататонічна форма шизофренії.* Переважають стани кататонічного збудження та ступору.

Збудження може проявлятися:

* як епілептичний напад;
* як стереотипне повторення елементарних рухів (підстрибування; розмахування руками, наче крилами; безперервний галас).

Поведінка стає недоладною, імпульсивною. Небезпека для оточуючих у тому, що з боку хворого може проявитися неочікувана агресія та спроби самогубства.

Рухова загальмованість включає:

* повну відсутність рухів, зміни пози тіла з відмовою від їжі, з нездатністю регулювати акти сечовипускання та дефекації (цей стан може тривати тижні і навіть місяці);
* відносно короткочасне застигання у певних позах.

Результатом є емоційна спустошеність та недоумкуватість.

*Шизоафективні розлади* є одним з варіантів розвитку шизофренії, при яких одночасно проявляються як афективні, так і шизофренічні симптоми. Напади можуть тривати кілька днів. Страждають на цей розлад 0,5 – 0,8% населення (дівчата хворіють частіше).

Афективні стани, схожі на депресію або манію, чергуються зі світлими періодами, коли спостерігається повне або майже повне одужання. Після трьох – п’яти нападів стають помітними зміни особистості, притаманні шизофренікам: зростаюча бездіяльність, апатія, емоційне збіднення, замкненість, розлади мислення (наприклад, резонерство). Під час маніакальних та депресивних фаз виникають симптоми, не характерні для маніакально-депресивного психозу: маячення, галюцинації, псевдогалюцинації, онейроїдно-кататонічні прояви, прояви психічного автоматизму. У дітей та підлітків гострі напади шизоафективного психозу часто повторюються протягом відносно невеликого періоду часу, тому стійкі зміни психіки можуть виникнути через рік – півтора після початку захворювання.

*Латентна шизофренія.*Спостерігаються чудернацька поведінка, аномалії мислення та емоцій (як при шизофренії), але на жодній стадії розвитку відсутні характерні для шизофренії порушення.

Симптомами цього розладу є:

* емоційна холодність, відмежованість від переживань інших людей;
* поведінка та зовнішній вигляд – чудернацькі, ексцентричні;
* нестійкий контакт з оточенням із тенденцією до соціальної відчуженості;
* дивні, чудернацькі переконання у поєднанні з магічним мисленням, що впливає на поведінку та є несумісним із субкультурними нормами;
* підозрілість або параноїдальні ідеї;
* нав’язливі роздуми без внутрішнього спротиву (часто з дисморфофобічним, сексуальним або агресивним змістом);
* незвичайні феномени сприймання: сомато-сенсорні (тілесні) або інші ілюзії, деперсоналізація або дереалізація;
* аморфне, метафоричне, гіпердеталізоване або стереотипне мислення, що виявляється у чудернацькому мовленні. При цьому розірваності мислення не спостерігається;
* епізодичні транзиторні квазіпсихотичні епізоди з ілюзіями, слуховими або іншими галюцинаціями, маяченням, що виникають зазвичай без зовнішньої провокації.

Цей розлад має хронічний характер. Початок захворювання важко визначити. Часто на цей розлад страждають родичі хворих на шизофренію. Його важко діагностувати, він схожий на просту форму шизофренії.

*Патопсихологія дитячої шизофренії*

Батькам та педагогам слід особливо уважно ставитися до таких дітей, які:

* не граються у рольові та сюжетні ігри. Якщо малюки і граються самостійно, то зміст гри незвичайний, досить чудернацький;
* у нормі у дошкільному віці гра стає провідним видом діяльності. Вона зберігається і в молодшому шкільному віці, адже допомагає дитині виражати емоції, оволодівати соціальними нормами, самоутверджуватися;
* характеризуються однобокими захопленнями й інтересами;
* мають глибокий пізнавальний дефіцит;
* відчувають трудненощі при оволодінні знаряддєвими функціями предмета. Також таким дітям важко встановлювати соціальні контакти та засвоювати соціальний досвід;
* мають асинхронне формування різних сфер психічної діяльності.

*Патогенез шизофренії*

Шизофренія – спадкова хвороба. Її виникнення шизофренії залежить під провокуючих стресів,спричинених як біологічними (соматичні захворювання), так і соціальними (складні життєві обставини) факторами та їх комбінуванням. Висвітлимо психологічні теорії походження і розвитку шизофренії.

*Психоаналітичний підхід* передбачає, що основним розладом при шизофренії є порушення формування «Его», яке призводить до розладів психосексуального розвитку та появи агресивної поведінки. Види організації «Его» виникають унаслідок неправильних взаємовідносин із матір’ю, коли дитина не може відокремитися від неї та розвиватися поза її впливом. Хворий не здатен до встановлення стійких міжособистісних стосунків, основою яких є почуття безпеки, що виникає за наявності тісної взаємодії із матір’ю. Основним розладом при шизофренії є нездатність досягти розрізнення себе й оточення.

Згідно з іншим поглядом, дефект «Его» призводить до виникнення ворожнечі й агресії, що руйнують зв’язок «мати – дитина» та спричиняють незахищеність від можливих стресів. Шизофренія у підлітка розвивається внаслідок того, що слабке «Его» не може владнати протидію та протистояння нових внутрішніх потреб, коли необхідно відокремитися, утвердитися як особистість.

Симптомами шизофренії у підлітків є:

* думки про кінець світу (з паралельним руйнуванням власного внутрішнього світу);
* маячення або галюцинації (паралельно тривають спроби створити нову реальність або висловити потаємні страхи і потяги);
* досить високий рівень тривоги, що виникає внаслідок тривожності їх матерів, що призводить до дезінтеграції функцій «Его».

*Теорія научіння*. У дитячому віці хворі на шизофренію засвоюють ірраціональні реакції та образ мислення, тому що наслідують своїх батьків, котрі самі мають виражені емоційні труднощі. Нездатність оволодіти формами соціальної взаємодії є причиною порушення міжособистісних стосунків.

*Теорії, що стосуються ролі сім’ї*

G.Bateson зазначає, що людина, яка в подальшому стане шизофреніком, потрапляє в такі умови, коли має зробити вибір між альтернативами, що є для неї занадто складним.

За іншою теорією, до появи хвороби призводить «роздвоєння» між батьками (один з батьків є дуже близьким дитині протилежної статі). Це ускладнює процес самоідентифікації та негативно впливає на емоційну і пізнавальну сфери особистості, викликає порушення у встановленні та підтримці взаємостосунків з оточенням.

T.Lidz наголошує, що «перекіс» у бік зв’язку з одним із батьків унаслідок змагання в сім’ї (коли один з батьків домінує) руйнує здатність налагоджувати нормальні взаємостосунки, поважати себе та інших. А це призводить до неможливості нормальної взаємодії із суспільством.

Наступна теорія акцентує на негативній ролі придушення емоційної складової відносин у сім’ї та заміну близьких взаємовідносин «псевдовідносинами», «псевдоворожими» вербальними зв’язками.

*Соціальні теорії*підкреслюють негативну роль урбанізації та індустріалізації,стресів, пов’язанихіз проживанням у промислових зонах.

*Біологічні теорії*виділяють такі причини появи та розвитку шизофренії:

* Генетичні фактори (спадковість).Високий ризик захворіти мають люди, в яких є родичі-шизофреніки. Якщо хворіють на шизофренію батьки, брати чи сестри, то ризик захворіти становить 10 – 12%. Якщо хворіють дід, бабуся, дядько, тітка або кузени, – 5 – 6%.

Ризик захворювання для всиновленої дитини такий самий, як було б, якби ця дитина виховувалася біологічними батьками. Адже від біологічних батьків було передано у спадок схильність до захворювання на шизофренію.

* Біологічні фактори. Схильність до шизофренії на генетичному рівні передається або у формі біохімічного дефекту, або внаслідок порушення розвитку певної структури в ЦНС.

*Дофамінова гіпотеза*. Шизофренічну симптоматику пов’язують із відносним переважанням у лімбічній, а також кортикальній ділянках дофаміну порівняно з іншими нейротрансміттерами (речовинами, що передають нервовий імпульс) у синапсі (при контакті нейронів).

*Психонейроімунологічна гіпотеза.* Через наявну активацію імунної системи у хворих на шизофренію виникнення цього захворювання пов’язують із вірусним зараженням або з алергією на зміни в організмі хворого.

**3.** При підготовці третього питання слід вказати, що ***епілепсія*** – це хронічне захворювання головного мозку, яке характеризується стійкими розладами психіки у формі змін особистості або недоумкуватості. У дитячому віці на епілепсію страждають 0,5 – 0,8 % населення. Основним клінічним проявом епілепсії є напад.

*Епілептичний напад* характеризується неочікуваними, нетривалими (від кількох секунд до кількох хвилин) руховими, сенсорними, вегетативними або психічними симптомами, виникнення яких пов’язане з дуже сильними електричними розрядами нейронів головного мозку.

Медики розрізняють кілька видів таких нападів. Наприклад, абсанси (малі напади) є короткотривалими (від 1 до 15 сек) відключеннями свідомості без супутніх симптомів або з легкими судомами. Деякі види нападів притаманні тільки дітям. Передвісниками нападу, які з’являються за кілька днів або годин до нього, є погіршення сну, тривожність, зниження працездатності, дивні внутрішні відчуття, що не піддаються опису.

Після нападу хворий може заснути. Від звичайного фізіологічного сну такий сон відрізняється розслабленням м’язів кінцівок, сфінктера сечового міхура (відбувається самовільне сечовипускання), відсутністю деяких реакцій та рефлексів, появою патологічних рефлексів. Триває такий сон від кількох хвилин до декількох годин. Також після сну або замість нього може спостерігатися стан сплутаної або затьмареної свідомості. Хворий збуджений, намагається встати, кудись бігти, виконує прості стереотипні дії. Рідше цей стан супроводжується ілюзіями або галюцинаціями.

*Психічні розлади у дітей та підлітків при епілепсії*є досить різноманітними:

* *астенічні стани* (вони обумовлюються перенесеними органічними ураженнями головного мозку);
* *порушення психічного розвитку різного ступеня;*
* *девіантні форми поведінки;*
* *афективні розлади.*

Часто всі ці види розладів поєднуються між собою. Коротко охарактеризуємо усі перераховані розлади.

***Астенічні стани*** зазвичай є тлом, на якому розвиваються напади, –основною патопсихологічною симптоматикою (хворі дуже збудливі, чутливі до зовнішніх подразників, швидко втомлюються, мають порушення сну, головні болі).

***Порушення психічного розвитку*.** У деяких дітей, що страждають на епілепсію, зміни психіки не спостерігаються або є малопомітними. Легке зниження інтелекту спостерігається у 20 – 25 % хворих. Часто у хворих з легкими порушеннями мислення, пам’яті та здібностей немає розладів характеру. З’являється забудькуватість, труднощі у переключенні уваги, розумова загальмованість, легкі прояви олігофагії (зменшення словникового запасу), погіршення пам’яті, кмітливості. Усе це призводить до погіршення успішності в навчанні. Тоді за допомогою психологічного тестування можна виявити загальмованість психічних процесів, зниження рівня узагальнення й абстрагування. Більша частина дітей намагається за допомогою старанності компенсувати послаблення здібностей. Дехто помічає зміни в характері, стаючи більш грубим, упертим, агресивним. У 9 – 10% дітей проявляється виражена недоумкуватість.

***Девіантні форми поведінки***мають такі прояви:

* Психічна нестриманість. Діти збудливі, непосидючі, дратівливі, вередливі, агресивні. Бажання швидко змінюються, тому важко зрозуміти, чого саме дитина справді хоче. Нестриманість проявляється і в мовленні. На тлі органічних змін дефекти виховання призводять до того, що хворі не сприймають заборони або не реагують на них. Вони не здатні співпереживати, намагаються образити співбесідника, прагнуть познущатися зіслабших.
* Психічна загальмованість характеризується недостатньою активністю, нерішучістю, безініціативністю, недостатньою самостійністю, нездатністю до розв’язання найпростіших життєвих проблем. Хворим важко пристосуватися до життя, вони зазвичай стають безпорадними.
* Контрастна поведінка. Дитина в школі та в присутності лікарів є слухняною, намагається гарно вчитися, піклуватися про здоров’я. А вдома стає деспотом, знущається з родичів.
* Психопатизація особистості пов’язана з егоїзмом та егоцентризмом, завищеними вимогами до оточуючих, формуванням завищеної самооцінки, недостатньою вимогливістю батьків. Така дитина тероризує близьких, схильна до бездумних витрат, розгульної поведінки.
* Негативістська поведінка. Діти відмовляються від лікування, самі собі «виписують» нові, «кращі» ліки. Спостерігається аутоагресивність.

***Афективні розлади.*** Діти поводяться дуже емоційно, через це відбувається «перевантаження» психіки емоціями, тоді навіть нейтральне прохання або зауваження призводять до «спалахів». Афективна напруга заважає пристосуванню до оточення та спілкуванню. Такі діти досить часто конфліктують.

Слід зауважити, що близько 20% дітей, хворих на епілепсію, мають невротичні розлади. Епілепсія ослаблює психіку й організм, знижує витривалість, дітям важче долати труднощі. Також хворі мають труднощі із соціальним оточенням: дорослі й діти не сприймають їх як активних учасників ігор, навчання, спілкування. Хворі боятьсяпобоїв і знущань з боку однолітків, переживають через неуспішність в школі. Найчастіше в таких випадках розвивається істерія: хворі страждають на істеричні напади, сліпоту, астазію та абазію (нездатність стояти і ходити), паралічі, фантазування та ін..

*Патопсихологія епілепсії*

Хворим на епілепсію притаманні:

• *Сильний інстинкт самозбереження*. Поведінка хворого є егоїстичною, адже всю увагу він спрямовує на себе, на задоволення власних потреб. Відбувається постійне підкреслення власних позитивних якостей, при цьому зменшується цінність учинків інших та критикується оточення. Зазвичай хворі багато говорять про себе, намагаються максимально використати людей та обставини. Постійно відмовляються від суспільних доручень, адже це не приносить користі.

• *Загальмованість реакцій* призводить до того, що переважає настрій із підвищеною дратівливістю. Хворим притаманні педантизм, консерватизм, їм важко переходити до нового темпу роботи.

• Досить гарно розуміючи зміст сприйнятого, хворий *довго передає інформацію*, «застрягає» на деталях, робить тривалі паузи.

• Між нападами *увага досить стійка,* її порушення пов’язані з перепадами настрою або появою нападів. Суттєво знижується переключення уваги, тому хворому досить важко перейти від одного виду діяльності до іншого.

• *Порушення словесної пам’яті*. Особливо розладнується довготривала пам’ять. Зорова пам’ять працює досить добре. Слід ураховувати, що ефективність процесу запам’ятовування тісно пов’язана зі станом хворого.

• *Розлади мовлення* (досить поширені). Наприклад, через *олігофагію* (неспроможність назвати звичайний предмет, знайти потрібне слово для вираження думки) утруднюється спілкування. Можуть постійно використовувати (не завжди доречно) зменшено-пестливі слова та дієприслівники. Коли не вистачає слів, використовують жести. Не можуть переказати прочитаний текст, бо мають розлади пам’яті та мовлення.

*• Утруднення процесу логічного мислення* (важко знайти схожість у предметах, порушується процес узагальнення). Більш ефективно працюють із конкретним матеріалом. Серед розладів мислення наявні персеверації, застрягання, схильність до повторень, неможливість стисло формулювати думки. Ці розлади виникають на тлі загальних змін особистості хворого.

• *Бідність уяви*. Погано визначають об’єкти на незакінчених малюнках, не здатні створити розповідь на задану тему.

*• Розлади емоційно-вольової сфери.*Дуже потерпають через свою хворобу, соромляться її, страждають через власну неповноцінність та прагнуть отримати компенсацію. Не люблять критики, сердяться через невдачі, прагнуть помститися. Досить чемно ставляться до старших, але не пробачають зауважень. Зазвичай ні з ким не дружать. Маленькі діти можуть досить легко переходити від злоби до ніжності – і навпаки.

Частина хворих – активні, цілеспрямовані, працездатні, акуратні, відповідальні, прагнуть гарно завершити роботу. Але що більше труднощів виникає на шляху, то більш агресивними стають хворі при взаємодії.

*Психолого-педагогічна корекція психічних порушень*

Корекцію змін психіки при епілепсії у дітей проводять залежно від форми порушень, ступеня їх прояву та віку хворих. Ця корекція має бути комплексною, з урахуванням обов’язкового медикаментозного лікування. Необхідно створити сприятливе мікросоціальне середовище та залучити психотерапевта.

Виховання дітей-епілептиків слід починати зі створення позитивного емоційного клімату в сім’ї. Батькам слід пояснити, як найбільш ефективно взаємодіяти з дитиною, піклуватися про неї, виконувати поради психолога, педагогів, лікарів. Це дасть надію на сприятливий прогноз перебігу хвороби. Слід наголосити, щоб дитина не відчувала надмірної опіки, бо в такому разі виникає іпохондрична фіксація на своїй хворобі, втрачається ініціатива, знижується самооцінка, дитина стає нездатною подолати навіть типові шкільні і життєві труднощі. Не слід обмежувати фізичну активність, активний відпочинок. Дитина має знати про свою хворобу, щоб дорослішати з усвідомленням необхідності постійного піклування про стан власного здоров’я. Також слід проінформувати вихователів та вчителів про допомогу, яку слід надати у разі нападу. Особливу увагу слід приділяти профілактиці нападів. Зменшення кількості стресів, виключення можливих факторів-провокаторів (порушення режиму харчування, хвороби та ін.) позитивно впливають на стабільність стану хворого. Особливу увагу слід приділяти стабілізації емоційноїсфери дитини. Зокрема, слід пояснити, що не треба боятися власної хвороби, треба навчитися жити з нею, дотримуватися власного індивідуального режиму, не нервувати зайвий раз. Таким дітям не забороняється брати участь у роботі класу, житті школи, хатніх клопотах.

Час від часу виховний процес доповнюється роботою психотерапевта. Зазвичай метою роботи спеціаліста є подолання песимістичного ставлення до свого захворювання, сором’язливості, почуття неповноцінності, а також необхідність корекції невротичних проявів або поведінкових порушень.

***Індивідуальна раціональна психотерапія*** рекомендована при розв’язанні окремих конкретних проблем хворого. Наприклад, за негативного ставлення з боку однолітків аналізуються ті аспекти поведінки, які можуть викликати таке ставлення з боку оточення, відбувається їх корекція. Також триває напрацювання адекватних реакцій на складні життєві ситуації й обставини, протидія виникненню мстивості, агресії відносно тих, хто прагне образити. Під час ***групової психотерапії*** моделюються поведінка й реакції у значимих для хворого ситуаціях, що допомагає зменшити емоційне напруження, набути досвіду розумного подолання конфліктів. ***Сімейна психотерапія*** допомагає, зокрема, виправити неправильний розподіл ролей у сім’ї, поглибити взаємостосунки між її членами.

**4**. Висвітлення четвертого питання слід розпочати з визначення поняття «невроз» та характеристики основних причин виникнення та розвитку неврозів.

**Неврозами, або невротичними розладами особистості,** в сучасній психологічній та психіатричній літературі називають:

• Функціональні розлади психічної діяльності, що виникають як реакція на значущі психотравмуючі події (конфлікти) та обумовлені недосконалістю механізмів психологічного захисту й неспроможністю до антиципації.

• Реакцію особистості на несприятливу життєву ситуацію. Розладів особистості (свідомості та пам’яті)при цьому не виникає.

• Психогенний (як правило, конфліктогенний) психічний розлад, що виникає в результаті порушення особливо значущих життєвих відносин (та взаємовідносин) людини та проявляється у формі розладу нервово-вегетативних функцій, у зв’язку з чим переважає соматична симптоматика.

Психічні зміни виражаються у формі простих емоційних порушень та підвищенні виснажуваності психічних функцій. При неврозах патологічні явища є зворотними.

*Біологічний, психологічний та соціальний фактори, що спричиняють виникнення і розвиток неврозів*

За даними деяких російських патопсихологів та психіатрів, неврози виявляються у 45% дітей із нервово-психічними розладами. Найбільша кількість невротиків – серед дітей шкільного віку, особливо серед підлітків. У хлопців невротичні розлади діагностуються майже у півтора раза частіше, ніж у дівчат. «Пусковим механізмом» для розвитку неврозу є психічна травма. Вчені вказують, що є як генетична, так і набута схильність до появи неврозів.

*Біологічні чинники*. Спадковість суттєво впливає на можливість розвитку неврозу. Наприклад, патологічна вагітність чи аномальні пологи сприяють виникненню схильності до неврозів. Якщо дитина страждає на соматичні захворювання, це теж може спричинити невроз.

*Психологічні фактори*. За наявності акцентуацій характеру зростає вірогідність виникнення та розвитку неврозів. Психічні травми в дитинстві (наприклад, втрата батьків), хвороби батьків, довга розлука з ними, конфлікти між близькими людьми створюють підґрунтя для виникнення неврозів.

*Соціальні причини.* Конфліктогенна ситуація в батьківській сім’ї (розлучення батьків, народження в позашлюбній сім’ї, виховання прийомними батьками, материнська депривація, неправильне виховання, в т. ч. статеве (пуризм або розпуста) сприяють розвитку невротичної особистості.

**5.** У межах п'ятого запитання слід розкрити основні форми неврозів, що виділяють упсихіатричній практиці: неврастенія, істеричний невроз, невроз нав’язливих станів.

**Неврастенія**, або астенічний невроз, є найбільш розповсюдженою формою неврозів. Її причиною вважають надмірне та тривале фізичне або розумове навантаження, пов’язане з негативними емоціями, що призводить до виснаження нервової системи. Ознаками неврастенії є слабкість, підвищена збудливість та втомлюваність, зниження загального самопочуття, підвищена виснажуваність, постійна втома, знижена продуктивність праці, ангедонія, головні болі, запаморочення, почуття внутрішньої напруги, порушення сну (вночі важко заснути, а вдень хочеться спати). Причинаастенічного неврозу – психологічний конфлікт, виникнення суперечностей між можливостями особистості та завищеними вимогами до себе.

**Істеричний невроз,** або істерія, є неврозом, симптоматика якого ґрунтується на підвищеній емоційності та навіюваності. У клініці часто описують «втечу у хворобу». В істериків високі вимоги до оточення та до світу загалом, які неможливо задовольнити. Симптоми істерії дуже різноманітні та мінливі.

Прояви істерії:

* Психічні – втрата спогадів, страхи, іпохондричні прояви, звуження свідомості, сновидні переживання, галюцинації.
* Моторні – паралічі, парези, порушення ходіння, спазми, аутизм.
* Сенсорні – сліпота, глухота, гіпостезії, гіперестезії, парестезії.
* Вегетативно-соматичні – порушення діяльності серця, органів дихання, шлунково-кишкового тракту, статевої системи, сексуальні розлади.

Істерики можуть демонстративно скаржитися, аби на них звернули увагу; вони підкреслюють незвичність, важкість хвороби. Вимагають багато уваги, особливих спеціалістів, особливо ніжного догляду. Істерична симптоматика частіше виникає в істероїдних особистостей або на тлі наявних негрубих органічних порушень ЦНС.

Метою психотерапевта є подолання психологічного конфлікту: істерик занадто завищує претензії, недооцінює реальні обставини або умови життя. Вимоги до оточення надто високі, а у ставленні до себе знижені, критика власної поведінки відсутня.

**Невроз нав’язливих станів** також називають *обсесивно-компульсивним розладом, фобічним неврозом*; його основною ознакою є наявність нав’язливих станів. У хворого раптово виникають думки, уявлення, спогади, страхи, дії, що не пов’язані на момент розмови зі змістом свідомості. Тому хворий сприймає їх як чужі, емоційно неприємні, однак розуміє, що вони є його власними думками, спогадами та ін. Критичне ставлення до них спонукає хворого боротися з цими хворобливими явищами. Зазвичай подолати нав’язливі стани хворим не вдається або вдається лише на короткий час. Інколи за допомогою певнихритуалів пацієнти намагаються захиститися від можливих нещасть та невдач.

В основі виникнення фобічного неврозу – конфлікт, що виникає внаслідок суперечностей між внутрішніми тенденціями, прагненнями, потягами та потребами особистості й обов’язками і моральними принципами людини. Лікування має бути спрямоване на ліквідацію основного психологічного конфлікту між внутрішніми тенденціями і потребами та обов’язками або моральними принципами.

*Функціонування пізнавальних процесів, свідомості та самосвідомості при неврозах*

Психологічні, патопсихологічні, психопатологічні особливості основних психічних захворювань стосуються функціонування практично всіх пізнавальних процесів та індивідуально-психологічних параметрів загалом. А при неврозах можуть порушуватися:

1. *Пам’ять*. Порушення пам’яті є одним з характерних та частих, але неспецифічних проявів при невротичних розладах. Часто розладнується механічне запам’ятовування. Мнестичні аномалії у хворих на невроз пов’язані з патологічними емоційними станами (Б.І. Каменецька). В.Д. Менделевич зазначає, що крім запам’ятовування, страждають ще відтворення та забування.
2. *Мислення*. Розлади мислення не є специфічними для невротичних розладів. Логіка практично не порушується. При невротичній депресії мислення уповільнюється, інколи з’являються нав’язливі думки, спогади.
3. *Інтелект*. Як зазначав Айзенк, у людей із середнім рівнем інтелекту невроз розвивається рідше, ніж у тих, хто має інтелект вищийабо нижчий за середній.

S. Bachнаголошував, що інтелектуальна сфера та пізнавальні процеси невротиків характеризуються низкою особливостей, зокрема, досить низькою здатністю до навчання та засвоєння нової інформації. Блейєр зауважував, що у невротиків та психопатів спостерігається «відносна недоумкуватість», тобто практична безпорадність при формальній відсутності в них розладів мислення та інтелекту. Може спостерігатися контраст між формально високим інтелектом та безпорадністю при розв’язанні практичних життєвих завдань. В.Д. Менделевич акцентує, що неврогенез є результатом нездатності особистості передбачати перебіг подійта власну поведінку в ситуації, що викликає фрустрацію; тобто у невротиків виявляється нездатність до антиципації. Особистість, схильна до невротичних розладів, виключає з антиципаційної діяльності небажані події та вчинки, орієнтуючись лише на бажані. Тому, потрапляючи у непередбачувану ситуацію, людина не завжди адекватно вчиняє та поводиться, що призводить до фрустрації.

1. *Увага*. Розлади уваги не є специфічними для невротичних розладів.Їх поява пов’язана з основними проявами хвороби. Зазвичай порушуються концентрація та стійкість уваги, з’являється швидка виснажуваність уваги, уповільнюється переключення. Клінічні розлади уваги проявляються в розсіяності, неможливості зосередження на певній діяльності, швидкій утомлюваності.
2. *Емоції*. Розлади емоцій – одна з основних ознак різних форм невротичних розладів. Часто у невротиків виникають депресія, астенія, страхи та фобії, ангедонія, тривога, нудьга, образи, розчарування, гнів.
3. *Воля* та мотивація. Цій сфері приділяли багато уваги фрейдисти та неофрейдисти. Карен Хорні описала 10 невротичних потреб. Розглянемо деякі з них: потреба в любові та схваленні; потреба в підтримці, бажання мати сильного партнера, що опікується, позбавляє від страху бути покинутим, самотнім; потреба володарювати, домінувати, бути лідером, але не брати на себе відповідальності; потреба у публічному визнанні, захопленні.

Зовнішній локус контролю невротичної особистості зумовлює постійну залежність від «значимих інших», конформність щодо загальноприйнятних традицій та авторитетів, підвищену тривожність та вразливість у ситуації неуспіху. Успіх у таких людей не пов’язується з власними здібностями: вони вважають, що їм «пощастило». Легко впадають у депресію, у них нестабільний образ «Я» та самооцінка, низький рівень самоповаги. Соколова зазначає: невротик має високий ступінь егоцентризму та характеризується споживацькою орієнтацією особистості. Така людина постійно чимось незадоволена, потреби невротика не мають стійкої опредметненості, тому часто можуть існувати у формі нав’язливого потягу, а не соціально опосередкованого зрілого мотиву. Характерним також є наявність фрустрованих потреб. Наприклад, фрустрована потреба в любові може проявлятися у свідомості як ворожість, відмежування від оточуючих.

Отже, потребово-мотиваційний аспект невротичних розладів та вивчення неврогенезу відображають підвищену значимість емоційно-вольового комплексу для процесів особистісного зростання, адаптації психічно здорової особистості, особливостей її дисгармонійного розвитку, причин та факторів, що призводять до невротичних змін у поведінці.

1. *Свідомість та самосвідомість.* Розладів свідомості в патопсихологічному та психопатологічному розумінні у невротиків не спостерігається. Типовими можна вважати лише деякі порушення самосвідомості та самооцінки.

Розлади інших сфер психічної діяльності (наприклад, відчутгів, сприймань) не є типовими для неврозів.

Вивчення особистості невротика є актуальною проблемою сучасної психології. Необхідно постійно вдосконалювати діагностичні методи, розробляти патогенетичну терапію й методи реабілітації.

*Особливості неврозів у дітей.*Своєрідність клінічної картини неврозів залежить від віку дитини. Зазвичай дитячі неврози характеризуються моносимптомністю; їх виникнення та розвиток пов’язані з ураженням ослаблених хворобами або недостатньо сформованих органів та систем. Зазвичай спостерігаються сомато-вегетативні прояви, різні форми порушень поведінки (розгальмовуються найбільш примітивні способи пристосування: порушуються харчова та самозахисна поведінка). Можуть легко закріплюватися незрілі форми реагування (наприклад, пасивно-захисна реакція – страх).

У дітей до трьох років переважає сомато-вегетативна симптоматика,що зазвичай виникає у 6 – 7 місяців (інколи раніше). Діти постійно лякаються, плачуть, вимагають постійної присутності матері, їх лякають нові обличчя та іграшки, вони мають порушення сну, розлади шлунково-кишкового тракту, швидко стомлюються, схильні до реакцій протесту. У 2 – 4 роки проявляються порушення поведінки, серед яких виділяють активні (спалахи збудження, агресія) та пасивні (енурез, анорексія, закрепи, аутизм) реакції протесту. У 6 – 8 років невротичні розлади стають більш різноманітними (системні неврози, енурез, заїкання, а також т. зв. «шкільні неврози» – страх ходити до школи та пов’язані з цим блювота, анорексія, головні болі). З’являються розлади поведінки – дитина перестає слухатися дорослих, стає схильною до бійок. У передпубертатний період реакції протесту набувають рис надцінних утворень (наприклад, дитина тікає з дому). У період статевого дозрівання спостерігаються іпохондричні стани, підвищується схильність до виникнення надцінних ідей, різні форми імітаційної поведінки (наслідує дорослих).

**6.** Шосте запитання передбачає висвітлення органічних психічних розладів.До нихвідносять деменції при атрофічних процесах кори головного мозку – хворобах Альцгеймера, Піка; судинні деменції, а також психічні розлади різного ступеня прояву. Найбільший інтерес для клінічної психології та патопсихології становлять деменції, за яких проявляється низка нейропсихологічних патопсихологічних симптомів. Досить детально органічні психічні розлади описані В.М.Блейхером.

*Увага*. При деменціях передовсім вражається активна увага: порушуються її концентрація, обсяг, розподіл.

*Пам’ять*. Найбільш типовими для деменцій є мнестичні порушення. Досить сильно розладнується запам’ятовування (при виконанні тесту на перевірку короткотривалої й оперативної пам’яті (із 10 слів хворий може запам’ятати та відтворити 2 – 3 слова). Яскравим клінічним проявом розладів пам’яті при деменції є фіксаційна амнезія.

*Мислення*. Типовим для деменції є зниження рівня узагальнення.

*Мовлення*. Розлади мовлення є типовою ознакою деменції. Залежно від виду деменції мовлення порушується по-різному. При хворобі Піка типовим є симптом «грамофонної платівки» (стереотипне повторення слів, уривків фраз). При хворобі Альцгеймера виникає семантична афазія.

***Запитання для перевірки та самоконтролю***

* Які Вам відомі різновиди розладів особистості?
* Невроз розглядають як:а)реакцію особистості на несприятливу ситуацію в особистому житті та професійній діяльності;б) астенічний стан будь-якого походження;в)реакцію особистості на соматичне захворювання.
* Які ознаки та форми шизофренії Ви знаєте?
* Які існують форми неврозів?
* Які симптоми шизофренії у підлітків Ви можете назвати?
* Якийіз розладів особистості описано?При цьому розладі спостерігається чудернацька поведінка, аномалії мислення та емоцій (як при шизофренії), але на жодній стадії розвитку відсутні характерні для шизофренії порушення.Описано:а) психастенічний розлад особистості;б) латентну шизофренію;в) тривожний розлад особистості;г) гебефренічну форму шизофренії.
* Які органічні психічні розлади Ви можете охарактеризувати?

**Рекомендована література**

1. Арапетянц М.Г. Неврозы в эксперименте и клинике / М.Г. Арапетянц. – М. : Наука, 1982.– 272 с.
2. Виходцева O.A. Невротичні розлади особистості: психотерапевтична допомога при неврозах // Психолог. – 2007. – № 41 (281).– С. 20 – 24.
3. Виходцева O.A. Патопсихологія : навч. посіб. / О.А. Виходцева. – К. : Вид-во НПУ ім. М.П.Драгоманова, 2013. – 208 с.
4. Діденко C.B. Психологія сексуальності і сексуальних стосунків: навч. посіб. / С.В. Діденко. – К.: Аристей, 2004. – 321 с.
5. Зейгарник Б.В. Патопсихология : учеб. пособ.[для студ. высш. учеб. заведений] / Б.В.Зейгарник. – 2-е изд., стереотип.– М. : Академия, 2003.– 208 с.
6. Мартинюк I.A. Патопсихологія: навч. посіб. / І.А.Мартинюк. – К.: Центр учбової літератури, 2008. – 208 с.
7. Патопсихологія: навч. посіб.[для студентів вищих навчальних закладів] / С.Д. Максименко, А.П. Чуприков, Є.М. Прокопович, І.В. Рожкова, С.О. Лобанов – К. : ТОВ «КММ», 2010. – 210 с.
8. Семенович A.B. Введение в нейропсихологию детского возраста : учеб. пособ. / А.В.Семенович. – М. : Генезис, 2005. – 319 с.
9. Скотна Н. Тлумачний патопсихологічний словник / Н. Скотна, В. Стець. – Дрогобич: Редакційно-видавничий відділ Дрогобицького державного педагогічного унверситету імені Івана Франка, 2006. – 150 с.

**Тема №14. Психологія девіантної поведінки**

**План**

1. Загальна характеристика девіантної поведінки.
2. Типи та клінічні форми девіантної поведінки.
3. Зловживання речовинами, що призводять до виникнення станів зміненої психічної діяльності.
4. Порушення харчової поведінки, аномалії сексуальної поведінки, надцінні захоплення та комунікативні девіації.

**Концептуальний виклад та методичні поради**

1. Розкриваючи перше запитання, необхідно з’ясувати психологічні особливості девіантної поведінки.

**Девіантна поведінка** – це система вчинків або окремі вчинки, що суперечать прийнятним у суспільстві нормам (правовим, етичним, естетичним). Основними видами девіантної поведінки є злочинність, алкоголізм, наркоманія, суїцид, проституція, соціальні девіації.

У наш час не існує єдиного підходу до вивчення та пояснення девіантної поведінки. Е.Дюркгейм та його послідовники зазначають, що за нормальних умов функціонування соціальної організації така поведінка насправді малопоширена, але в умовах соціальної дезорганізації, коли нормативний контроль слабшає, вірогідність прояву девіацій зростає. До ситуацій соціальної дезорганізації можна віднести стрес, внутрішньогрупові та міжгрупові конфлікти, різкі зміни у суспільстві.

Згідно з теорією аномії (Р.Мертон), девіантна поведінка проявляється, якщо за наявності спільних цілей засоби їх досягнення не є загальнодоступними, а для деяких соціальних груп та окремих особистостей –узагалі недоступними.

Відповідно до позиції представників концепції соціалізації, девіантами стають ті індивіди, соціалізація котрих відбувається у середовищі, де насилля, аморальність, агресія вважаються нормою (або суспільство ставиться до насилля та агресії досить толерантно).

За концепцією стигматизації, що була популярною у 60-ті роки XX століття, девіантна поведінка як наслідок негативної соціальної оцінки, «навішування» на індивіда ярликів на кшталт «наркоман», «п’яниця», «брехун», «вічний невдаха». Крім навішування ярликів, суспільство намагається виправити, вилікувати, ізолювати девіанта, що призводить до виникнення опору й погіршення ситуації.

*Девіантна поведінка та соціалізація й асоціалізаціяособистості*

**Соціалізація**– процес перетворення людини на суспільного індивіда, утвердження її як особистості, включення в суспільне життя як активної діяльнісної сили. У вузькому розумінні соціалізацію розглядають як процес включення людини до певної соціальної групи або спільноти.Соціалізація постає одним з провідних процесів формування особистості.

***Сферами соціалізації*** особистості є *діяльність* (засвоюються нові види діяльності), *спілкування* (розширюється коло спілкування, збагачується його зміст, поглиблюється розуміння інших людей, розвиваються навички ефективного спілкування), *самосвідомість* (відбувається формування власного «Я» як активного суб’єкта діяльності, особистість усвідомлює свою соціальну приналежність, соціальні ролі, формується самооцінка).

Людина надає великого значення встановленню та розвитку міжособистісних стосунків. Офіційність або неофіційність контактів, їх особиста значущість та емоційна насиченість є основою для впливу міжособистісних стосунків на особистість та її соціалізацію (яке місце людина посідає у групі, чи має авторитет, товаришів, можливість отримати підтримку, чи є умови для розвитку особистості).

Процес соціалізації постійно супроводжується необхідністю вибору людиною однієї з альтернатив поведінки, різноманітними реакціями у взаємодії з окремими людьми та соціумом. Але, крім соціалізації,під час взаємодії може відбуватися **асоціалізація**(засвоєння особистістю норм, цінностей, негативних ролей, стереотипів поведінки, які призводять до деформації суспільних відносин, вносять дисгармонію у взаємодію людини та суспільства). Проявом асоціалізації є **девіантна поведінка** – система вчинків, що відрізняються від загальноприйнятних у суспільствінорм права, культури, моралі.

Якщо людина не може адаптуватися до умов перебування в суспільстві, у неї відбувається ***соціально-психологічна дезадаптація***(вона може виникнути внаслідок стресів, фізичних і психічних захворювань, емоційних переживань, конфліктів тощо). Крайніми проявами патологічної дезадаптації є *агресивна поведінка, суїцид (самогубство).*

**2.** Вивчаючи друге питання, проаналізуємо типи та клінічні форми девіантної поведінки.

До типів девіантної поведінки слід віднести:

1. ***Делінквентну поведінку*** – різновид кримінальної поведінки. Делінквентні особи схильні до правопорушень, злочинноїдіяльності. Але їх дії не є злочином, бо мають іншу мотивацію. Прикладиделінквентних дій: поцілити з балкона у «жертву» яйцем, залізти напам’ятник («А чи зможеш ти так зробити?»).
2. ***Адиктивну поведінку*** – втечу від реальності шляхом використання психостимуляторів. У зміненому стані свідомості людині стає цікавіше жити. «Пересічний громадянин» є антиподом адиктивної особистості. Такі люди погано пристосовуються до життєвих обставин, але спокійно переносять кризові ситуації. Прагнення брехати, зовнішня соціабельність поєднуються зі страхом емоційної прив’язаності, стереотипністю поведінки, тривожністю.
3. ***Патохарактерологічну поведінку,*** обумовлену патологічними змінами характеру, що сформувалися у процесі виховання. Цей тип девіантної поведінки включає розлади особистості (психопатії) та яскраво виражені акцентуації характеру. Дисгармонійність характеру призводить до зміни всієї психічної діяльності людини. Домінує потреба маніпулювати оточуючими та контролювати їх *(істерична психопатія)*; тенденція до домінування, нетерпимість до протидії з боку оточення *(емоційно-нестійкий розлад особистості)*; прагнення уникнути перенапруги, стресів, зберегти звичні (стереотипні) форми взаємодії з оточенням (психоастенічна психопатія).

Також до патохарактерологічних девіацій відносять невротичний *розвиток особистості*– патологічні форми поведінки та реагування, сформовані упродовж неврогенезу на базі невротичних симптомів і синдромів. Девіації проявляються у вигляді невротичних нав’язливих ідей та ритуалів, що охоплюють усю життєдіяльність людини.

Крім цього, до патохарактерологічної поведінки відносять *поведінку, що ґрунтується на символізмі та забобонних ритуалах* (вчинки людини залежать від міфологічного та містичного сприйняття навколишнього світу).

***Психопатологічний тип девіантної поведінки*** ґрунтується на психопатологічних симптомах та синдромах, що є проявами певних психічних захворювань. Мотиви психічно хворої людини залишаються незрозумілими, допоки не будуть виявлені основні ознаки психічних розладів. Наприклад, у пацієнта можуть проявлятися відхилення у поведінці внаслідок наявності ілюзій або галюцинацій.

Різновидом адиктивної, патохарактерологічної та психопатологічної поведінки є ***саморуйнівна (аутодеструктивна) поведінка***. Діяльність та поведінкові реакції спрямовуються людиною не на особистісний розвиток та гармонійну взаємодію з оточенням, а на деструкцію особистості. Агресія спрямовується на себе (аутоагресія), а дійсність розглядається як опозиційне, вороже середовище. Аутодеструкція проявляється у вигляді суїцидальної поведінки, наркотизації,алкоголізації. Мотивами саморуйнівної поведінки постають адикції та нездатність залагоджувати проблеми з оточенням, патологічні зміни характеру, психопатологічні симптоми і синдроми.

***Девіації, обумовлені гіперздібностями людини.*** Якщо людина має обдарованість, талант або геніальність і може проявити їх у певній сфері діяльності, то девіації її поведінки слід розглядати як такі, що обумовлюються гіперздібностями. Талановита людина (наприклад, талановитий митець) може проявити себе абсолютно нездатною розв’язувати побутові проблеми, правильно розуміти й оцінювати вчинки інших, може стати залежною від оточення через надмірну довірливість,*ігнорувати реальність.*

*Клінічні форми девіантної поведінки:*

* агресія;
* аутоагресія;
* зловживання речовинами, що призводять до виникнення станів зміненої психічної діяльності (алкоголізація, наркотизація та ін.);
* порушення харчової поведінки (переїдання, голодування);
* аномалії сексуальної поведінки (девіації та перверсії);
* надцінні психологічні захоплення (трудоголізм, гемблінг, колекціонування, «параноя здоров’я», фанатизм (релігійний, спортивний, музичний та ін.));
* надцінні психопатологічні захоплення («філософська інтоксикація», сутяжництво та кверулянтство, різновиди маній (клептоманія, дромоманія та ін.);
* характерологічні й патохарактерологічні реакції;
* комунікативні девіації (аутизація, гіперкомунікабельність, конформізм, псевдологія, нарцисична поведінка та ін.);
* аморальна поведінка;
* неестетична поведінка.

Далі буде подано характеристику перелічених клінічних форм девіантноїповедінки.

*Агресивна поведінка* ображає, принижує інших людей. Також агресією називають сильну активність, прагнення до самоствердження. Як зазначає Л.Е. Орбан-Лембрик, **агресія**– індивідуальна або групова форма деструктивних дій чи поведінки особистості, спрямована на використання сили, нанесення фізичної або психологічної шкоди людям та яка суперечить нормам існування у соціумі. Серед форм агресивних реакцій можна виділити ***фізичну*** (використання фізичної сили проти іншої особи), ***вербальну*** (висловлення негативних почуттів через крик, сварку, погрози, прокляття), ***непряму*** (дії, спрямовані на завдання емоційної шкоди іншій особі непрямим шляхом: плітки, злі жарти, спалахи гніву), ***негативізм*** (опозиційну манеру поведінки).

Агресію як прояв сильної активності можна спрямувати в конструктивне русло, перетворивши її на спортивний азарт («Явам доведу, що можу виконати це завдання краще!»), виконавши важку фізичну роботу(наприклад, нарубавши дрова, пересунувши меблі). Також досить ефективному врегулюванню агресії сприяють регулярні заняття спортом. До поліпшення емоційного стану приводять прогулянки із собакою, що передбачають постійні активні рухи.

***Деструктивна агресія*** спрямована на руйнування матеріальних та духовних цінностей суспільства, завдання фізичної або психологічної шкоди іншій людині, а також на саморуйнування. Таку агресію нейтралізувати значно складніше. Однією з ознак деструктивної агресії є некерованість моральних переконань особистості. Наприклад, сильне бажання помститися за образу (реальну або уявну) спонукає людину шукати безліч способів покарати «винного», інколи забуваючи про загальнолюдські цінності.

Агресивність є однією з характеристик поведінки; інколи людина навіть не помічає, що деякі з її поведінкових реакцій є агресивними та шкодять оточуючим. Особливу увагу таким реакціям слід приділяти у разі сімейної взаємодії. Адже, стримуючись у суспільстві (наприклад, на роботі або при спілкуванні з однокласниками), дехто може «розслабитися» вдома, внаслідок чого страждають близькі люди. Зазвичай так вчиняють невротичні особистості, але до конфліктної взаємодії в сім’ї схильні не тільки невротики, а й підлітки: в період дорослішання рівень домагань значно відрізняється від рівня можливостей, а прагнення самоствердження в колі однолітків домінує. Провідною діяльністю підлітків є інтимно-особистісне спілкування, тобто бажання бути «своїм», «крутим»,передовсім у групі однолітків. Але в той же час батькамнеобхідно визнати, що підліток має право поводитися як дорослий. Із боку батьків дорослість означає насамперед відповідальність за свої вчинки, повагу до інтересів сім’ї, визнання правил поведінки в суспільстві. Підліток сприймає дорослість як можливість мати всі права дорослої людини та володіти атрибутами дорослого життя (гроші, гарний одяг; можливість пізно повертатися додому, палити, вживати різноманітні напої, цікавість до різноманітних аспектів сексуального життя). Конфлікт між прагненнями та можливостями має для підлітка руйнівні наслідки, адже критичний період може завершитися підлітковою кризою, яку важко переживає вся сім’я.

У цей час значну підтримку і дітям, і батькам можуть надати патопсихологи, сімейні та шкільні психологи. Залежно від завданьпсихолога добирається низка методик, що взаємодоповнюють одна одну. Арсенал психотехнік, що застосовуються спеціалістами для подолання емоційно-поведінкових розладів, є досить широким. Зокрема, використовуються тренінгові заняття, психологічні ігри та вправи, заняття з арт-терапії, аутотренінг.

Як зазначає Н.О. Сакович, поєднання ігрової й арт-терапій є вдалим саме при роботі з агресивними підлітками завдяки таким перевагам:

* відсутність дискримінації за будь-якими ознаками;
* можливість невербального спілкування (діти з неблагополучних сімей не завжди мають достатньо високий рівень володіння мовленням);
* можливість актуалізувати латентні ролі і стани, ті форми поведінки, що перебувають у витісненому вигляді або мають слабкий прояв у повсякденному житті підлітка;
* можливість вільного самовираження та самопізнання.

Завдяки різноманітним психологічним іграм та вправам діти, підлітки, юнаки й дорослі мають можливість відреагувати та зрозуміти свої емоції й почуття, зробити образ «Я» більш гармонійним, реалізувати творчі здібності.

*Аутоагресивна поведінка* спрямована на себе (може бути вербальною і фізичною). Аутоагресивна поведінка проявляється у двох формах: самогубстві (суїцидальна поведінка) та самоушкодженні (парасуїцидальна поведінка).

Дюркгейм та його послідовники зазначають, що існують три типи суїцидальної поведінки:

1. Анатомічна суїцидальна поведінкапростежується в осіб психічно здорових; вона виникає як реакція особистості на непереборні труднощі в житті, а також на події, що викликають фрустрацію (наприклад, при діагностуванні раку). Також анатомічний тип суїцидальної поведінки проявляється у випадках, коли особа не здатна розв’язати життєво важливі світоглядні або моральні проблеми (скажімо, особа, не здатна до насильства, не може вбити когось, хоча її до цього змушують; тому обирається суїцид як вихід).
2. Альтруїстичний тип суїцидальної поведінкипритаманний людям, орієнтованим на високі ідеї, що звертають більше уваги на благо інших, ніж на свої інтереси. Цей тип суїцидальної поведінки може спостерігатися і у психічно здорових, і у психічно хворих людей.
3. Егоїстичний тип суїцидальної поведінки є варіантом ставлення до оточення і виникає як відповідь на завищені вимоги соціуму. Індивід вирішує піти з життя через занадто сильний тиск та контроль з боку оточення. Спостерігається в осіб із патологіями характеру (акцентуаціями й розладами особистості), в одинаків, відчужених, у тих, хто відчуває власну непотрібність.

Можливими є індивідуальна, групова та масова форми самогубства. Щодо способів самогубства, то їх досить багато: людина може повіситися, задушитися, втопитися, отруїтися, спалити себе, застрелитися, стрибнути з висоти або кинутися під транспортні засоби, перестати вживати їжу та ін.. Вибір способу самогубства залежить від соціальних, культурно-історичних, релігійних, естетичних, ситуаційних моментів та індивідуально-психологічних особливостей людини. Також на вибір способу суїциду впливають естетичні смаки самогубця.

*Парасуїцидальні дії* проводяться з метою виходу зі стану беземоційності, пригніченості за допомогою афективно-шокових переживань.

Особливу групу осіб з аутоагресивною поведінкою становлять психічно хворі. Адже вибір їх поведінки зумовлюється їх психопатологічними особливостями. Також специфічну групу складають особи, що здійснюють групові та масові факти суїциду через релігійні уявлення. Їх мотив розчиняється у груповому мотиві – принести себе в жертву заради спільної цілі, високої ідеї. Така поведінка зазвичай спостерігається при релігійному фанатизмі.

**3.**У третьому питанні радимо зосередитися на характеристиці речовин, зловживання якими призводить до виникнення станів зміненої психічної діяльності.

Девіантна поведінка, яка передбачає зловживання речовинами, що призводять до виникнення станів зміненої психічної діяльності, виникнення психічної та фізичної залежності від цих речовин, є найбільш розповсюдженою. У людини відбуваються значні зміни в ієрархії цінностей, суттєва особистісна деформація.

Мотивація вживання алкогольних та наркотичних речовин доситьрізноманітна (Ц.Короленко, Т.Донських):

– *атарактична :*пов’язана з прагненням уживати алкоголь (чи наркотик) з метою позбутися емоційного дискомфорту;

*– гедоністична* є продовженням атарактичної, але алкоголь вживається не тому, що «душа болить», а задля підвищення настрою та «поліпшення тонусу». Ця мотивація має місце при делінквентній, адиктивній, патохарактерологічній, психопатологічній поведінці; але найбільш типовою вона вважається саме для осіб з адиктивною поведінкою;

*– субміссивна:* відображає нездатність особи відмовитися від запропонованого алкоголю або наркотика (якщо мені пропонують, мене пригощають, то відмовлятися якось незручно, некультурно). Слабохарактерна людина не може протистояти тиску оточення; не хоче бути «викинутою» з колективу, тому погоджується вживати алкоголь «за компанію»;

– *псевдокультурна:* ґрунтується на світоглядних установках та естетичних смаках особистості. Визначається при патохарактерологічному типі девіантної поведінки, зокрема в межах істеричних характерологічних розладів;

*– мотивація гіперактивації* поведінки є близькою до гедоністичної, але ґрунтується не на ейфоричному, а на активуючому ефекті вживання певних речовин. Базисною потребою вживання алкогольних та наркотичних речовин, а також ліків, є потреба вивести себе зі стану пасивності, апатії, бездіяльності, тому вживаються речовини, які провокують швидкість реакції та загальну активність (особливу увагу дехто приділяє активації у сексуальній сфері, досягненню т. зв. «рекордів» в інтимних стосунках). Мотивація з гіперактивністю та гіперсексуальністю зазвичай простежується при адиктивному типі девіантної поведінки.

**4.** При підготовці четвертого питання необхідно охарактеризувати основні порушення харчової поведінки. ***Харчова поведінка*** – це ціннісне ставлення до їжі та її вживання, стереотип харчування у звичних умовах та у ситуації стресу,орієнтація на образ власного тіла та діяльність щодо його формування. Основними її порушеннями вважають *нервову (невротичну, психогенну) анорексію та нервову (невротичну, психогенну) булімію*. Обидва розлади характеризуються спільними ознаками: домінування проблемивласноїваги; викривлення образу власного тіла; зміна цінності харчування в ієрархії цінностей.

**Нервова анорексія** – це психогенний розлад харчової поведінки, зумовлений нав’язливим прагненням схуднути та небажанням набрати вагу. За неправильного лікування смертність може досягати 20% унаслідок дистрофічних розладів як результату крайнього виснаження.

**Нервова булімія є** психогенним розладом харчової поведінки, що проявляється підвищеним апетитом та ненажерливістю. Людина відчуває постійну потребу в їжі. Надмірне вживання їжі змінюється періодом дотримання дієти. Напади голоду, коли пацієнти вживають велику кількість харчів, завершуються актами «чистки організму» (їжу видаляють зі шлунка, використовуючи засоби, що викликають пронос та блювоту). Як синоніми до поняття «*булімія*» використовують поняття «*поліфагія*», «*ситоманія*».

Крім анорексії та булімії, існують ще й інші розлади харчової поведінки:

*– прагнення поїдати неїстівні предмети* (при психопатологічному типі девіантної поведінки – поїдання калу (копрофагія), ковтання цвяхів, монет,нігтів (оніхофагія); при делінквентній поведінці –шпильок);

*– викривлення смаку* може спостерігатися під час вагітності (жінка прагне вживати незвичні за смаковими поєднаннями страви) або при захворюваннях головного мозку;

*– неестетична харчова поведінка* (надмірна вимогливість до чистоти та смаку продуктів або навпаки, яскраво виражена неакуратність інечистоплотність при вживанні їжі, а також чавкання, хрюкання під час вживання страви).

Зазначимо, що анорексію, булімію та оніхофагію Б.В.Зейгарник розглядала як *різновиди патологічних потреб.*

*Аномалії сексуальної поведінки*

**Сексуальні девіації** – це будь-яке кількісне або якісне відхилення від сексуальної норми. Під *нормою* розуміють поведінку, яка відповідає віковим та статево-рольовим онтогенетичним закономірностям певної популяції, що здійснюються в ситуації вільного вибору та не обмежують у вільному виборі партнера (А. Ткаченко).

У сексології виділяють індивідуальну та партнерську норми.*Індивідуальна норма* орієнтована на аналіз потенційних можливостей людини до сексуальних контактів у силу анатомічної та фізіологічної норми, а також її комунікативних здібностей (здатність вибудовувати та підтримувати взаємостосунки, що сприяютьздійсненню статевих відносин). *Партнерська норма* визначається як усі види сексуальної активності, сексуальної поведінки та сексуальних дій, що відбуваються між двома зрілими особами, прийнятні для обох партнерів і спрямовані на досягнення насолоди, при цьому не шкодять їх здоров’ю та не порушують норм співіснування.

Діагностичні критерії відхилень у сексуальній поведінці дуже складні та суперечливі. Девіації можуть бути явними або прихованими. Коротко охарактеризуємо *сексуальні перверзії, або парафілії*, тобто сексуальні відхилення, що не відповідають критеріям сексуальної норми, пов’язані з порушенням морально-естетичних норм та законів суспільства.

Як відомо, людина приділяє увагу чотирьом сферам власного життя: сім’я, робота, секс, хобі. Також існують вектори сексуальної орієнтації, що визначають адекватність сексуальної поведінки, пріоритетність вибору методів досягнення оргазму та ін..

За вектором *«інтенсивність філії»* (сила лібідо) виділяють такі розлади сексуальної поведінки: *гіперсексуальність та асексуальна девіантна поведінка*.

**Гіперсексуальність** є однією з базових характеристик, що сприє формуванню більшості сексуальних девіацій. *Сексуальність* – це сукупність психічних реакцій, переживань та вчинків, пов’язаних із проявом та задоволенням статевого потягу. Гіперсексуальна особа всіма доступними способами демонструє власну сексуальність; вона тікає від «сірої реальності» у світ яскравих сексуальних переживань. За наявності девіацій гіперсексуальна поведінка стає не просто способом отримати задоволення, а самоціллю. Сексуальні стосунки можуть бути використані для приниження партнера, як прояв «спортивної» поведінки (прагнення встановити «сексуальні рекорди» з якомога більшою кількістю партнерів) та ін..Партнер знецінюється як людина й особистість, а сприймається винятково як об’єкт, що може принести задоволення.

Протилежною до гіперсексуальної є **асексуальна девіантна поведінка**. Асексуали знижують значимість та цінність сексуального життя, можуть повністю відмовитися від сексуальних контактів через моральні або світоглядні переконання.

За вектором спрямованості «партнерство», що передбачає вибір сексуального партнера, виділяють *педофілію, ефебофілію, геронтофілію.*

У нормі вибір сексуального партнера проводиться з урахуванням вікових показників. **Педофілією** називають спрямованість сексуального та еротичного потягу дорослої людини на дитину. **Ефебофілія** – сексуальний потяг до підлітків. **Геронтофілія** проявляється як сексуальний потяг до партнера старечого віку.

За вектором спрямованості сексуального потягу на інший об’єкт виділяють такі девіації: *зоофілія, некрофілія, фетишизм, нарцисизм*.

**Зоофілія** передбачає наявність сексуального потягу до тварин.

**Некрофілія** проявляється як потяг реалізувати сексуальні бажання з мертвим тілом.

**Фетишизм** (одна з найбільш поширених девіацій) реалізується шляхом заміщення об’єкта сексуального бажання певним символом (частиною його гардеробу, фотокарткою, предметом особистоговжитку та ін.). В.Д. Менделевич зазначає, що некрофілія є варіантом фетишизму, адже фетишемпостає мертве тіло.

**Нарцисизм** (аутоеротизм) передбачає спрямованість сексуального потягу на себе. Власне тіло фотографується, ним пишаються; самооцінка у нарцисичної людини завищена, така особа схильна некритично ставитися до себе і дуже чутливо – до критики власного тіла та вчинків з боку оточення.

За вектором реалізації потягу виділяють *садизм, мазохізм, садомазохізм, ексгібіціонізм, вуайєризм.*

**Садизм** проявляється у прагненні принижувати сексуального партнера, здійснювати больовий вплив, фізичний та психологічний тиск. Садизм як сексуальна девіація переплітається із прагненням домінувати не тільки в інтимних стосунках, а й у соціальній взаємодії.

**Мазохізм** реалізується як прагнення бути приниженим, підкореним.

**Садомазохізм** поєднує як прагнення домінувати, принижувати, так і прагнення бути підкореним, приниженим.

**Ексгібіціонізм** пов’язаний із отриманням сексуального задоволення від демонстрації власних статевих органів або коїтальних дій оточуючим.

**Вуайєризм** передбачає отримання сексуального задоволення при підгляданні або підслуховуванні за сексуальними стосунками інших людей.

За вектором тілесного образу *виділяють гомосексуалізм, трансвестизм подвійної ролі та транссексуалізм.*

**Гомосексуалізм**– сексуальна орієнтація людини, спрямована на осіб своєї статі без суттєвої зміни ідентифікації власної статі.

**Трансвестизмподвійної ролі** характеризується носінням одягу протилежної статі з метою отримання сексуального задоволення від тимчасового відчуття своєї приналежності до протилежної статі, але без бажання змінювати власну стать (мається на увазі і хірургічний шлях зміни статі).

**Транссексуалізм** характеризується суттєвим порушенням власної статевої ідентифікації: особа усвідомлює себе представником протилежної статі, внаслідок чого змінює поведінку, манеру вдягатися та говорити. Така особа націлена на хірургічну корекцію статі з метою усунення внутрішньоособистісного конфлікту та можливості почуватися комфортно.

*Надцінні психологічні захоплення*

Захоплення – це сильна зацікавленість чимось (або кимось), що супроводжується досить яскравими емоційними переживаннями Надцінне захоплення передбачає «втечу від реальності» у певну діяльність, яка витісняє на інший план або повністю блокує інші види діяльності.

До надцінних психологічних захоплень відносять:

*Трудоголізм*– втечу від реальності у сферу діяльності та досягнень. Думки про роботу не покидають людину навіть під час відпочинку. Активна та захополена діяльність може стосуватися не тількипрофесійної сфери, а йхобі. Трудоголік може досить сумлінно працювати за основним місцем роботи, але задоволення отримує від іншої діяльності(наприклад, від розведення квітів на дачі або від ремонту автомобілів).

*Гемблінг*– надцінне захоплення азартними іграми. Гра стає самоціллю, а не засобом отримання матеріальних благ. Гемблінг обирають особи, не здатні пристосуватися до дійсності, яких перестала задовольняти звичайна «сіра реальність». Гра дає змогує пережити азарт, відчути ризик, сильні емоційні переживання, які є недоступними у звичайному житті.

*Паранойя здоров’я*– захоплення оздоровчими процедурами,які із засобу оздоровлення перетворюються на самоціль, на джерело єдиного (або домінуючого) способу отримання задоволення.

*Фанатизмом* називають крайній ступінь захоплення певною діяльністю, що передбачає формування культу, виокремлення ідолів, повне підпорядкування цим ідолам, а також втрату індивідуальності. Поширений релігійний, спортивний та музичний фанатизм.

*Надцінні психопатологічні захоплення*

На відміну від розглянутих надцінних психологічних захоплень, при патопсихологічних надцінних захопленнях джерелом підвищеної зацікавленості та суб’єктивного ставлення стають нетрадиційні предмети, явища або сфери діяльності. Наприклад, особа може колекціонувати власні обрізані нігті або виділення з юнацьких вугрів.

В.Д. Менделевич наголошує, що при аналізі надцінних психопатологічних захоплень слід розглянути «синдром філософської інтоксикації», домінуючі (надцінні) або маячні ідеї, кверулянтство, розлади потягу (клептоманію, дромоманію, піроманію, дипсоманію; нав’язливі ритуали; патологічні звичні дії) тощо.

*«Синдром філософської інтоксикації»* діагностують зазвичай у підлітків при шизофренії. Підвищений інтерес викликає філософська, теософська та психологічна література. Підліток починає аналізувати поточні події, мотиви вчинків оточуючих людей, власні реакції та переживання, використовуючи філософсько-психологічну термінологію й неологізми. Пацієнт перестає адекватно сприймати реальність, починає обговорювати з друзями та батьками власні «відкриття», записувати «важливі думки», читати багато відповідної літератури. Батьки підлітка помічають його чудернацьку поведінку, небажання і невміння розв’язувати побутові проблеми (адже пацієнт їх постійно осмислює з філософськогопогляду замість урегульовувати), схильність до теоретизування.

Надцінні психопатологічні захоплення можуть проявлятися у вигляді *домінуючих (надцінних) або маячних ідей*(високого походження, чужих батьків, реформаторства, винахідництва та ін.)

Патологічне захоплення *кверулянтством* проявляється у непереборному прагненні скаржитися у різні інстанції навіть через дрібниці.

До розладів потягу, які проявляються вагомими відхиленями в поведінці, відносять **клептоманію** (непереборне прагнення здійснювати крадіжки), **піроманію** (непереборне прагнення до підпалів), **дромоманію** (непереборне прагнення до бродяжництва), **дипсоманію** (прагнення до запоїв). Б.В. Зейгарник зауважує, що клептоманію, піроманію, дромоманію та дипсоманію слід розглядати як випадки формування патологічних потреб і мотивів.

**Нав’язливі ритуали** – це ритуальні діїз метою своєрідного захисту від невротичних симптомів (тривоги, страху), запобігання можливимнеприємностям та бідам. Наприклад, при нозофобії (нав’язливому страху захворіти) людина постійно миє руки та стерилізує посуд, носить спеціальні маски у людних місцях; із метою запобігання неприємностям тривожні особистості не наступають на тріщини в асфальті. При невротичних та шизофренічних розладах ритуали можуть набувати чудернацьких форм: пацієнт, виходячи з квартири, має тричі відчинити йзачинити двері, щоб на вулиці не потрапити під машину.

Девіантна поведінка при розладах потягу може проявлятися у формі специфічних рухових звичок (у формі патологічних звичних дій); *яктації* (погойдування головою або всім тулубом), *оніхофагії*(обкусування нігтів або їх жування), смоктанні пальців, колупанні у носі, манірному клацанні пальцями, накручуванні волосся на пальці та ін.

*Характерологічні та патохарактерологічні реакції*

В.Д. Менделевич виокремлює такі типи патохарактерологічних реакцій:

* відмови(відсутність або зниження прагнення до контактів з оточуючими);
* опозиції (активна опозиція: показна грубість, неслухняність, епатування оточуючих, що може супроводжуватись агресивними діями та пасивна опозиція: негативізм, мутизм, відмова виконувати доручення, але без агресивних дій з боку пацієнта);
* імітації (характеризується прагненням наслідувати особу або образ);
* компенсації(прагнення приховати власну некомпетентність, неуспішність в одній сфері увиразненням досягнень в іншій);
* гіперкомпенсації (прагнення добитися вищих результатів саме в тій сфері діяльності, де людина раніше була неуспішною);
* емансипації (ґрунтується на потребі у незалежності та самостійності, протесті проти усталених правил, проявляється у боротьбі за права національних або сексуальних меншин тощо);
* групування (має суто інстинктивний характер, але може ґрунтуватися на психологічних факторах: людина в групі прагне отримати захист, зняти із себе відповідальність тощо).

*Комунікативні девіації* включають *аутистичну та конформістську поведінку; гіперкомунікабельність; вербальну поведінку з переважанням псевдології.*

**Аутистична поведінка** характеризується відсутністю адекватного сприйняття дійсності, відходом у сферу фантазування, мрій, відмовою від спілкування та прагненням до самотності. Людина хоче не просто усамітнення (тимчасового перебування на самоті з метою відпочити від спілкування з оточенням, упорядкувати власні думки та переживання), а самотності з повним виключенням контактів з оточенням.

**Гіперкомунікабельність** є протилежною до аутистичної поведінки формою взаємодії зі світом. Підвищена потреба у спілкуванні, прагнення до взаємодії з багатьма партнерами комунікантами, бажання якомога довше підтримувати розмову призводять до неможливості навіть короткий час побути на самоті. Балакучість, небажання завершувати розмову на коректне прохання співбесідника, невміння слухати партнера та реагувати на його потреби призводять до постійних конфліктів пацієнта та його оточення.

**Конформістська поведінка** проявляється у схильності до пристосування до будь-якого оточення, відмови від власної світоглядної позиції та інтересів на користь схем поведінки й ідей, запропонованих суспільством. Особа намагається бути якомога більш непомітною: говорить штампами, одягається, «як усі», уникає відстоювання власної позиції у суперечці з приводу проблемного питання або проблемної ситуації.

*Аморальна поведінка* не є патологічною. Вона передбачає порушення правил та норм, прийнятних у суспільстві у сфері загальнолюдських цінностей. У нормі люди прагнуть не порушувати, зокрема, таких правил: надавати матеріальну й моральну підтримку членам сім’ї та оточуючим, не принижувати інших, не заздрити, не поводитися зверхньо щодо осіб, які мають нижчий соціальний статус, та ін.

Порушення загальноприйнятних правил та норм поведінки, пов’язаних із системою загальнолюдських цінностей, засуджується морально, хоча такі вчинки і не передбачають адміністративну відповідальність.

*Неестетична поведінка*

Цей тип поведінки також не є патологічним. При неестетичній поведінці особа перестає орієнтуватися на такі параметри, як *гармонія та краса*, що призводить до відмови від правил і принципів естетики у різних сферах життя та діяльності людини: у сфері харчування, у добиранні одягу, висловлюваннях щодо оточення.

Особа перестає прагнути виглядати охайно, може негативно сприймати прояв вищих (наприклад, естетичних) почуттів співрозмовника, прагне оточити себе потворними речами, які викликають негативні почуття інших людей. Зосередженість на обговоренні та переживанні суто біологічної складової взаємостосунків, заперечення наявності високих почуттів між чоловіком та жінкою теж можна віднести до неестетичної поведінки.

У клініці неестетична поведінка проявляється у неохайності, відсутності належних манер при споживанні їжї, нерозумінні моральних та естетичних почуттів інших людей.

**Запитання для перевірки та самоконтролю**

До різновидів девіантної поведінки слід віднести: а) делінквентну поведінку;б) адиктивну поведінку;в) кримінальну поведінку; г) поведінку на базі гіперздібностей; д) психопатологічну поведінку.

Форма девіантної поведінки, зорієнтована на відхід від реальності шляхом вживання психостимуляторів, називається:а) кримінальною;б) патохарактерологічною;в) адиктивною;г) конформістською;д) неестетичною.

Які розлади харчової поведінки Ви знаєте?

Отримання сексуального задоволення при підгляданні або підслуховуванні за сексуальними стосунками інших людей має назву:а)вуайєризм;б) транссексуалізм;в) ексгібіціонізм;г) фетишизм;д) ефебофілія.

Які типи девіантної поведінки Вам відомі?

Сексуальний потяг до підлітків має назву:а) вуайєризм;б) педофілія; в) ексгібіціонізм;г) ефебофілія; д) геронтофілія.

Психогенний розлад харчової поведінки, що проявляється підвищеним апетитом та ненажерливістю, – це:а)нервова анорексія; б) нервова булімія;в)неестетична поведінка; г) дипсоманія;д) нозофобія.

Які Ви знаєте комунікативні девіації?

**Рекомендована література**

1. Виходцева O.A. Патопсихологія : навч. посіб. / О.А. Виходцева. – К. : Вид-во НПУ ім. М.П.Драгоманова, 2013. – 208 с.
2. Діденко C.B. Психологія сексуальності і сексуальних стосунків : навч. посіб. / С.В. Діденко. – К.: Аристей, 2004. – 321 с.
3. Зейгарник Б.В. Патопсихология : учеб. пособ.[для студ. высш. учеб. заведений] / Б.В. Зейгарник. – 2-е изд., стереотип.– М. : Академия, 2003.– 208 с.
4. Мартинюк I.A. Патопсихологія : навч. посіб. / І.А.Мартинюк. – К.: Центр учбової літератури, 2008. – 208 с.
5. Патопсихологія: навч. посіб.[для студентів вищих навчальних закладів] / С.Д. Максименко, А.П. Чуприков, Є.М. Прокопович, І.В. Рожкова, С.О. Лобанов. – К. : ТОВ «КММ», 2010. – 210 с.
6. Скотна Н. Тлумачний патопсихологічний словник / Н. Скотна В.Стець. – Дрогобич: Редакційно-видавничий відділ Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка, 2006. – 150 с.
7. Семенович A.B. Введение в нейропсихологию детского возраста : учеб. пособ. / А.В.Семенович. – М. : Генезис, 2005. – 319 с.
8. Шустов Д.И. Аутоагрессия, суицид и алкоголизм / Д.И.Шустов. – М. : Когито-центр, 2004. – 214 с.

**Загальна література до курсу «Патопсихологія»**

**а) основна література:**

1. Виходцева O.A. Патопсихологія : навч. посіб. / О.А.Виходцева. – К. : Вид-во НПУ ім. М.П.Драгоманова, 2013. – 208 с.
2. Зейгарник Б.В. Патопсихология : учеб. пособ.[для студ. высш. учеб. заведений] / Б.В.Зейгарник. – 2-е изд., стереотип.– М. : Академия, 2003.– 208 с.
3. Мартинюк I.A. Патопсихологія : навч. посіб. / І.А.Мартинюк. – К.: Центр учбової літератури, 2008. – 208 с.
4. Патопсихологія: навч. посіб.[для студентів вищих навчальних закладів] / С.Д. Максименко, А.П. Чуприков, Є.М. Прокопович, І.В. Рожкова, С.О. Лобанов – К. : ТОВ «КММ», 2010. – 210 с.
5. Скотна Н. Тлумачний патопсихологічний словник / Н. Скотна В.Стець. – Дрогобич: Редакційно-видавничий відділ Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка, 2006. – 150 с.
6. Ясперс К. Общая психопатология / К. Ясперс. – М.: Практика, 1997. – 156 с.

**б) додаткова література:**

1. Арапетянц М.Г. Неврозы в эксперименте и клинике / М.Г. Арапетянц. – М. : Наука, 1982.– 272 с.
2. Банщиков В.М. Общая психопатология: учеб. пособ.[для студентов мединститутов] / В.М. Банщиков, П.П. Короленко, И.В.  Давыдов.– М. : ГММИ им. И.М.Сеченова, 1971. – 176 с.
3. Большой психологический словарь. – 4-е изд., расширенное / сост. и общ. ред. Б.Г.Мещеряков, В.П.Зинченко. – М.: ACT; СПб. : Прайм-ЕВРОЗНАК, 2009. – 811 с.
4. Виходцева O.A. Ділова гра в усуненні агресивних поведінкових реакцій. Корекційна робота з підлітками // Психолог. – № 44 (428). – С. 26–29.
5. Виходцева O.A. Невротичні розлади особистості: психотерапевтична допомога при неврозах // Психолог. – 2007. – №41 (281).– С. 20–24.
6. Виходцева O.A. Особливості застосування психотехнік з подолання деструктивної агресивності підлітків // Збірник наукових праць звітно-наукової конференції викладачів університету за 2011 рік. – Ч. 1.– С. 69–70.
7. Виходцева O.A. Шляхи подолання емоційно-поведінкових розладів в учнів підліткового віку // Збірник матеріалів Всеукраїнської науково-практичної конференції «Актуальні проблеми практичної психології». – К. : Вид-во НПУ ім. М.П.Драгоманова, 2012. – С. 10–18.
8. Виходцева O.A., Виходцева Т.Ф. Психолого-педагогічна допомога підліткам з адиктивною поведінкою // Психолог. – № 37 (277). – С. 24–27.
9. Вовин Р.Я., Аксенова И.О. Затяжные депрессивные состояния / Р.Я. Вовин, И.О. Аксенова. – Ленинград : Медицина, 1982. – 191 с.
10. Голик А.Н. Введение в педагогическую психиатрию / А.Н.Голик.– М. : УРАО, 2000. –104 с.
11. Діденко C.B. Психологія сексуальності і сексуальних стосунків: навч. посіб. / С.В. Діденко. – К.: Аристей, 2004. – 321 с.
12. Исаев Д.Н. Психопатология детского возраста: учеб.[для вузов] / Д.Н. Исаев.– 2-е изд.– СПб. : СпецЛит, 2006.– 463 с.
13. Клінічна психологія: словник-довідник / авт.-уклад. С.В. Діденко. – К. : Академвидав, 2012. – 320 с.
14. Лурия А.Р. Мозг человека и психические процессы / A.Р. Лурия. – М., 1970. – 170 с.
15. Маховер К. Проективный рисунок человека / пер. с англ. – 5-е изд., стереотипное. – M . : Смысл, 2009. – 158 с.
16. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология : учеб. пособ. / В.Д. Менделевич. – 5-е изд. – М. : МЕДпресс-информ, 2005.– 432 с.
17. Некрасова Е.А. Краткий справочник по психотерапии / Е.А. Некрасова. – Ростов н/Д. : Феникс, 2003. – 192 с.
18. Основи дитячої патопсихології : навч. посіб. / Н.Ю. Максимова та ін. – К. : Перун, 1996.– 464 с.
19. Психологический словарь / под общ. ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. – 2-е изд., испр. и допол. – М. : Политиздат, – 494 с.
20. Психология памяти / под ред. Ю.Б. Гиппенрейтер и B.Я. Романова.– М. : ЧеРо, 1998. – 816 с.
21. Психологічний словник / за ред. члена-кореспондента АПН СРСР В.І.Войтка. – К. : Вища школа, 1982.– 216 с.
22. Психологія : підруч. / Ю.Л. Трофімов, В.В. Рибалка, П.А. Гончарук та ін.; за ред. Ю.Л. Трофімова. – К.: Либідь, 1999. – 558 с.
23. Рыбальский М.М. Иллюзии, галлюцинации, псевдогаллюцинации. Систематика, семиотика, нозологическая принадлежность \ М.М. Рыбальский. – М. : Медицина, 1989. – 336 с.
24. Сакович H.A. Игры в тигры : сборник игр для работы с агрессивными детьми и подростками / Н.А.Сакович. – СПб.: Речь, 2007. – 208 с.
25. Семенович A.B. Введение в нейропсихологию детского возраста : учеб. пособ. / А.В.Семенович. – М. : Генезис, 2005. – 319 с.
26. Скрипченко О.В., Бушай І.М., Скрипченко Л.О. Основи педагогіки і психології : навч. метод. посіб. – Ч. 1.– Чернігів: РВК «Деснянська правда» 2001. – 120 с.
27. Хомская Е.Д. Нейропсихология: учеб. / Е.Д. Хомская. – M. : МГУ, 1987.– 288 с.
28. Цигульська Т.Ф. Загальна та прикладна психологія : курс лекцій / Т.Ф. Цигульська. – К. : Наукова думка, 2000. – С.158 – 182.
29. Шустов Д.И. Аутоагрессия, суицид и алкоголизм / Д.И.Шустов. – М. : Когито-центр, 2004. – 214 с.
30. Яньшин П.В. Практикум по клинической психологии. Методы исследования личности / П.В.Яньшин. – СПб.: Питер, 2004. – 336 с.

**ПРЕДМЕТНИЙ ПОКАЖЧИК**

Абулія 135

Агедонія – див. Ангедонія. 126

Агнозія :

– акустична (слухова) 45

– оптична (зорова 45

– просторова 45

– тактильна 45

Агравація 23

Адиктивна поведінка 182

Алалія :

– моторна 108

– сенсорна 108

Алекситимія 126

Амбівалентність 124

Амбулаторний автоматизм 150

Аменція 149

Амнезія :

* антероградна 58
* перфораційна 58
* ретроградна 58
* ретроантероградна 58
* фіксаційна 58

Аналіз 72

Анальгезія 44

Ангедонія (агедонія) 126

Анестезія 44

Анорексія 138

Аносмія 44

Апатія 124

Аперцепція 42

Апраксія 135

Апрозексія 68

Арифмоманія 138

Аутоагресія 183

Аутоеротизм 191

Аутотренінг 33

Афазія :

– акустико-мнестична 108

– аферентна моторна 108

– динамічна 109

– еферентна моторна 108

– оптико-мнестична 108

– семантична 108

– сенсорна 108

Безладність мислення 73

Булімія 138

Вербигерація 79

Відтворення 56

Відчуття 41

Внутрішня картина хвороби 14

Воля 1130

Вроджена недоумкуватість 93

Галюцинації 49

Геронтофілія 190

Гіпальгезія 44

Гіпералгезія 44

Гіпербулія 136

Гіперестезії 44

Гіпермнезія 59

Гіперсексуальність 190

Гіпестезія 44

Гіпобулія 135

Гіпоманія 120

Гіпомнезія 59

Девіантна поведінка 169; 180

Девіації сексуальні 189

Дедукція 73

Делірій 148

Деменція 95

Деперсоналізація 152

Деперсоналізація соматопсихічна 46

Депресія 122

Дереалізація 46

Дизартрія 109

Дипсоманія 138

Диссимуляція 23

Дислалія 109

Дисфорія 123

Домінуючі ідеї – див. Надцінні ідеї 81

Дромоманія 138

Ейфорія 121

Експлозивність (вибуховість) 125

Екстаз 122

Емоційна гіперестезія (сенситивність) 124

Емоційна гіпестезія 124

Емоційна лабільність 125

Емоційна тупість 124

Емоційно-мотиваційний параліч – див. Апатія 124

Епілептичне збудження 137

Епілептичний сутінковий стан свідомості 151

Ефебофілія 190

Ефект Зейгарник 53

Ехолалія 137

Ехопраксія 137

Забування 56

Заїкання 110

Запам’ятовування 56

Затримка мовленнєвого розвитку (ЗМР) 107

Затримка психічного розвитку (ЗПР) 69

Звуження обсягу уваги 68

Зоофілія 140

Ілюзії 47

Індукція 73

Інкогеренція 79

Інтелект 87

Інтерес 132

Істеричний невроз 174

Каталепсія 137

Кататонічне збудження 136

Клептоманія 138

Кома 148

Конфабуляції 59

Крива Еббінгауза 53

Криптомнезії 60

Лунатизм 151

Малорухливість емоцій 125

Маніакальне збудження 137

Манія 120

Маячні ідеї 81

Медична психологія 6

Ментизм 85

Метаморфопсії 47

Мисленнєві дії 72

Мислення 71

Мова 102

Мовлення 103

Мовлення експресивне 105

Морія 122

Мутизм 137

Набута недоумкуватість – див. Деменція 95

Нав’язливі (невідчепні) ідеї 80

Надцінні (домінуючі) ідеї 81

Намір 132

Нарцисизм (аутоеротизм) 191

Неадекватність емоцій 125

Неврастенія 174

Некрофілія 140

НЛП 33

Норма 37

Обнубіляція 148

Олігофренія 98

Онейроїд (сновидний стан свідомості) 149

Палімпсести – див. Амнезія

Пам’ять 52

Парамнезії 59

Парасомнія 151

Парестезії 44

Патологічна навіюваність 137

Патологічний афект 124

Патопсихологія 6; 7

Педофілія 140

Персеверації 79

Піроманія 138

Потяг 132

Прикутість уваги 68

Прискорене мислення 78

Прогрес почуттів 120

Псевдодеменція 152

Псевдоремінісценції 60

Психічне здоров’я 36

Психодрама 34

Психокорекція 32

Психопатологія 8

Психотерапія 172

Психофармакологія 9

Ригідність уваги 68

Регрес почуттів 121

Резонерство 80

Рефлексія 73

Різноплановість мислення 79

Розважність мислення 80

Розірваність мислення 79

Свідомість 143

Сексуальність

Сенестопатії 43

Сенсорна гіперпатія 45

Сенсорна гіпопатія 45

Симуляція 23

Синестезії 44

Слабкість активної уваги 68

Сомнамбулізм (лунатизм, парасомнія) 151

Сомнолентність 148

Сопор 148

Спілкування 101

Сприймання 41

Стереотипія 137

Страх 126

Стрес 119

Ступор 136

Субдепресія 122

Субступорозний стан 136

Тотальна (глобальна) деменція 95

Транс 151

Тривога 123

Трихотилломанія 138

Туга 125

Увага 63

Фетишизм 140

Фобії 126

Фрустрація 119

Шизофренія 162

**ІМЕННИЙ ПОКАЖЧИК**

Адлер А. 11

Анохiн П.К. 90

Бапінський І.М. 12

Березін Ф.Б. 123

Берн Е. 34

Бехтерев В.М. 12

Блейхер В.М. 24

Братусь Б.С. 154

Бурда I. 90

Бутківський П.А. 12

Виготський Л.С. 9; 14; 18; 28

Вундт В. 12; 114

Гальперін П.Я.14; 67

Ганнушкін П.Б. 13; 154

Гіппократ 10

Гоноболін Ф.М. 67

Грізінгер В. 10

Давидов В.В. 76

Джеймс У. 90

Діденко C.B. 152

Добринін М.Ф. 67

Донських Т. 187

Зейгарник Б.В. 8; 14; 18; 27; 28; 57; 77

Іванников В. 131

Ізард К. 114

Ісаєв Д.М. 150

Калін В.К. 134

Кандинський В.Х. 13

Кенон У. 90

Кербіков О.В. 154

Короленко Ц. 187

Кудрявцев І. 24

Кузнєцов В.М. 83

Лазурський О. Ф. 13

Ланге М. 66; 90

Лебединський В.В. 32

Леонтьев О.М. 9; 14; 17

Лiнделi Д. 90

Лурія O.P. 14; 27; 108

Маклейн П. 90

Максимова Л.Ю. 29

Мартинюк I.A. 89; 1264 139; 151

Мейнерт Т. 10

Менделевич В.Д. 31; 87; 137

Мертон Р. 181

Мілютіна К.Л. 29

Ойзерман Е.Т. 17

Павлов І.П. 9; 11; 66

Перепелиця П.С. 64

Піскун В.М. 29

Раш Б. 12

Рібо Т. 66

Рубінштейн С.Л. 44

Саблер В.Ф. 12

Сакович Н.О. 85

Сельє Г. 11

Семічев С.Б. 37

Сєченов І.М. 9

Симонов П.В. 90

Страхов В.І. 67

Ткаченко А. 189

Тюк В. 12

Узнадзе Д.М 66

Ухтомський О.О. 66

Ушаков Г.К. 146

Франкл В. 128

Фрейд З. 11

Хорні К. 11

Цельс 10

Чернявський В.М. 83

Шевченко Ю.С. 32

Юнг К.Г. 11

Ясперс Й. К. 147

***Навчальне видання***

**Валентина стець, РОМАН ХАВУЛА**

**ПАТОПСИХОЛОГІЯ:**

**МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ**

**ДО ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ**

**Видавничий відділ**

**Дрогобицького державного педагогічногоуніверситету**

**імені Івана Франка**

**Головний редактор**

*Ірина Невмержицька*

**Редактор**

*Ніна Хом’як*

**Технічний редактор**

*Наталія Кізима*

**Коректор**

*Ірина Намачинська*

Здано до набору 26.06.2015 р. Підписано до друку 15.07.2015 р. Формат 60х90/16. Папір офсетний. Гарнітура Times. Наклад 300 прим. Ум. друк. арк. 7,75. Зам. 258.

Видавничий відділ Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка. (Свідоцтво про внесення суб’єкта видавничої справи до державного реєстру видавців, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції ДК № 2155 від 12. 04. 2005 р.) 82100, Дрогобич, вул. І.Франка, 24, к.42, тел. 2 – 23 – 78.