

Волинський національний університет імені Лесі Українки

Факультет психології

Кафедра практичної психології та психодіагностики

Катерина Шкарлатюк

ПАТОПСИХОЛОГІЯ

Навчальний посібник

**Луцьк
Вежа-Друк
2022**

УДК 159.97(072)

Ш 66

*Рекомендовано до друку науково-методичною радою
Волинського національного університету імені Лесі Українки
(протокол № 1 від 21 вересня 2022 р.)*

Рецензенти:

Журавльова О.В. – доктор психологічних наук, завідувач кафедри загальної та клінічної психології Волинського національного університету імені Лесі Українки;

Пастрик Т.В. – кандидат психологічних наук, в.о. ректора КЗВО «Волинський медичний інститут» Волинської обласної ради.

Шкарлатюк К. І.

Патопсихологія : навч. посіб. / Катерина Шкарлатюк. – Луцьк : Вежа-Друк, 2022.– 155 с.

Навчальний посібник «Патопсихологія» відображає сучасний стан психологічних досліджень з психодіагностики та психологічного супроводу клієнта в медичних установах; тематика лекційних занять присвячена психологічним феноменам, що спостерігаються при різних психологічних станах хворих людей. Видання спрямоване на вивчення та набуття майбутніми психологами знань щодо ролі психічних факторів у виникненні, перебігу, лікуванні та попередженні психічних захворювань, а також формування умінь аналізу симптомів і синдромів розладів психічної діяльності.

Охарактеризовано основні психічні функції та стани, їх взаємозв'язок та особливості при різних захворюваннях. Особливу увагу приділено сучасному розумінню патопсихологічних механізмів психосоматичних розладів, їх психодіагностиці та наданню рекомендацій щодо проведення реабілітаційних заходів.

УДК 159.97(072)

© Шкарлатюк К.І., 2022

© Подолець О. (обкладинка), 2022

ЗМІСТ

ПЕРЕДМОВА	4
РОЗДІЛ 1. Теоретико-методологічні основи патопсихології	5
1.1. Предмет, мета та завдання патопсихології	5
1.2. Основні напрями досліджень у патопсихології	16
1.3. Норма і патологія з точки зору різних психологічних підходів	23
РОЗДІЛ 2. Патопсихологічне дослідження: основні методи та принципи	31
2.1. Специфіка патопсихологічного експерименту	31
2.2. Принципи побудови патопсихологічного експерименту	34
2.3. Основні вимоги до змісту та проведення патопсихологічного дослідження	37
2.4. Психологічний висновок та рекомендації для його складання	39
2.5. Прийоми та методи патопсихологічної діагностики	41
РОЗДІЛ 3. Психічні порушення та їх характеристика	51
3.1. Порушення вольової діяльності та уваги	51
3.2. Порушення свідомості	60
3.3. Соматогенні порушення психіки	63
3.4. Органічні психічні розлади	73
3.5. Функціональні розлади психіки	79
3.6. Неврози (невротичні розлади)	82
3.7. Ендогенні та реактивні психози	90
3.8. Психосоматичні захворювання	93
РОЗДІЛ 4. Основні форми роботи психолога в медичних установах ...	106
4.1. Психодіагностика і психотерапія в діяльності психолога	106
4.2. Психогігієна, психопрофілактика і реабілітація в клініці	112
4.3. Психологічна реабілітація осіб з різними видами травматизації	117
Контрольні тестові питання	125
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	131
ДОДАТКИ	134

ПЕРЕДМОВА

У навчальному посібнику «Патопсихологія» для здобувачів вищої освіти ОПП «Практична психологія» висвітлено основні питання ознайомлення майбутніх психологів зі специфікою психодіагностики та психологічного супроводу клієнта в медичних установах; відпрацьовування основних прийомів, які використовуються в клінічній психодіагностиці та психотерапії.

Навчальне видання складене з урахуванням сучасних теоретичних та практичних вимог до знань, умінь і навичок, необхідних майбутнім психологам при наданні психологічної допомоги хворим, яка починається з оцінки психічного стану пацієнта, а отже, з основ практичного застосування знань патопсихології та її складової частини – внутрішньої картини хвороби, а також розуміння патопсихологічних механізмів психічних порушень.

У навчальному посібнику використано новий підхід до викладання дисципліни: об'єднано в єдиний комплекс складових частин основи аналізу патопсихологічних механізмів психічних порушень, психологію аномального розвитку, психологію поведінки відхилення, психологічний супровід діагностичного та терапевтичного процесу, основи психологічного впливу в клініці з висвітленням та засвоєнням останніх досягнень психологічної діагностики психічних розладів, класифікації психопатологічних феноменів. Особлива увага приділяється збереженню наступності між патопсихологією та медичними дисциплінами, в тому числі психіатрією, наркологією, неврологією, деонтологією.

Завданням вивчення дисципліни «Патопсихологія» є проведення лекційного курсу, практичних занять та самостійної роботи студентів. Представлені види занять передбачають послідовне засвоєння матеріалу, що забезпечує надання знань студентам з особливостей проведення патопсихологічного дослідження та закріплення цих знань згідно з планом вивчення дисципліни.

У центрі уваги - механізми психологічного впливу в клініці та подальша розробка відповідної терапевтичної стратегії й тактики надання допомоги, проведення комплексу реадaptaційних та реабілітаційних заходів, від яких залежить повнота, об'єм, якість лікування та відповідно, подальший життєвий шлях людини.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ПАТОПСИХОЛОГІЇ

1.1. Предмет, мета та завдання патопсихології

Патопсихологія (від грец. pathos – страждання, хвороба) – галузь клінічної психології, яка вивчає закономірності розпаду психічної діяльності та властивостей особистості у зіставленні з закономірностями формування та протікання психічних процесів у нормі.

Засновником патопсихології є Б.Зейгарник – учениця К.Левіна, всесвітньо відомого німецького психолога. Нею були розроблені теоретичні засади патопсихології, описані розлади психічних процесів, сформульовані принципи роботи патопсихолога. Наукову та практичну діяльність продовжили учні та послідовники: Ю.Поляков, С.Рубінштейн, Є.Соколова, О.Співаковський, В.Ніколаєва, В.Тхостов, Б.Братусь та інші.

Клінічна психопатологія досліджує, виявляє, описує та систематизує прояви порушених психічних функцій. А патопсихологія діагностує за допомогою психологічних методів характер протікання та особливості структури психічних процесів, які ведуть до клінічних розладів. Патопсихологія отримала широке застосування в психіатричній клініці, водночас сьогодні її методичними принципами користуються не тільки в психіатрії. Врахування порушень у психічному стані хворого, зміни його працездатності, його особистісних особливостей є необхідністю у терапевтичних, хірургічних клініках та в інших галузях медицини.

Знання з патопсихології є важливими для психологів будь-яких спеціальностей та спеціалізації, бо професійне спілкування психолога з людьми не виключає зустрічей з психічно хворою людиною.

За цим змістом необхідно підкреслити, що на межі між психологією та патопсихологією існує така актуальна для соціальної практики і особливо деяких її галузей проблема, як питання про норму, тобто нормальний психічний

розвиток. В патопсихології у визначенні норми та психічного здоров'я підтримується положення Всесвітньої організації охорони здоров'я відповідно до якого, під нормою розуміють «...не тільки відсутність хвороб, але стан фізичного, соціального й психічного благополуччя».

У патопсихології отримали розвиток уявлення про патопсихологічні синдроми порушень пізнавальної, мотиваційно-вольової та особистісної сфери при психічних захворюваннях (Ю.Поляков, О.Кудрявцев, Б.Блейхер та інші).

Завдання визначення об'єкту та предмету вивчення є основним для будь-якої наукової дисципліни. Слід зазначити, що і сьогодні трактування терміну «патопсихологія» є неоднозначним.

Так, Б. Зейгарник дає таке визначення: «Патопсихологія як психологічна дисципліна, виходить із закономірностей розвитку та структури психіки в нормі. Вона вивчає закономірності розпаду психічної діяльності та властивостей особистості в порівнянні з закономірностями формування та перебігу психічних процесів у нормі, вона вивчає закономірності спотворень діяльності мозку». При цьому автор підкреслює, що патопсихологія та психопатологія мають принципову відмінність.

У короткому словнику психологічних понять дається таке визначення: «патопсихологія – це галузь клінічної (медичної) психології, предмет якої – психопатологія, а завдання – психодіагностика з метою уточнення медичного діагнозу та обґрунтування лікування, зокрема психотерапії та терапії працею».

Так, на думку А. Холмогорової, патопсихологія – «теоретичний розділ клінічної психології, об'єктом вивчення якого є психічні розлади від легких порушень у вигляді дезадаптації або передхвороби до тяжких психічних розладів».

І. Левченко дає таке визначення: «патопсихологія - це галузь психологічної науки, що вивчає зміни психічної діяльності внаслідок психічних або соматичних захворювань».

Патопсихологія, на думку Г. Носачова та Д.Романова, це «розділ клінічної психології, що вивчає патологічну та збережену сторони психічної діяльності

при психічних розладах за допомогою психологічних методів (природно-наукового, описового та експериментального) для діагностики, диференціальної діагностики, вивчення динаміки порушених психічних функцій у процесі лікування та реабілітації, що має глобальною метою відновлення психічного здоров'я та підвищення «якості життя» пацієнтів».

Н.Середіна, Д.Шкуренко патопсихологію визначають як розділ медичної психології, що вивчає закономірності розпаду психічної діяльності та властивостей особистості при хворобах.

У великому психологічному словнику дається таке визначення:

«Патопсихологія - галузь психології, що вивчає особливості психічної діяльності людини при патологічних станах мозку, пов'язаних з психічними або соматичними захворюваннями».

Подібне трактування представлено в роботі ряду авторів (Є. Орлової, Р. Козьякова та ін.): «Патопсихологія – галузь психології, що вивчає зміни психічної діяльності при патологічних станах мозку в порівнянні з нормою, пов'язаних з психічними, соматичними або екстремальними навантаженнями на психіку».

Як можна помітити, в останніх двох визначеннях акцентується увага на патологічних станах мозку (що більшою мірою характеризує нейропсихологію), при цьому не береться до уваги категорія патологій соціальної генези, а тому дані визначення не можуть бути розглянуті як достатні.

Б. Карвасарський пише: «Підсумовуючи ряд висловлювань провідних психіатрів і патопсихологів, різницю між психопатологією і патопсихологією можна бачити в тому, що перша, будучи клінічною дисципліною, оперує медичними категоріями (етіологія, патогенез, симптом, синдром) і загальнопсихопатологічними прогноз хвороби), ґрунтуючись при цьому головним чином на клінічному методі, тоді як патопсихологія вивчає закономірності порушень психічної діяльності, користуючись переважно, психологічними, методами».

Патопсихологія - прикладна галузь клінічної психології, що вивчає розлади психіки (процесів, станів, властивостей) на основі та за допомогою психологічної методології.

Спрямованість патопсихології та психопатології на той самий об'єкт зумовлює проблему з визначенням предмету цих дисциплін. За всього різноманіття формулювань сучасними авторами, Б. Зейгарник, підкреслює одну відмінну рису – зіставлення патології з нормою. Так, І. Левченко предмет патопсихології визначає як «закономірності розпаду психічної діяльності та властивостей особистості в порівнянні з закономірностями формування та перебігу психічних процесів у нормі». Діяльність Є. Орлової, Р. Козьякова, Н. Козьякової предметом патопсихології є «зміна психічної діяльності при патологічних станах мозку в порівнянні з нормою».

Однак зауважимо, що зіставлення патології з нормою не є перевагою патопсихології, про що писав у своїй праці Б. Карвасарський: «Важко уявити у будь-якій галузі медицини, зокрема у психіатрії, вивчення патологічних розладів без звернення до норми».

На думку ряду авторів (В. Блейхер, І. Крук, Н. Рєпіна, Д. Воронцов, І. Юматова), патопсихологія вивчає порушення психіки як «психологічні феномени», що дозволяє розкрити « специфіку психіки», що виявляється в динаміці та в певних умовах.

Узагальнюючи все сказане вище, можна дати таке визначення.

Предмет патопсихології - специфіка порушень психічної діяльності та структури особистості при різних психічних захворюваннях.

А. Холмогоров пропонує низку психологічних моделей або уявлень про рушійні сили розвитку та механізми психічної патології:

- недорозвиток чи втрата культурних способів організації психіки (усвідомленості та опосередкованості вищих психічних функцій) (Л. Виготський);

- переважне порушення одного з аспектів психічної діяльності (Б. Зейгарник, Ю. Поляков);

- втрата ієрархії мотивів, збіднення чи спотворення мотиваційної сфери, що веде до звуження зв'язків людини зі світом, аж до формування примітивної однопікової організації (Б. Зейгарник, Б. Братусь);

- переважне порушення одного з трьох рівнів здоров'я – психофізіологічного, індивідуально-психологічного, ціннісно-сміслового (Б. Братусь);

- порушення рефлексивного та смислового регулювання психічної діяльності (Б. Зейгарник, В. Ніколаєва, А. Холмогорова);

- дефіцитарність когнітивних структур та особистісної ідентичності як наслідок порушених дитячо-батьківських взаємин (Є. Соколова);

- дефіцит психічної активності, що виражається в порушеннях процесу цілепокладання та емоційного регулювання (Н. Курек);

- трансформація дисфункціональних культурних та сімейних взаємин, способів комунікацій, норм та цінностей в особистісну когнітивну вразливість до хвороби (А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян).

У сферу інтересів патопсихології, як зазначає Н. Білопільська, входить вирішення наступних завдань:

1. Діагностичні – виявлення та оцінка психічних порушень за допомогою патопсихологічних методів.

2. Корекційні – проведення психотерапевтичної роботи з дорослими хворими та корекційно-розвивальної роботи в галузі дитячої патопсихології. Перше та друге завдання часто вирішуються в межах консультативної практики.

3. Дослідницька – отримання нових наукових даних, і теоретичних узагальнень, важливих як для патопсихології, так психології загалом.

4. Профілактична - проведення превентивних заходів, що створюють позитивну атмосферу в робочому колективі, в сім'ї та в суспільстві, а також проведення пропаганди та популяризації патопсихологічних знань про здоровий спосіб життя.

Дещо інші практичні завдання патопсихології позначає Б. Карвасарський.

Завдання патопсихології (за Б. Карвасарським):

1. Диференційна діагностика психічних розладів.
2. Оцінка структури й ступеня психічних розладів.
3. Діагностика психічного розвитку та його аномалій(дизонтогенезу).
4. Дослідження особистості, соціального середовища, соціальних позицій хворого.
5. Оцінка динаміки психічних порушень і врахування ефективності терапії.
6. Експертна робота.
7. Реабілітаційна й психокорекційна робота.

Перше завдання – диференційна діагностика психічних розладів. Патопсихологічне дослідження виступає як джерело додаткової інформації для уточнення нозологічного діагнозу у випадках атипової, стертої (з маловираженою симптоматикою) картини різних психічних захворювань, що проявляється на початкових стадіях або в період ремісії. Так, необхідність у диференційній діагностиці виявляється при прояві перших симптомів форм шизофренії, при розпізнаванні стертих або «маскованих» депресій, дисимульованих маячних переживань та деяких форм патології старечого віку.

Друге завдання – оцінка структури та ступеню психічних розладів. Вирішення цього завдання полягає у дослідженні характеру і виразності порушень окремих психічних процесів, соціальній та вивченні компенсаторних можливостей їх відновлення з урахуванням психологічних особливостей тієї чи іншої виду діяльності. Необхідність такої оцінки виникає при кваліфікації стану хворого та встановленні функціонального діагнозу, при визначенні шляхів трудового пристосування та соціального відновлення хворого, при проведенні психокорекційних, реабілітаційних та профорієнтаційних заходів.

Третє завдання – діагностика психічного розвитку та його аномалій (дизонтогенезу). Це завдання спрямовано виявлення ступеня та структури різних форм дизонтогенезу, визначення шляхів загальноосвітнього та трудового навчання дітей з порушеннями розвитку, розробку корекційних заходів, програм та рекомендацій для педагогів та батьків.

Четверте завдання – дослідження особистості, соціального середовища та соціальних позицій хворого включає збір даних для функціонального діагнозу. «Функціональний діагноз, що представляє синтез клінічної та психологічної оцінки хворого в реальних умовах життя та діяльності, виражає динамічну характеристику стану індивіда та його зв'язку з соціальним середовищем та відображає ступінь, спосіб та основні тенденції компенсації нервово-психічних розладів». У процесі дослідження особистісних особливостей основна увага приділяється вивченню системи взаємовідносин хворого з навколишнім світом, його установкам та соціальним позиціям. При постановці функціонального діагнозу, передусім, враховуються компенсаторні механізми психіки, які можна використовувати для соціальної та професійної адаптації хворих.

П'яте завдання – оцінка динаміки психічних порушень та врахування ефективності терапії, орієнтована на лонгітюдний підхід дослідження психічних порушень, що дозволяє відстежити динаміку змін психіки у процесі психотерапевтичного впливу та оцінити ступінь ефективності цього процесу. Також це завдання може бути актуальним на етапі постановки функціонального діагнозу за відсутності чітких клінічних критеріїв, за необхідності більш глибокого судження про динаміку окремих психічних процесів і станів, а також для оцінки фармакодинамічних ефектів та оцінки ефективності реабілітаційних методів.

Шосте завдання – участь у експертній роботі. Вирішення цього завдання полягає у проведенні психодіагностичного обстеження та у складанні експертного висновку щодо певного об'єкту та напрямку експертизи (медико-соціальної, військово-лікарської, психолого-медико-педагогічної, психолого-психіатричної). Залежно від виду експертизи та змісту, поставлених перед експертом питань, психологічне обстеження підпорядковується тим чи іншим спеціальним завданням.

Сьоме завдання – реабілітаційна та психокорекційна робота. Це завдання спрямоване на участь у системі комплексних психотерапевтичних заходів, метою яких є оцінка психологічних факторів оточення хворого, зміцнення його

особистісного та соціального статусу, оптимізація зовнішніх умов для його адаптації, а також запобігання інвалідизації.

Практична спрямованість патопсихології передбачає використання широкого діапазону психокорекційних і психотерапевтичних методів та засобів. Так, клінічний психолог бере участь у психокорекційній та психотерапевтичній роботі з найближчим оточенням хворого (сімейне консультування, сімейна психотерапія), у розробці програм психокорекційних заходів з урахуванням специфіки хвороби та соціальної ситуації її розвитку, а також з урахуванням компенсаторних можливостей хворого.

Психодіагностичні методики є інструментарієм психолога, грамотне та адекватне застосування яких дозволяє вирішити вищенаведені завдання патопсихології. До ключових (професійних) компетенцій клінічного психолога входять не тільки знання та вміння застосовувати діагностичні методики, а й розробка нового діагностичного інструментарію.

Згідно з К.Корсаковою, «клінічно-психологічний синдром» – це закономірне поєднання симптомів, які виникають при порушенні пізнавальних процесів або особистості та в основі яких лежить недостатність ланки в системно-структурній будові психіки, яка викликана їх хворобливим процесом. Клінічно-психологічний синдром розглядається у межах двох підходів – патопсихологічного і нейропсихологічного. У патопсихології центральне місце займає пошук загальної ланки порушення вищих психічних функцій, які є в основі розвитку окремих симптомів при реалізації таких функцій. Наприклад, синдромоутворюючим радикалом при шизофренії може бути порушення мотивації, наслідком чого є характерні для цього захворювання зміни (або особливості) мислення, сприйняття, пам'яті та інше.

Із переліку психопатологічних синдромів найбільше значення у клініці (В.Блейхер, І. Крук) мають наступні:

- *шизофренічний, або дисоціативний симптомокомплекс* – складається із таких особистісно-мотиваційних розладів, як зміни структури ієрархії мотивів, порушення цілеспрямованості мислення (резонерство, різноплановість та інше);

емоційно-вольових розладів (спрощення та дисоціація емоцій, парабулії та інше), зміни самооцінки та самосвідомості (аутизм, відчуженість та інше);

- *психопатичний (особистісно-аномальний) симптомокомплекс* – складається із емоційно-вольових розладів, зміни структури ієрархії мотивів, неадекватності рівня вибагливості та самооцінки, порушення мислення кататимного типу, порушення прогнозування та опори на попередній досвід (у клініці – акцентуйовані та психопатичні особистості обумовлені у значній мірі аномальною основою психогенної реакції);

- *органічні (екзо-ендогенний) симптомокомплекси* – складаються із симптомів зниження інтелекту, повернення до системи попередніх знань та досвіду мислення; непостійність емоцій; зниження критичних здібностей (у клініці цьому відповідає екзогенно-органічне ураження головного мозку – церебральний атеросклероз); наслідки черепно-мозгових травм; а також «ендогенно-органічні» розлади типу істинної епілепсії та первинних атрофічних процесів у головному мозку;

- *олігофренічний симптомокомплекс* – складається з нездатності до навчання, формуванню понять, абстрагуванню, дефіциту загальних відомостей та знань, примітивності та конкретності мислення, підвищеної піддатливості та емоційних розладів.

Також необхідно виокремити симптомокомплекс психогенної дезорганізації, який характерний для *реактивних психозів*.

Патопсихологічний синдром грає суттєву роль в якості ланцюга під час проведення нозологічної та функціональної діагностики.

Патопсихологія є психологічною наукою, і тому її проблематику, перспективи та досягнення не можна розглядати окремо від розвитку та стану загальної психології, психологічного знання загалом.

Основні розділи роботи патопсихолога визначаються його участю в:

- вирішенні задач диференційної діагностики;
- оцінці структури та ступеня нервово-психічних розладів;
- діагностиці психічного розвитку та вибору шляхів загальноосвітнього

та трудового навчання та перенавчання;

- дослідженні особистості, соціального середовища та соціальних позицій хворого з метою отримання даних для функціонального діагнозу;
- оцінці динаміки нервово-психічних порушень та врахуванні ефективної терапії;
- проведенні експертної роботи;
- проведенні психокорекційної роботи.



Рис. 1.1. Взаємозв'язки патопсихології з іншими дисциплінами

Патопсихологія, як і будь-яка наукова дисципліна, розвивається у тісній взаємодії з іншими науками та під їх впливом. Вона пов'язана з низкою психологічних та медичних дисциплін, найближче коло яких представлено на рисунку 1.1.

Патопсихологія розвивається як прикладна галузь клінічної психології, отже, тісна взаємодія цих дисциплін зумовлена загальною спрямованістю та завданнями. У межах загальної наукової платформи патопсихологія взаємодіє з нейропсихологією та психосоматикою. Точкою дотику інтересів патопсихології та нейропсихології є вивчення порушень вищих психічних функцій внаслідок органічних ушкоджень мозку, а також вивчення механізмів їх відновлення.

Психосоматика вивчає структуру середовищних (зовнішніх) та особистісних факторів (внутрішніх), що обумовлюють формування та розвиток соматичних розладів, що також стосується інтересів патопсихології щодо вивчення особистісних особливостей, характеру взаємин хворого із соціальним середовищем, його установок та соціальних позицій.

Патопсихологія, розглядаючи порушення психіки, спирається на методологію та оперує поняттями загальної психології, враховує закономірності вікової динаміки психічного розвитку, які становлять сферу наукового пізнання вікової психології.

Проблематика дизонтогенезу поєднує інтереси патопсихології та спеціальної психології до структури інтелектуального дефекту у дітей та його детермінації (олігофренопсихологія). Об'єднуючим аспектом є пошук шляхів корекції інтелектуальної та емоційної сфери дітей з різними патологіями розвитку.

Зв'язок патопсихології, психіатрії та психопатології, як згадувалося, обумовлений їх загальною спрямованістю на спільний об'єкт – розлади психіки, дослідження яких з різних позицій (психологічної та медичної) розширюють феноменологію клінічних проявів хвороби, збагачуючи науку загалом.

Описані міждисциплінарні зв'язки є лише близьким колом найтіснішої взаємодії патопсихології з іншими дисциплінами. Насправді їх набагато більше. Так, завдання патопсихології передбачають проведення різноспрямованої експертної роботи (медико-соціальної, військово-лікарської, психолого-медико-педагогічної, судової психолого-психіатричної), внаслідок цього виникає необхідність взаємодії патопсихології з юридичною психологією, психологією праці, соціальною психологією, педагогікою та рядом інших дисциплін.

Патопсихологія володіє багатим досвідом власних методів, має велике практичне значення для діагностики психічних порушень. Методики експериментальної патопсихології застосовуються не лише у неврології і психіатрії, а й у інших галузях медицини. Так, періодично виникає необхідність

у реєстрації динаміки психологічного стану хворого (зміна параметрів уваги, коливання темпу працездатності та стомлюваності та ін.)

Слід виділити ряд теоретичних проблем патопсихології, що мають інтегративне значення для психології та психіатрії:

- вивчення структури та динаміки порушень пізнавальної, емоційно-вольової та особистісної сфери при різних психічних розладах, а також вивчення компенсаторних механізмів їх відновлення;

- вивчення співвідношення первинного та вторинного у структурі дефекту як предиктора дизонтогенезу;

- вивчення ролі особистісних та середовищних факторів у формуванні патологічної симптоматики хворих з різними психічними розладами;

- вивчення психологічних механізмів формування складних психопатологічних синдромів, у тому числі впливу індивідуального досвіду та особистості хворого на появу та динаміку цих синдромів;

- проблема співвідношення розпаду та розвитку психіки.

Перспективні напрями розвитку патопсихології виокремлено низкою авторів. Зокрема, Б. Зейгарник зазначала, що перспективи патопсихології вона бачить, передусім, у системному підході до дослідження хворих із психічними порушеннями. На думку Ю. Полякова, перспективним напрямом у патопсихології є розробка патопсихологічних синдромів, в основі якої лежить виявлення та вивчення порушених факторів у структурі психічної діяльності. На думку Б. Карвасарського перспективами розвитку патопсихології є психолого-педагогічна реабілітація та корекція, а також вивчення патопсихологічних синдромів, які, на думку вченого, відіграють істотну роль у нозологічній та функціональній діагностиці.

1.2. Основні напрями досліджень у патопсихології

У професійній діяльності клінічного психолога виділяють два основні напрями: а) психодіагностичний; б) психокорекційний.

Основні завдання психодіагностичного напрямку.

1. Отримання даних для діагностики. Перше завдання - це отримання даних для діагностики, (але НЕ діагностика психічних розладів). Нозологічний діагноз (лат. «нозо» - хвороба) ставить лікар-психіатр, а психолог разом з іншими фахівцями бере участь у постановці діагнозу шляхом отримання психологічних даних. Ці дані носять допоміжний характер, і їх цінність виявляється при зіставленні з результатами клінічного спостереження і інших лабораторних досліджень (електроенцефалограми, реоенцефалограми, біохімічного аналізу крові і сечі і ін.). Тому що в системі ієрархії мозкових процесів можна виділити різні рівні:

1. патобіологічний - характеризується порушенням морфологічної структури тканин мозку, біохімічних процесів, що протікають в них, і тому подібне. На цьому рівні працюють лікарі лабораторій біохімічною, клінічною;

2. фізіологічний - полягає в зміні перебігу фізіологічних процесів. Цей рівень досліджується лікарями лабораторії функціональної діагностики шляхом реєстрації електроенцефалограми, реоенцефалограми і ін.;

3. пато- і нейропсихологічний, для якого характерне порушення психічних процесів і пов'язаних з ними властивостей психіки. Ці порушення реєструє психолог.

4. психопатологічний, такий, що виявляється клінічним синдромом психічної патології. На цьому рівні працює лікар психіатр, який на підставі даних вищеперелічених фахівців і шляхом клінічного спостереження ставить нозологічний діагноз. Тобто, психолог не ставить завдання нозологічної діагностики у кожному окремому випадку у зв'язку з даними психологічних досліджень. Але все одно - кінцева мета комплексного дослідження - це постановка діагнозу. Психолог працює на рівні патопсихологічних синдромів.

2. Дослідження динаміки психічних порушень у зв'язку з терапією, що проводиться. Багаторазово проведені у процесі лікування психологічні дослідження можуть бути об'єктивним показником впливу терапії на перебіг хвороби, свідчать про ефективність проведеного лікування, а також

характеризують особливості настання ремісії і структури психічного дефекту, що формується при цьому (якщо мова йде про процесуальне захворювання). Іншими словами, вивчаються особливості впливу лікарського засобу на психоз. Тут можна виділити два чинники, важливих для подальшої лікарської тактики: перший – роль структури психічного дефекту у побудові подальших реабілітаційних програм, другий – відомий прогностичне значення визначається при дослідженні стану психічної діяльності хворого у зв'язку з лікуванням.

3. Участь в експертній роботі. Тут мається на увазі участь психолога в різних видах експертиз (судовій, військовій, педагогічній та ін.):

Як відомо, судово-психіатрична експертиза вирішує питання «осудності-неосудності», «дієздатності-недієздатності» підекспертного (підозрюваного, обвинуваченого, свідка, жертви). При проведенні судово-психіатричної експертизи психолог:

- по-перше, надає дані, що полегшують вирішення діагностичних питань (є дефект психіки чи ні);

- по-друге, встановлює ступінь вираженості психічного дефекту.

Психолог проводить також судово-психологічну експертизу. У проведенні цієї експертизи він відіграє провідну роль. Судово-психологічна експертиза проводиться у разі, коли у підекспертного відсутнє психічне захворювання, а для розуміння характеру досконалого злочину, структури, мотивів і потреб обвинуваченого, підозрюваного, необхідно встановити його особові особливості, виявити стани, які могли вплинути на людину у момент скоєння злочину (перевтома, страх, горе); встановити такі стани, як розгубленість, втрата орієнтування. Також проводиться судово-психологічна експертиза потерпілих і свідків. Практично завжди судово-психологічна експертиза призначається у справах неповнолітніх. При цьому визначається рівень їх пізнавальної діяльності і характер властивих їм індивідуально-особових особливостей. Пріоритет надається комплексним судовим психолого-психіатричним експертизам.

Другий вид експертизи - це посмертна експертиза. При проведенні цієї експертизи психологи, аналізуючи особливості особистості загиблого,

допомагають з'ясувати мотиви, якими він керувався при здійсненні тих або інших вчинків, у тому числі і мотиви здійснення суїциду.

Третій вид експертизи - це військова експертиза. В межах цієї експертизи вирішується питання про обмеження служби в армії. Тут йдеться про діагностику нерізко виражених форм олігофренії, стертих проявів шизофренії (особливо її простої форми), психопатії і ін. Психолог також встановлює наявність дефекту психіки і ступінь його вираженості. Психолого-медико-педагогічна експертиза необхідна для вирішення питання про те, де слід вчитися дитині – у звичайній або спеціальній школі. Вона проводиться на медико-психолого-педагогічних комісіях відповідно лікарем-психіатром, психологом і педагогом.

Другий напрям діяльності клінічного психолога - психокорекційний. Йдеться про участь психолога вже в самому лікувальному процесі. Психолог самотійно або спільно з лікарем проводить психологічну корекцію з лікувальною метою. Це може бути як індивідуальна, так і групова психотерапія. Вибір методу і техніки психотерапії залежить від характеру захворювання і особистісних особливостей хворого.

Основні напрями розвитку патопсихології

Можна виділити три основних напрями розвитку патопсихології: патопсихологія психічних процесів, психометрія у патопсихології та патопсихологічні синдроми. Представники першого напрямку досліджують психічні процеси в нормі та їх кількісні та якісні порушення. На сьогоднішній день накопичені дані про порушення психічних процесів при різних формах захворювань, які дозволяють визначити структуру дефекту та встановити ступінь психічних порушень, що використовується для диференційно-діагностичних цілей для розгляду якості ремісій, визначення характеру дії нових фармакологічних засобів тощо. Одним із найяскравіших представників цього напрямку є Б. Зейгарник, яка у 1927 році захистила дипломну роботу під керівництвом К. Левіна «Про запам'ятовування завершених та незавершених дій». Б. Зейгарник узагальнила та докладно описала патопсихологічні

дослідження пізнавальної діяльності, наприклад, порушення мислення у вигляді порушення операційної сторони мислення, порушення особистісного компонента мислення та порушення динаміки розумової діяльності.

Другим напрямом є психометрія у патопсихології. Представники цього напрямку розробляють, апробують та/або адаптують експериментальні методики для дослідження психіки хворих. Так, С. Рубінштейн опублікувала практичний посібник із застосування експериментальних методик з досвідом застосування їх у клініці, які спрямовані на дослідження сенсомоторної сфери, уваги, пам'яті, мислення, самооцінки психіки здорової та відхильної особистості. Це призводить до розмивання меж предмета патопсихології та психіатрії, до втрати нових фактів, суттєвих для клінічної картини психічно хворого, оскільки отримані дані, проаналізовані та проінтерпретовані без застосування категорій психологічної теорії, дають факти, які лікар може виявити у процесі клінічної бесіди та які носять вузький характер.

Представники третього напрямку вважають найбільш доцільним виділення патопсихологічних синдромів. Сутність патопсихологічного синдрому, як і в психіатрії, полягає в сукупності патогенетичних симптомів, ознак психічних розладів, які взаємозумовлені та взаємопов'язані та наближають до визначення нозологічної приналежності захворювання. Це положення про єдність розуміння синдрому з позицій психології та психіатрії визнають усі вчені, які взагалі визнають поняття патопсихологічного синдрому. Однак В. Блейхер, І. Крук, С. Боков бачать суттєві відмінності між патопсихологічним та психопатологічним синдромом: «...відмінність ця обумовлена не так формою синдрому, його складом, скільки різними рівнями функціонування центральної нервової системи, на яких ці синдроми виділяються».

На основі наукових розробок А. Лурія та Ю. Полякова ними розглядаються патобіологічний (порушення морфологічної структури тканин мозку і відповідно протікання біохімічних процесів тощо), фізіологічний (зміна перебігу фізіологічних процесів), пато- та нейропсихологічний (порушення психічних процесів та властивостей психіки), психопатологічний (симптоми та синдроми

психічної патології) рівні в системі ієрархії мозкових процесів. Ці рівні зумовлюють ієрархію функціонування психіки людини як дуже складного процесу, що визначає необхідність зусиль фахівців із різних галузей знань.

Отже, лікар-психіатр констатує наявність або відсутність симптомів та синдромів психічної патології та, за їх наявності, описує особливості їх перебігу, тоді як патопсихолог досліджує компоненти та фактори мозкової діяльності, порушення яких спричиняють формування хворобливої симптоматики.

Вперше було представлено типологію патопсихологічних симптомокомплексів (синдромів) І. Кудрявцевим. Надалі при розробці цієї проблеми вчений дає таке визначення: «Патопсихологічний симптомокомплекс – це відносно специфічний патерн (певним чином організований комплекс, структурована сукупність) внутрішньо пов'язаних, споріднених з походженням (патогенезу) та механізмів розвитку психологічних феноменів (симптомів) – ознак порушення емоційного реагування та пізнавальної діяльності, що несуть інформацію про рівень (глибину), обсяг (тяжкості) психічного ураження та деякі його нозологічні характеристики (діагностичне «зabarвлення») [4, с. 55]. Автором виділяється чотири основні патопсихологічні симптомокомплекси, які найчастіше зустрічаються при провадженні комплексної судової психолого-психіатричної експертизи: шизофренічний, органічний, психопатичний та психогенної дезорганізації психічної діяльності.

Узагальнюючи наукові дослідження та багаторічний досвід практичної роботи, І. Кудрявцев робить висновок про те, що «проведене динамічне порівняння повторних психіатричних нозологічних та патопсихологічних синдромальних діагнозів виявило високий ступінь їх відповідності, підтвердивши діагностичну надійність та інформативність. На підставі отриманих результатів можна стверджувати, що патопсихологічні синдроми, подібно до симптомокомплексів у психопатології та нейропсихології, є необхідним проміжним етапом на шляху сходження до синтезу вищого порядку - нозологічного та функціонального діагнозу» [4].

Ідею виділення патопсихологічних симптомокомплексів підтримала низка вчених: Г. Носачов, Д. Романов, З. Соловійова [5]. Вони розглядають наступну типологію патопсихологічних синдромів: симптомокомплекс психотичної дезорганізації, шизофренічний (дисоціативний) симптомокомплекс, або синдром, афективно-ендогенний синдром, олігофренічний синдром, екзогенно-органічний синдром, ендогенно-органічний синдром, особистісно психогенно-невротичний синдром. Подана типологія показує, що пропонується інший за змістом підхід до розуміння патопсихологічних симптомокомплексів або синдромів. Структура кожного запропонованого авторами синдрому розглядається в когнітивній, емоційній та мотиваційно-потребовій сферах психіки хворого.

Слід зазначити, що Г. Носачов, Д. Романов, З. Соловійова [5] вказують види нозологічних форм, у яких зустрічається той чи інший патопсихологічний синдром. Так, з семіотики зазначених авторів шизофренічний синдром зустрічається при шизофренії, шизо-афективному розладі, шизотиповому розладі, шизоїдному розладі особистості; афективно-ендогенний синдром спостерігається при маніакальній фазі маніакально-депресивного психозу (циклотимія), при шизофренії, при шизоафективних психозах, органічних ураженнях головного мозку; олігофренічний синдром зустрічається при всій збірній групі олігофреній від хромосомних аберацій до екзогенно-органічних уражень головного мозку; екзогенно-органічний синдром зустрічається при широкому колі «органічних» захворювань головного мозку (травматичне, інтоксикаційне, судинне, пухлинне, метаболічне, ендокринне, паразитарний генез), а також іноді — при шизофренії з тривалими термінами перебігу і як наслідок терапії із застосуванням психотропних засобів при «органічних» та «межових» психопатіях; ендогенно-органічний синдром зустрічається при епілепсії, при органічних захворюваннях головного мозку, при наслідках черепно-мозкової травми із судомним синдромом, при органічних розладах особистості, при епілептоїдній психопатії; особистісно-аномальний синдром зустрічається при психопатіях, психопатоподібних станах при шизофренії, при

органічних захворюваннях головного мозку, при черепно-мозкових травмах тощо; психогенно-психотичний синдром зустрічається при реактивних психозах; психогенно-невротичний синдром зустрічається при неврозах та невротичних станах.

Виходячи із запитів практики, досить ефективним вважається четвертий напрямок, а саме патопсихологічні дослідження при певних психічних захворюваннях. Слід зазначити, що В. Блейхер, І. Крук, С. Боков [1] зробили спробу описати патопсихологічну семіотику, але, на жаль, у більшості випадків - при клінічних проявах, що не викликають сумнівів. На наш погляд, затребуваним є не різноманітне уявлення про патопсихологічні синдроми, а більш чітке диференціювання проявів будь-якої нозологічної одиниці. Так, наприклад, при патопсихологічному дослідженні шизофренії необхідно діагностично вивчати вид шизофренії, перебіг, стадію захворювання, медикаментозну корекцію та її вплив на перебіг психічних процесів. При патопсихології особистісних розладів доцільно окремо розглядати патопсихологію психопатій та патохарактерологічних розвитків особистості, розлади особистості при безперервно поточній формі шизофренії та шизофренічного дефекту тощо. Окремо слід розглядати патопсихологічні дослідження в дитячій та підлітковій психіатрії.

1.3. Норма і патологія з точки зору різних психологічних підходів

Норма - (від латинського norma - зразок, правило) це:

- 1) міра, середня величина чогось, що характеризує сукупність випадкових подій, явищ;
- 2) прийнятий обов'язковий порядок, узаконене встановлення;
- 3) правило поведінки у певних ситуаціях;
- 4) форма регуляції поведінки;

5) поняття, що означає міру змін, у яких явища та системи, поведінка, діяльність, зберігають свої якості та функції, що задають їх внутрішню впорядкованість.

Терміну норма відповідає кілька основних змістів.

Перше - це статистичний зміст: область функціонування особистості (організму), яка зустрічається найчастіше, тобто є характерним для більшості людей. Ця норма визначається шляхом обчислення середнього значення із сукупності даних. Наприклад, більшість людей не мають галюцинацій, отже відсутність галюцинацій - це статистично нормально.

Друге - це оцінний зміст норми: еталон стану людини, «досконалість», якої прагнуть багато людей. Ці норми приймаються за згодою більшості (соціальні норми), або фахівцями, які мають право встановлювати відповідні правила (суспільство, лідери, фахівці тощо). Ненормальним є те, що не відповідає ідеалу. Одна із проблем норми: вибір нормативної групи, критерії відбору, тобто що саме у життєдіяльності вважати еталоном. Залежно від цього встановлюються різні межі норми.

Третє - психометричний зміст норми: воно близьке до статистичної моделі, тут ознаки патології розглядають виходячи з результатів психологічних вимірів, що вони відхиляються від середніх значень (різною мірою вираженості відхилень). Наприклад, вимір «невротичності» чи «інтелекту», маючи високі показники $IQ=150$, також є ненормальним, як і $IQ=65$, однак такі люди можуть успішно функціонувати у житті. Аналогічно, як і люди з високим рівнем невротичності можуть досить успішно функціонувати, при цьому мати статус психічного відхилення.

Четверте - утопічний зміст норми: виділяє як норму тих, хто є абсолютно здоровий психічно. У цьому підході переважна більшість людей є аномальними. Цю думку поділяв К. Роджерс, мотивуючи клієнтів до «самоактуалізації».

П'ятий зміст норми - відсутність патологічної, девіантної чи дивної поведінки: за основу визначення патології беруться симптоми або однозначно

диференційована поведінка. Що залежить від культуральних та групових особливостей. Прикладом може бути поширення наркотиків у молодіжних структурах, або нанесення татуювань. У цьому методі важко визначити чіткі межі між «нормою» та «патологією» («ексцентричністю» та «патологічністю»).

Шостий зміст норми - системна модель: нормальне функціонування в якій сприймається як набір систем, що у гармонійній взаємодії і добре адаптовані. У цьому підході допускається взаємозв'язок між біологічною, емоційною і професійною сферами та його адаптивне функціонування.

Патологія (pathology; pathologic) у широкому значенні - вивчення хвороби з метою розуміння її причин та застосування здобутого знання для лікування хворого. У вузькому значенні - страждання, зміна душі під впливом будь-якого впливу, будь-яке відхилення від встановленої норми. У медицині під цим поняттям зазвичай припускають порушення на біологічному рівні функціонування організму. У клінічній психології маються на увазі такі відхилення від норми, які не містять біологічних компонентів. Патологічний розвиток особистості - стандартний стан функціонування особистості змінюється через морфофункціональні порушення, порушення адаптації.

Е. Фромм визначає психологічну норму так: «Це продуктивність, невідчуженість від суспільства, зв'язок через емоції із зовнішнім світом, розуміння об'єктивної реальності, усвідомлення власної неповторності та зв'язку з ближніми. Психічно здорова людина не визнає ірраціональних авторитетів, але охоче підкоряється раціональним за сумлінням та розумом. Вона постійно відроджується і дивиться на життя як найбільше з благ». Для аналізу психологічної норми та патології, виходячи з принципів системності, детермінізму та розвитку, аналізують такі положення:

- 1) психічний розвиток (рушійні сили);
- 2) структурно-динамічні характеристики психіки (стадії розвитку, механізми роботи);
- 3) здорова особистість та пристрої виникнення патології.

Норма та патологія з погляду різних психологічних шкіл

Психоаналітична концепція

Засновником цього підходу є З. Фрейд, послідовниками були А. Адлер (індивідуальна психологія), К. Юнг (аналітична психологія), Г. Салліван, Е. Фромм, К. Хорні (соціальний психоаналіз та інтерперсональні відносини), М. Кляйн (теорія об'єктних відносин), Х. Хартман (психологія самості).

З. Фрейд - у класичному психоаналізі предметом вивчення були істерія та невроз нав'язливих станів. При вивченні цих розладів з'явилося уявлення про основне місце в патології, несвідомих потягів, потім воно було перенесене на нормальний розвиток. З. Фрейд розглядає людину «як тварину», суть якої залишається незмінною і ховається під «лушпинням культури». За здорового психічного розвитку відбувається продуктивний перерозподіл енергії лібідо (сублімації) на плідні життєві цілі - наближення до інших людей та творчість.

А. Адлер визначає осередок патології у переживанні почуття неповноцінності, дефекти розвитку. Причиною неврозів він вважав невідповідну компенсацію почуття неповноцінності та відособленість від інших людей. Він вбачає здоровий розвиток у співпраці з іншими людьми.

К. Юнг створив теорію «неврозів у другій половині життя», він виділяє страждання від «безглуздості та безпредметності свого життя». Наголошує на важливості формування інтегрованої особистості.

Г. Салліван розглядав психічне здоров'я та патологію як функції найближчого соціального оточення. Якщо суспільство не дає дитині почуття безпеки, це сприяє розвитку тривоги, що може призвести до психотичного зриву.

Е. Фромм переміщує акцент норми та патології на інтерперсональні відносини. Він підкреслює соціальність людини, її потребу відчувати інших людей, спільність із нею. Е. Фромм і К. Хорні розширили модель Г. Саллівана, наголошують на культурній зумовленості неврозів. «Неврози породжуються як окремими переживаннями людини, але й тими специфічними культурними умовами, у яких живемо». Він наголошує на важливості вибіркової неуваги до досвіду, який суперечить усталеній «Я-системі».

М. Кляйн також наголошує на важливості культури, проте наголошує на інтерперсональних відносинах з головними постатями раннього дитинства.

Дж. Боулбі наголошує на важливості у формуванні нормального розвитку думки про себе та іншу близьку людину «Я - інший». Це уявлення формується у дитинстві та визначає конструктивність чи деструктивність.

Д. Вінікот, М. Балінт, М. Малер трансформують теорію З. Фрейда про механізми розвитку. Якість взаємодії дитини з матір'ю, особливо емоційної сфери пов'язане з формуванням адаптивних функцій «Его» та сприяє адаптивному сприйняттю дійсності. Наголошують на важливості сепарації для нормального розвитку дитини, яка необхідна для кооперативних відносин з іншими людьми.

К. Кохут виділяє важливість задоволення психологічних та емоційних потреб дитини, а не біологічних. Наголошує на внесках травматизації на ранніх стадіях розвитку у формуванні патологічного розвитку особистості. Внаслідок цього виникають перепони у формуванні основного почуття себе та своєї цілісності.

Когнітивно-біхевіоральна концепція

Засновником цього напрямку є Б. Скіннер. Попередниками біхевіоризму є російські фізіологи В. Бехтерев та І. Павлов та американські вчені Е. Торндайк, Дж. Уотсон та Б. Скіннер - розробники радикального біхевіоризму. Вони відмовилися від вивчення психічних процесів та сфокусували увагу на вивченні поведінки. Уявлення про патологію у радикальному біхевіоризмі описав М. Селігмен «Концепція вивченої безпорадності».

Когнітивні психологи У. Найссер і Дж. Міллер на їхню думку, психічні порушення пов'язані з переробкою інформації. Р. Лазарус запропонував концепцію патології - порушення процесів подолання стресу та процесів переробки інформації (їх не оптимальність), він наголосив на важливості розвитку навичок вирішення проблем.

У 1960р. починає розвиватися когнітивно орієнтована модель, у якій поняття патології сприймається як дисфункціональна система переконань,

особливі когнітивні структури чи когнітивні схеми. В основі моделі - теорія Ж. Піаже, Дж. Келлі. Теорію норми та патології у цьому напрямку розвивали А. Бек та А. Елліс, далі М. Махоні, Дж. Ліотті та В. Гвідано. Вони поєднали думки психодинамічного підходу про значущість когнітивних структур та раннього досвіду з ідеями когнітивно-біхевіорального підходу про важливість поведінки та процесів переробки інформації.

Г. Айзенк (теорія особистісних рис) відзначав патологію як різні особистісні передиспозиції або параметри, риси, що спостерігаються: специфіка поведінки та емоційних реакцій, утворюють певні групи.

З погляду теорії оперантного обумовлення Б. Скіннера, патологія - неправильне навчання та дефіцит адаптивних реакцій. Рідкісна регуляція поведінки дитини при оперантному підкріпленні призводить до дефіциту соціальних навичок і труднощів в адаптації.

Дж. Доллард, Н. Міллер і К. Халл розглядали концепцію психічної патології, засновану на первинних (вроджених: голод, біль тощо) і вторинних (засновані на навчінні, пов'язані з первинними) - стимулах, здатних викликати певну поведінку. Наприклад, тривога є стимулом у поведінці – уникненні. Конфлікт між двома стимулами є основою освіти психічної патології.

А. Лазарус розглядає патологію розвитку психіки як недостатність у переробці інформації, яка ускладнює ефективність вирішення життєвих завдань.

А. Бек визначає психічну патологію як різноманітні помилки мислення, що призводять до спотворення реальності.

А. Елліс у своїй концепції раціонально-емотивної терапії виділяє важливість у формуванні патології надмірно сильних деструктивних почуттів, в основі яких лежать ірраціональні уявлення. Наприклад, такі як ірраціональні установки: «Я ніколи не повинен помилятися» тощо.

Екзистенційно-гуманістична концепція

Представники екзистенційного підходу визначають психічну патологію як відмову від зростання та розвитку. На їхню думку, людина - вільна і несе відповідальність за здійснення свого буття у світі.

Засновник екзистенційної психології Л. Бінсвангер визначає патологію як існування в несправжньому світі, відчуття відсутності свободи і втрата перспективи майбутнього. Він наголошує на важливості несправжніх відносин з іншими людьми в походження психічної патології.

В. Франкл зазначає основою розвитку патології - екзистенційний вакуум (духовна порожнеча), неблагополуччя через позбавлення сенсу життя.

Представники гуманістичної психології визначають патологічний розвиток як відсутність чи не повноту інтеграції досвіду та автономності. Нездатність мати власну думку, відмінну від соціальних стереотипів, приймати рішення та нести за них відповідальність.

К. Роджерс - на його думку, психічна патологія виникає через невідповідність «Я-концепції» з реальним досвідом.

Л. Виготський - творець культурної, історичної чи інструментальної теорії, ядром якої є думка про розвиток людської психіки шляхом інтеріоризації. Далі розробляли концепцію клінічної психології: О. Леонтьєв, О. Лурія, Б. Зейгарник, В. Лебединський, С. Рубінштейн, А. Співаковська та інші.

Л. Виготський визначав психічну патологію як порушення вищих психічних функцій (бідність їхньої усвідомленості, опосередкованості та довільності).

Б. Зейгарник, С. Рубінштейн, О. Лурія розуміли порушення психіки як порушення психічної діяльності, наголошували на специфіці порушень при різних розладах. Виділили важливість мотиваційного компонента у розвитку психічної патології.

Б. Зейгарник на основі теорії діяльності О. Леонтьєва виділяє моделі різних форм психічної патології - порушення переважно одного з аспектів діяльності: операційного, мотиваційного, особистісного.

Ю. Поляков, Т. Мелешко конкретизували структуру психіки, систематизували ознаки різних психічних аномалій, екстрагували патопсихологічні синдроми.

Б. Братусь бачить причиною виникнення психічної патології - формування патологічних потреб та мотивів.

В. М'ясищев перший заговорив про біопсихосоціальний підхід у психіатрії та психології, він заснував свою концепцію на взаємозв'язку процесу діяльності психіатрів та психологічної допомоги психічно хворим. Він також наголошував на важливості стилю батьківського виховання в патологічному розвитку особистості. З погляду В. М'ясищева головним у виникненні психічної патології є конфлікти та протиріччя у системі відносин особистості з навколишнім середовищем. Б. Анан'єв займався розробкою нормального розвитку психіки в онтогенезі.

РОЗДІЛ 2

ПАТОПСИХОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ: ОСНОВНІ МЕТОДИ ТА ПРИНЦИПИ

2.1 Специфіка патопсихологічного експерименту

У сучасній клінічній психології можна виділити два види експериментально-патопсихологічних досліджень. Перший вид спрямовано рішення науково-теоретичних завдань. Характерною рисою такого дослідження є акцентування уваги на якомусь одному психічному процесі, що вивчається у спеціально створених умовах. Наприклад, таке дослідження актуальне щодо психологічних особливостей порушень пам'яті при епілепсії, різних аспектів мисленнєвої діяльності при маячних станах тощо. Зазвичай, у таких випадках вивчаються однорідні і репрезентативні групи хворих, відібраних відповідно до мети і завдань дослідження.

Другий вид експериментально-патопсихологічних досліджень має клініко-практичну спрямованість, метою якої є діагностична чи експертна оцінка. Предметом такого дослідження виступає не прицільне вивчення окремого порушення психічної діяльності, а комплексна оцінка всієї психіки як цілісної системи. На думку Б. Зейгарник, саме у такому підході виражається специфіка патопсихологічного експерименту, оскільки кваліфікація будь-якого психічного розладу вимагає ретельного вивчення умов, причин розвитку та виявлення механізмів симптомів.

Також відмінністю цих двох видів патопсихологічних досліджень є їх тривалість. Теоретично-спрямоване дослідження передбачає численну серію дослідів, що зумовлює його протяжність у часі, наприклад, під час проведення лонгитюдного дослідження можуть знадобитися роки. Практично-спрямований експеримент включає два-три сеанси з тривалістю не більше години. Особливо обмеженою є тривалість дослідження хворих з органічними ураженнями головного мозку, для яких характерна підвищена психічна виснажливність.

Основним методом патопсихології є експеримент, а як додаткові методи використовуються спостереження, бесіда, аналіз історії життя випробуваного (анамнез), аналіз продуктів діяльності тощо. Завдяки експерименту, як зазначає С. Рубінштейн, «причина явища відокремлюється від умов, у яких воно розвивається, стають відомими умови, що посилюють, послаблюють чи знищують це явище. Таким чином, стає можливим пізнання причин та закономірностей розвитку та зникнення явища, тобто його сутності».

Підбір діагностичних методик і вся програма дослідження залежать від клінічного завдання, яке стоїть перед психологом у кожному окремому випадку (науково-теоретичне, діагностичне, експертне, психокорекційне). Також при виборі методик необхідно враховувати освітній рівень хворого, його індивідуальні особливості, психічний стан та ставлення до дослідження.

За своєю суттю будь-який експеримент - є штучна маніпуляція умовами з метою визначення відносин між явищем, що спостерігається, і умовами його прояву. Експеримент дозволяє поперемінно виключати окремі фактори з метою встановлення закономірних зв'язків та передбачає багаторазове повторення спостереження, а також об'єктивну реєстрацію даних.

Експериментальні завдання будуються за принципом функціональних клінічних проб. На думку С. Рубінштейна, дозоване інтелектуальне навантаження є, за своєю суттю, адекватною функціональною пробою, що відображає функціональність психічної діяльності головного мозку, а тому експериментальні завдання є різними моделями звичайної когнітивної діяльності.

Специфіка патопсихологічного експерименту, як зазначають В. Блейхер та І. Крук, полягає у «викликанні психічних процесів у конкретних умовах, що враховуються дослідником, і можливість зміни перебігу цих процесів за задалегідь наміченим планом» [17].

У своїй роботі С. Рубінштейн виділяє три способи видозміни умов, в яких можна спровокувати зменшення чи збільшення психопатологічних змін, властивих випробуваному. Перший спосіб - зміна умов експерименту.

Процедура експерименту і реєстрація явища, що спостерігається проводиться або в умовах абсолютної тиші, або, відповідно до мети дослідження, а в умовах спеціально створюваних перешкод – шуму або словесних подразників.

Другий спосіб - спеціальна зміна діяльності випробуваного. Пацієнту пропонується виконати різні за змістом завдання, наприклад, вивчення особливостей розумової діяльності виконавши методику «Виключення зайвого», вивчення стану пам'яті засвоєнням певної інформації. Варіюється або характер запропонованої хворому діяльності, або рівень складності завдань.

Третій спосіб - фармакологічний вплив. Процедура експерименту полягає у штучній зміні стану пацієнта шляхом застосування спеціальних засобів (фармакологічних препаратів), при цьому зміна показників психічної діяльності хворого реєструється при кожному застосуванні окремого лікарського препарату.

Психолог проводить обстеження людини, яка страждає на психічне захворювання, і сама процедура експерименту передбачає врахування ставлення хворого до ситуації, що у свою чергу відбивається як на тривалості експерименту, так і на алгоритмі самої процедури. Позиція психолога в ході експерименту має бути гнучкою, за умови неадекватного ставлення хворого до процедури психологічного дослідження психолог повинен суттєво змінювати свою тактику, використовувати інші заздалегідь підготовлені методики. З усього цього випливає, що організація проведення патопсихологічного експерименту вимагає значного попереднього опрацювання яка передбачає наступне:

- прогноз відношення та реакції хворого як на окремі стимульні засоби, так і на саму процедуру дослідження;
- врахування взаємозв'язку зовнішніх факторів, що впливають на хід і результат психічної діяльності хворого;
- наявність додаткових і альтернативних методів і засобів, необхідних у разі непередбачених ситуацій в ході експерименту.

Результати патопсихологічного експерименту мають значення для підбору методик психотерапії. Експеримент дозволяє виявити певні особистісні

характеристики хворого (наприклад, гіпнабельність, конформність або нонконформність, емоційну лабільність тощо), його інтелектуальний рівень, що є важливим для визначення стратегії подальшої корекційної роботи. Інакше кажучи, враховуючи динаміку змін психічної діяльності пацієнта, патопсихологічний експеримент стає частиною психотерапевтичного процесу.

Психотерапевтична спрямованість патопсихологічного експерименту також виявляється в процесі його проведення, коли психолог показує хворому виявлене у нього збереження психічних функцій, які останній вважає грубо порушеними, і навмисне підкреслює наявність ресурсів для протистояння хвороби та інвалідації. У подібних випадках патопсихологічний експеримент може бути використаний для зміни самооцінки стану пацієнта як його суб'єктивного прогнозу. Демонстрація виявлених експериментально позитивних показників психічної діяльності дозволяє виробити у хворого оптимістичну позицію на подальше лікування.

2.2. Принципи побудови патопсихологічного експерименту

Патопсихологічний експеримент є центральною ланкою патопсихологічного дослідження, він спрямовано створення умов, що виявляють характерні особливості психічної діяльності хворої людини.

Маючи багаторічний практичний досвід, Б. Зейгарник та С. Рубінштейн сформулювали ряд важливих положень, які склали методологічну основу проведення патопсихологічних експериментів.

Основні принципи побудови патопсихологічного експерименту (за С. Рубінштейн і Б. Зейгарник):

- 1) системний якісний аналіз психічної діяльності.

Основа цього положення склали ідеї Л. Виготського, С. Рубінштейна, О. Леонтьєва про соціальну детермінацію формування вищих психічних функцій у процесі діяльності та про особистість як психологічний феномен. Б. Зейгарник зазначає: «Патопсихологічний експеримент спрямований не так на дослідження

та вимір окремих процесів, а на дослідження людини, що здійснює реальну діяльність. Він спрямований на якісний аналіз різних форм розпаду психіки, на розкриття механізмів порушеної діяльності та на можливості її відновлення». Так, при дослідженні порушень пізнавальних процесів за допомогою експериментальних прийомів та методів клінічний психолог повинен не тільки виявити механізми розпаду розумових операцій хворого, сформованих у процесі його життєдіяльності, але й виявити всі аспекти преморбідного фону розвитку патології, визначити індивідуальні психологічні особливості.

2) спрямованість як на порушення, так і на збереження з боку психічної діяльності. Побудова патопсихологічного експерименту повинна бути організована таким чином, щоб була можливість виявити не тільки структуру змінених, а й збережених форм психічної діяльності. Цей принцип ґрунтується на концептуальній позиції А. Лурії щодо системного характеру вищих психічних функцій та пластичності головного мозку, що зумовлює можливість відновлення функцій порушених ланок. Численні дослідження (А. Лурія, А. Леонтьєв, С. Рубінштейн, А. Запорожець, Л. Занков, Е. Бейн та ін.) показали, що успішність відновлення порушених функцій залежить від того, наскільки відновлювальна робота спирається на збережені ланки психічної діяльності.

3) врахування особистісного ставлення хворого до ситуації експерименту. Ставлення хворого до процедури дослідження є важливим фактором у дотриманні «чистоти» експерименту, що полягає у максимально можливому усуненні різних перешкод та одержанні точних даних. Клінічний психолог повинен виявити і вміти нівелювати негативне ставлення хворого. Звичайно, не завжди можна спрогнозувати реакцію на проведення дослідження (наприклад, при абсурдному ставленні, збудженні або загальмованості), у таких випадках потрібна екстрена перебудова та використання заздалегідь підготовлених альтернативних методів.

4) неприпустимість упередженого та жорсткого підходу психолога до пацієнта. Патопсихологічний експеримент є взаємною діяльністю експериментатора та досліджуваного. Як зазначає Б. Зейгарник: «Якщо інструкція є жорсткою, то

погляд експериментатора, його міміка можуть змінити ситуацію експерименту, ставлення хворого», отже, можуть несвідомо змінюватись його дії та мотивація.

5) моделювання нормальної психічної діяльності. Цей принцип полягає в моделюванні будь-якої психічної діяльності, при якій цільова спрямованість експерименту залишається прихованою для досліджуваного. Його спонукають до виконання завдань у штучно створених умовах, що досягаються за допомогою зміненої установки. Наприклад, мета дослідження - зміст і зв'язність вільних асоціацій, але досліджуваного запитують - чи може він швидко говорити, і пропонують «на швидкість», якнайшвидше назвати певну кількість різних слів. Або під приводом перевірити, чи у пацієнта хороша образна пам'ять, йому пропонується стимульний матеріал методики «Піктограми», діагностична спрямованість якої як особливості пам'яті, так і мислення. Модель експерименту має бути так представлена, зазначає С.Рубінштейн, щоб «суть, або серцевина, досліджуваного психічного процесу не залежала від намірів хворого, була від нього в багатьох випадках прихована».

б) точність реєстрації даних та об'єктивність їх інтерпретації. Експеримент вимагає точної та об'єктивної реєстрації даних. При модифікації конкретних методичних прийомів неприпустимо зводити експеримент до вільної розмови з пацієнтом чи обмежуватися суб'єктивною інтерпретацією експериментальних даних. Результати патопсихологічного експерименту обов'язково і максимально точно реєструються у протоколі дослідження. У протоколах зазначають особливості поведінки клієнта, розуміння ним інструкцій, особливості виконання завдання. Отримані дані перевіряються у повторних дослідках із застосуванням альтернативних методик, що дозволяє підвищити об'єктивність результатів.

2.3 Основні вимоги до змісту та проведення патопсихологічного дослідження

Патопсихологічне дослідження, як і будь-яке інше наукове дослідження, проводиться у кілька етапів. Зміст окремих компонентів дослідження має бути наповнений відповідно до практичного запиту і може варіювати в межах цього запиту, але загальна схема та дотримання послідовності етапів та кроків є незмінним.

Як можна бачити на рисунку 2.1, загальний план патопсихологічного дослідження включає три етапи: підготовчий, основний і заключний.



Рис. 2.1. Основні етапи патопсихологічного дослідження

1. Підготовчий етап. На цьому етапі формулюється проблема дослідження залежно від поставленого практичного завдання (запиту). Завдання може бути поставлене перед психологом лікарем (у клініці) чи педагогом (в освітньому закладі), але й сам психолог на підставі звернення клієнта (наприклад, в умовах центру надання психологічної допомоги) може сформулювати практичне завдання. Формулювання проблеми дослідження є конкретизацією поставленого практичного завдання.

Наступним кроком є планування дослідження. Насамперед для складання плану необхідно зібрати докладні відомості про клієнта. Як правило, в клінічних умовах основні дані надає лікар, в межах корекційного навчального закладу ці дані надає шкільний лікар, соціальний педагог чи психолог, який безпосередньо працює з дитиною. Зібрані дані дозволяють психологу вивчити історію хвороби (анамнез), проаналізувати преморбідний фон патології, відзначити важливі характерологічні особливості, які необхідно врахувати під час проведення дослідження.

Далі необхідно розробити план дослідження, який включає наступні компоненти:

- постановка мети;
- висування робочої гіпотези;
- визначення завдань, необхідних та достатніх для досягнення мети;
- підбір методик та методів, релевантних меті та завданням дослідження.

2. Основний етап. На цьому етапі здійснюється сам емпіричний процес патопсихологічного дослідження. Одним з головних завдань цього етапу є встановлення контакту з досліджуваним, оскільки від цього залежатиме як сама процедура дослідження, так і достовірність отриманих результатів. Психологу необхідно переконатись що контакт встановлений та клієнт зрозумів те, що він має зробити. Як правило, готовність клієнта досягається шляхом однієї або двох попередніх спроб за допомогою допоміжного стимульного матеріалу.

Потрібно пам'ятати, що патопсихологічне дослідження спрямоване на комплексний якісний аналіз психічної діяльності досліджуваного, при цьому психолог повинен не тільки виявити порушені ланки у структурі психічної діяльності хворого, але й визначити збережені та компенсаторні можливості. На цьому етапі потрібна точна фіксація результатів виконання завдань, і навіть особливості їх виконання (поведінка, емоції, висловлювання тощо.).

3. Обробка та аналіз даних патопсихологічного дослідження. Обробка результатів починається з кількісного аналізу, підрахунку правильних та помилкових дій або відповідей клієнта (з урахуванням певних проміжків часу

при виконанні різних завдань), підрахунку балів відповідно до ключа методик. Після того, як отримані кількісні показники, можна приступити до якісного аналізу результатів дослідження. Особливу увагу, як вже згадувалося вище, необхідно приділити емоціям досліджуваного, особливостям його поведінки при можливих ускладненнях і допущених помилках та висловлювань, що супроводжують виконання завдань. При цьому може з'явитись потреба продовжити дослідження, або змінити його алгоритм, включити методи, що дозволяють уточнити окремі результати та отримати вичерпну інформацію про психічну стійкість. При проведенні якісного аналізу слід враховувати різні негативні чинники, що впливають на людину у процесі дослідження (зовнішні умови, налаштування, ставлення, хвилювання, тривожність тощо), що загалом підвищать об'єктивність загальної оцінки.

4. Інтерпретація результатів та висновок. Інтерпретація результатів дослідження є розкриття сутності досліджуваного патологічного процесу психічної діяльності особистості, її особливостей та основних характеристик. Конкретні висновки містять опис об'єктивних показників окремих порушень, підкріплених прикладами, а також паралельний опис емоційних і поведінкових реакцій досліджуваного, зафіксованих у процесі патопсихологічного дослідження.

2.4. Психологічний висновок та рекомендації для його складання

Психологічний висновок, за своєю суттю, є конкретизованою відповіддю на поставлене практичне питання. Висновок не має стандартної форми, оскільки не має однакових досліджень із єдиним комплексом методик, може бути стандарт укладання.

Проте для того щоб отримані дані патопсихологічного дослідження не тільки відповідали практичному запиту, але й могли бути представлені іншим фахівцям, які мають безпосереднє ставлення до проблеми, що вивчається (лікар, експертна комісія та ін.), введені певні вимоги до структури висновку, що

дозволяють послідовно викласти результати дослідження. У клінічних умовах це може бути уніфікована форма або бланк, але, загалом, висновок - це творча робота психолога, показник його кваліфікованості та професійної зрілості.

Отже, розглянемо окремі складові та зміст патопсихологічного висновку.

Паспортна частина включає:

- короткі відомості про досліджуваного (прізвище, ім'я, по батькові, вік, стать, національність, освіта тощо). Ці дані слід зашифрувати;

- практичне завдання (мета дослідження) як основний запит, який формулюється лікарем, педагогом, батьками або самим клінічним психологом залежно від його сфери діяльності;

- клінічний діагноз (за його наявності або припущення, яке психолог отримує від лікаря);

- короткий анамнез, що включає відомості про початок і розвиток хвороби, основні прояви, умови життя, перенесені захворювання, хронічну патологію, спадковість та ін. (відомості про анамнез психолог отримує від лікаря (в умовах клініки), від шкільного лікаря або педагога (в умовах освітньої установи), від батьків за їх особистого звернення за психологічною допомогою).

Також у цій частині можуть бути описані скарги самого досліджуваного щодо його стану. Ці відомості можуть бути важливими у випадках, коли опис пацієнта відрізняється від опису лікаря, батьків, педагога.

Описова характеристика виконання завдань включає короткі відомості про те, як працював клієнт при виконанні методик, рівень його активності та зацікавленості (старанно / недбало, зацікавлено/без інтересу, оцінював чи ні свої результати). Показник зацікавленості у результатах дуже важливий для клінічного психолога, оскільки, на думку С. Рубінштейн, «чим більш збережена особистість, тим зазвичай глибше виражена емоційна реакція на дослідження в цілому. У психопатів вона набуває іноді перебільшеного характеру. Небайдуже ставлення до факту дослідження спостерігається при глибокому розпаді особистості або за дуже глибокої депресії».

Виклад основних результатів дослідження має містити в стислій формі

відомості про характер пізнавальної сфери досліджуваного, причому висновки в кожному випадку підкріплюються конкретними емпіричними даними. Починати опис потрібно з центрального дефекту, виявленого у процесі дослідження. Потім звернути увагу на його взаємозв'язки та описати вторинні дефекти, що загалом дає можливість подати психологічний синдром порушень психічної діяльності. Вміння психолога виділити та коректно кваліфікувати те чи інше порушення психічної діяльності є важливим кроком патопсихологічного аналізу. У цій частині висновку також описуються збережені сторони психічної діяльності пацієнта, обов'язково вказуються особливості емоційної, мотиваційно-вольової сфери та особистісні характеристики, виявлені під час дослідження.

Наприкінці робиться короткий висновок або резюме, що є конкретною відповіддю на поставлене практичне питання, якому підпорядкована мета дослідження. У цьому короткому висновку викладаються найважливіші результати дослідження, що характеризують структуру основного психологічного синдрому. Резюме не повинно містити судження про діагноз або його постановку, оскільки це стосується компетенції лікаря. Разом з тим, при постановці функціонального діагнозу до компетенції психолога входить формулювання діагнозу щодо особистісної та соціальної сфери клієнта.

2.5. Прийоми і методи патопсихологічної діагностики

У патопсихологічному дослідженні застосовуються як стандартизовані, так і нестандартні методи, створені та багаторазово апробовані у науковій практиці. До нестандартних методів відносяться – бесіда, спостереження, біографічний метод, аналіз продуктів діяльності та ін., деякі особистісні особливості та багато іншого.

Позитивними аспектами нестандартних методів є: гнучкість та варіативність психодіагностичної процедури, можливість глибокого проникнення у внутрішній світ клієнта, висока ефективність щодо мінливих станів, всебічне охоплення вивчення особистості.

Як згадувалося вище, методи бесіди і спостереження в патопсихологічному

дослідженні застосовуються як додатковий або, точніше сказати, допоміжний засіб експериментального процесу, але їх роль більш значна, ніж роль окремих тестових прийомів.

До стандартизованих методів належать тести, анкети, опитувальники, проєктивні техніки та психофізіологічні процедури обстеження. По суті, стандартизація передбачає однаковість процедури, починаючи від інструкції, закінчуючи способами кількісної, якісної обробки та інтерпретації отриманих результатів.

Позитивними аспектами стандартизованих методів є: врахування об'єктивних показників та можливість їх перевірки, оперативність та економічність у часі, кількісний диференційований характер оцінки, можливість комп'ютеризації процедури обстеження та обробки результатів, можливість проведення групового обстеження.

На сучасному етапі найбільш ефективним підходом у підготовці комплексного патопсихологічного дослідження є поєднання експериментально-психологічних та стандартизованих методів. З метою підвищення об'єктивності висновків у патопсихологічному дослідженні залежно від завдань доречно використовувати тести інтелекту, багатофакторні особистісні опитувальники, проєктивні методи.

Метод спостереження. Як відомо, спостереження є одним із методів дослідження в психології, який характеризується цілеспрямованим та організованим сприйняттям та реєстрацією психічних проявів. У деяких галузях психології використовують метод спостереження як провідного чи основного. Так, природний експеримент у межах вікової психології неможливий без спостереження дітей раннього віку, їх процесу гри, поведінки під час занять.

У патопсихології спостереження є фоновим процесом, який охоплює весь перебіг дослідження і продовжується протягом усієї взаємодії з клієнтом. Особливістю психологічного спостереження є відстеження окремих елементів, що характеризують як емоційний стан, і поведінкові патерни. Насамперед слід відзначати типові елементи поведінки, характерні для тих чи інших форм

психічних розладів. Також важливим може стати відстеження парадоксальних, нехарактерних (нетипових) для хворих проявів реакцій і змін у його поведінці. Вони можуть свідчити про зміну психічного стану чи ставлення пацієнта до експерименту чи експериментатора. Важливо відзначити особливості зовнішнього вигляду, виразу обличчя, положення тіла, голови та кінцівок по відношенню один до одного, тобто характерні для хворого пози під час обстеження.

Працюючи з досліджуваним обов'язково слід звертати увагу на прояви нетипових щодо його віку чи рівня освіти мовних висловлювань, поведінкових і емоційних реакцій. Такі особливості поведінки можуть бути додатковими показниками дизонтогенезу у дітей та психічних розладів у дорослих. В процесі самого експерименту слід особливо звертати увагу на міміку, жести, дихання, зітхання випробуваного під час виконання завдання, його відволікання на зовнішні подразники. Важливо відзначити, як він починає виконання завдання, послідовно або імпульсивно працює тощо. Все це різноманіття рухових та емоційних реакцій психолог обов'язково відображає в протоколі.

Метод бесіди. У психологічному дослідженні метод бесіди є видом опитування, метою якого є отримання необхідної для психолога інформації у вигляді діалогового спілкування з досліджуваним. У патопсихологічному дослідженні метод бесіди має власну специфіку, оскільки об'єктом дослідження є особистість з психічним розладом. Успіх проведення бесіди великою мірою залежить від рівня компетентності дослідника. Психолог обирає стратегію розмови відповідно до мети та завдань дослідження, а тому він має заздалегідь підготувати план бесіди, продумати та точно сформулювати питання, враховуючи особливості сприйняття та мислення хворого. У розмові потрібно прагнути використовувати відкриті питання, які передбачають розгорнуту відповідь досліджуваного, необхідно уникати складних термінів.

На думку ряду авторів (Б.В. Зейгарник, Б.Д. Карвасарський, І.Ю. Левченко та ін.), патопсихологічна бесіда виконує дві основні функції: діагностичну та терапевтично-корекційну. Ці функції добре простежуються різних етапах

експерименту. Б.В. Зейгарник виділяє 2 частини бесіди.

Перша частина – це бесіда на початку експерименту. Вона спрямована на взаємодію з хворим, встановлення з ним контакту. У попередній бесіді психолог дізнається ставлення хворого до експерименту і при необхідності коригує його установки за допомогою підбадьорливих фраз, налаштовує успішне виконання експериментальних завдань. Також важливо, щоб позиція психолога в діалозі сприймалася клієнтом не як домінуюча чи залежна, а як позиція співпраці, щирої зацікавленості у його благополуччі.

Друга частина бесіди – це розмова під час експерименту. Це спілкування може мати як вербальний, і невербальний характер. Перед виконанням завдань психолог пояснює інструкцію, уточнює, наскільки добре клієнт зрозумів її. У процесі експерименту психолог цікавиться принципами, якими керується пацієнт при виборі способу вирішення завдання, стимулює його діяльність, коригує позицію щодо самооцінки, надає випробуваному допомогу у виконанні завдань словами (вказує, підказує, хвалить чи робить зауваження), мімікою чи жестами (посміхається, хмуриться).

Таким чином, через бесіду клінічний психолог не тільки впливає на установки пацієнта, знімає напругу протягом експерименту та отримує додаткові діагностичні дані, але й здійснює корекційну діяльність за допомогою емоційної підтримки, різних підказок та деякої допомоги при виконанні завдань.

Різноманітні види такої допомоги описані у працях С. Рубінштейн:

- просте перепитування, тобто прохання повторити те чи інше слово, оскільки це привертає увагу до сказаного чи зробленого;
- схвалення чи стимуляція подальших дій, наприклад, «добре», «молодець»;
- питання про те, чому клієнт виконав певну дію;
- навідні питання чи критичні заперечення експериментатора;
- підказка, порада діяти тим чи іншим способом;
- демонстрація дії та прохання самостійно повторити цю дію;
- навчання того, як треба виконувати завдання.

Усі реакції досліджуваного на допомогу, похвалу, критику, на невербальні

форми спілкування (міміку, жести) мають бути відображені у протоколі. Отримані дані необхідно порівнювати з даними історії хвороби та результатами спостереження, що дозволить отримати цілісне уявлення про структуру дефекту.

Тести. У психології прийнято виділяти кілька різновидів тестів: тести-завдання, тести-опитувальники, проєктивні тести.

Тест-завдання передбачає отримання інформації про психологічні характеристики досліджуваного на підставі аналізу його успішності при виконанні певних завдань. У тестах такого типу пропонується вирішити низку завдань, поданих у вербальній, невербальній чи математичній формі. Кількість правильно і неправильно виконаних завдань є підставою для судження про наявність або відсутність у досліджуваного певного порушення.

У клінічній практиці під час обстеження дітей та дорослих широкого поширення набули тести інтелекту, подані у таблиці 2.1.

Таблиця 2.1

Психометричні методи оцінки інтелекту

№ п/п	Назва тесту Автор/и	Короткий опис	Вікові межі застосування
1.	Тест інтелекту Д. Векслера	Тест включає 11 субтестів, що становлять вербальну та невербальну шкали.	тест WAIS (від 16 до 64 років); тест WISC (від 6 до 16 років); тест WPPSI (від 3 до 8 років).
2.	Тест структури інтелекту Р. Амтхауера	Тест складається із 9 субтестів. Кожен спрямований на вивчення різних функцій інтелекту переважають у всіх групах завдань. З них виділяють 4 комплекси: вербальний, практичний, математичний, конструктивний. Ця методика широко використовується визначення професійної придатності.	від 13 років до 61 року
3.	Тест «Прогресивні матриці» Дж. Равен та Л. Пенроуз	Тест містить 60 завдань, розподілених за п'ятьма серіями. Поняття «прогресивні» вказує на те, що завдання тесту впорядковано за ознакою зростання проблеми їх вирішення. У кожній із п'яти серій (у серії 12 завдань), кожна наступна задача серії відносно складніша за попередню.	кольорові прогресивні матриці (4,5 – 9 років) - досліджувані з аномальним розвитком; - реабілітаційні дослідження осіб старших 65 років; стандартні прогресивні матриці (діти віком від 8 до 14 років); (дорослі від 20 до 65 років).

Для дослідження окремих пізнавальних процесів у патопсихологічному дослідженні використовують тести, спрямовані на оцінку тієї чи іншої

пізнавальної функції або її окремої властивості. Особливо слід підкреслити, що діагностичні можливості даного виду методик можуть бути значно ширші за їх основну спрямованість. Оскільки згідно з одним із положень А. Лурії, складні форми свідомої психічної діяльності є цілісний, системний процес, і за виконання будь-якого завдання активізується вся функціональна система [11].

У таблиці 2.2 наведено перелік основних методик патопсихологічної діагностики пізнавальних процесів.

Таблиця 2.2

Методики патопсихологічної діагностики когнітивної сфери

№ п/п	Психічні функції	Патопсихологічні методики	
1.	Зоровий гнозис	Перекреслені зображення; Фігури Поппельрейтера; Незавершені зображення; Химерні зображення; Колірний гнозис.	
	Просторовий гнозис	Проба «Дзеркальні літери», проба «Сліпий годинник».	
2.	Увага	Коректурні проби; Таблиці Шульте; Методика Мюнстерберга; Рахунок за Крепеліним.	
3.	Мислення	Класифікація предметів; Тест Виготського-Сахарова; Кубики Косса; Дошки Сегена; Виключення предметів; Істотні ознаки; Прості та складні аналогії; Порівняння та визначення понять; Тракткування прислів'їв, метафор та фраз; Заповнення пропущених у тексті слів; Пояснення сюжетних картинок; Методика «Піктограми».	
4.	Пам'ять	Заучування 10 слів (А. Лурія); Відтворення оповідань; Опосередковане запам'ятовування, методика «Піктограми»; Методика «Змістова пам'ять»; Тест зорової ретенції Бентона (BVRT).	
5.	Мова	Назва предметів та дій; Складання розповіді за сюжетною картинкою; Дослідження вимови всіх груп звуків; Вивчення фонематичного слуху.	
6.	Праксис	Кінетичний	Тест М. І. Озерецького.
7.		Конструктивний	Графічний диктант; Кубики Косса.
8.		Просторовий	Проба Хеда.

Опитувальники. Тести-опитувальники відносяться до стандартизованих методів, суть яких полягає у представленні досліджуваному питань, на які він повинен дати відповідь відповідно до вимог інструкції. Алгоритм проведення, обробка результатів та їх інтерпретація здійснюється згідно з методичною інструкцією тесту-опитувальника.

У патопсихологічному дослідженні частіше використовують особистісні

опитувальники, створені задля виміру різних психологічних характеристик людини. Найчастіше необхідність їх використання виникає за браком інформації, отриманої під час емпіричного етапу дослідження; у процесі проведення експертизи їх застосування дозволяє отримати об'єктивну оцінку особистісних особливостей досліджуваного.

Однак необхідно відзначити, що недолік багатьох особистісних опитувальників полягає в явній для досліджуваного цілеспрямованості питань, внаслідок чого самооцінка стану або особистісних якостей може бути не цілком адекватною. У зв'язку з цим інформацію, отриману за допомогою тестів-опитувальників, необхідно порівнювати з показниками, які об'єктивно представляють особистість, доповнюючи її результатами дослідження особистісних особливостей у процесі діяльності, а також з отриманими результатами за допомогою проєктивних методів (В.М. Блейхер, 1986).

Найбільш поширені типологічні опитувальники, розроблені з урахуванням типологічних теорій особистості. Їхня основна мета полягає в диференціюванні різних груп (типів) людей зі схожими психологічними характеристиками (стійкими особистісними проявами).

У таблиці 2.3 представлений перелік тестів-опитувальників, що найчастіше використовуються в патопсихологічній практиці.

Таблиця 2.3

Тести-опитувальники патопсихологічної діагностики

№ \п/п	Назва тесту Автор/и	Діагностична спрямованість	Вікові межі застосування
1.	Опитувальник ЕРІ Г. Айзенк	Дослідження рівня нейротизму, екстра-інтроверсії.	Для дорослих (від 15 і більше).
2.	Опитувальник ЕРQ Г. Айзенк	Дослідження рівня нейротизму, психотизму, екстра/інтроверсії.	Для дорослих; підлітків (від 10 до 15 років).

3.	Міннесотський особистісний опитувальник (MMPI) С. Хатуей та Дж. МакКінлі. <i>Адаптовані варіанти:</i> Міні-мульти та СМІЛ (Л. Собчик)	Дослідження особистісних характеристик та неусвідомлюваних тенденцій особистості. Тест складається із 550 тверджень, що утворюють 10 основних діагностичних шкал. Тест використовується для уточнення психологічних, клінічних та нозологічних діагнозів.	Особи віком від 16 років та старші, з коефіцієнтом інтелекту не нижче 80 IQ
4.	16-факторний особистісний опитувальник Р. Кеттелла	Дослідження щодо стійких особистісних характеристик. Опитувальник включає 16 факторів, що найбільш повно характеризують особистість (активність, емоційність, комунікативність, інтелект та ін).	Форми «А» і «В» від 17 років і старше; Форма 14PF (13 – 17 років) Форма 12PF (8 - 12 років)
5.	Патохарактерологічний діагностичний опитувальник (ПДО) О. Лічко	Дослідження типу характеру при конституційних та органічних психопатіях, патологічних розвитку особистості, при акцентуаціях характеру.	Від 14-18 років
6.	Тест акцентуацій характеру К. Леонгарда-Г. Шмішека	Дослідження окремих властивостей темпераменту, виявлення дисгармонійного поєднання властивостей та типів акцентуацій. характеру.	Вік від 17 років

Проективні методи. Саме поняття «проективні методи» запровадив Л. Франк, але суть методу полягає у реалізації принципу, що лежить в основі психологічного механізму, який З. Фрейд та К.Г. Юнг назвали «проекція». За допомогою цього механізму розкривається зміст несвідомих, витіснених особистістю у несвідоме переживань, установок, негативних емоцій тощо.

Проективні методики спрямовані на виявлення різних особистісних проєкцій у процесі дослідження за допомогою спеціально розробленого стимульного матеріалу, що характеризується створенням експериментальної ситуації, що допускає варіативність різноманітних інтерпретацій при її сприйнятті досліджуваним.

Найбільш значущою перевагою проективних методик є використання у них специфічних стимулів, які досліджуваний має сам доповнювати, інтерпретувати, розвивати тощо. Наприклад, досліджуваному пропонується інтерпретувати зміст сюжетних картинок, завершити незакінчені речення, подати тлумачення невизначених обрисів чи домалювати їх. Ще однією перевагою проективних

методів є різноманітність способів виконання завдання та розгорнуті відповіді, які не передбачають правильних та неправильних варіантів. При цьому вважається, що характер відповідей досліджуваного є індивідуальною картиною або «проекцією» внутрішнього світу особистості та його поведінкових патернів.

Мета проективних методик замаскована, що знижує ризик несвідомого чи усвідомленого спотворення результатів. За кожною такою інтерпретацією вимальовується унікальна система особистісних смислів та особливостей когнітивного стилю особистості.

Недоліком проективних методик є суб'єктивність експериментатора під час інтерпретації результатів. Проективні методи містять норми для об'єктивної обробки отриманих даних, вони представляють якісно-кількісний підхід до дослідження особистості. Тому інтерпретація результатів, зазвичай, вимагає додаткової спеціальної підготовки психолога (наприклад, під час роботи з методикою Р. Роршаха і М. Люшера). Більше того, проективні методи в окремих випадках можуть бути використані як самостійні. Здебільшого дані, отримані з допомогою проективних методів, прийнято співвідносити з даними, отриманими з допомогою інших методів.

Залежно від специфіки розрізняють кілька видів проективних методик:

- асоціативні, в яких досліджувані створюють образи за стимулами (плями, незакінчені речення);
- інтерпретаційні, в яких потрібно витлумачити зображену на картинці соціальну або побутову ситуацію;
- експресивні, у яких випробуваному пропонується намалювати малюнок на задану тему.

Далі, у таблиці 2.4 представлені основні проективні методи, що активно використовуються в патопсихологічній практиці.

Основні проективні методики патопсихологічної діагностики

№ п/п	Назва тесту Автор/и	Діагностична спрямованість	Вікові межі застосування
1.	Тест колірних переваг М. Люшера;	Оцінка психоемоційного стану та рівня нервово-психічної стійкості; виявлення внутрішньоособистісних конфліктів, схильності до депресивних станів та афективних реакцій.	Вік від 16 років
2.	Тест чорнильних плям Г. Роршаха	Дослідження психіки та її порушень. Тест Роршаха використовується переважно у клініко-психологічних дослідженнях особистості.	Вік від 16 років
3.	Тест фрустраційних реакцій С. Розенцвейга <i>Адаптований варіант</i> Л.Ясюкова (дорослий та дитячий варіант методики)	Дослідження реакцій на невдачу та вивчення способів, обраних досліджуваним для вирішення проблем. Стимульний матеріал тесту складається із серії малюнків із зображенням різних фрустраційних ситуацій.	Дорослий варіант застосовується з 15 років. Дитячий варіант (4–13 років).
4.	Тематичної аперцепції тест (ТАТ) Г. Мюррей	Дослідження глибинних тенденцій особистості, у тому числі її потреб і мотивів, відносин до світу, рис характеру, типових форм поведінки, внутрішніх та зовнішніх конфліктів, механізмів психологічного захисту та ін.	
5.	Тест «Незакінчене речення» Дж. Сакс та С. Леві	Дослідження поведінкових особливостей індивіда, характеру його взаємин із навколишнім світом та із самим собою.	
6.	Тест дитячої аперцепції (САТ) Л. Беллак-С. Беллак	Дослідження емоційного стану, потреб та особистості дітей. Методика дозволяє досліджувати фантазії дитини, у яких відображаються взаємини зі значними людьми, захисні механізми та адаптаційні можливості дитини, несвідомі переживання і конфлікти, наявність будь-яких психічних порушень.	Від 3 до 10 років
7.	Методика «Піктограми» А.Лурія-Б.Херсонський	Дослідження опосередкованого запам'ятовування та особливостей мислення, оцінка деяких особистісних особливостей та психічного стану. При цьому виявлений проективний характер методу розглядається і розуміється лише щодо змістовного смислового аналізу піктограм. Класичний варіант методики використовують у патопсихології, при військовій чи судово-психіатричній експертизі.	

У деяких випадках проективні методи можуть відігравати і самостійну роль у психодіагностиці психічних, неврологічних та соматичних захворювань.

РОЗДІЛ 3

ПСИХІЧНІ ПОРУШЕННЯ ТА ЇХ ХАРАКТЕРИСТИКА

3.1. Порухення вольової діяльності та уваги

Порухення інстинктів. При психічних захворюваннях можна спостерігати патологічне посилення, послаблення і спотворення інстинктів.

Патологічне посилення харчового інстинкту - булімія (вовчий голод). *Булімія* проявляється надмірним апетитом, причому відчуття насиченості не настає. Булімія в основному виникає при органічних ураженнях головного мозку з дементним синдромом, у хворих з олігофренією (ідіотія), деколи - у хворих із вираженим шизофренічним дефектом. Значне посилення апетиту властиве хворим, які перебувають у маніакальному стані, але воно не досягає ступеня булімії.

Нервова булімія – стан, що характеризується приступами переїдання і надмірною занепокоєністю, які повторюються, контролем за вагою, що приводять хворого до прийняття крайніх заходів для зменшення впливу їжі на підвищення ваги.

Психологічні діагностичні критерії: емоційна нестабільність із переважанням емоцій негативного спектру:

- а) проєктивні методики (наявність показників емоційної нестабільності);
- б) опитувальники емоційних станів (значна виразність негативних емоцій).

Реабілітаційні заходи:

а) аутогенне тренування з метою зняття основних симптомів хвороби: блювотного рефлексу, попередження непереборного бажання до їжі, проводиться щодня протягом 6 місяців;

б) поведінкова терапія – визначення ролі індивіда у соціумі, середовищі, де проживає, проводиться 1-2 рази на тиждень протягом 3-4 місяців;

в) сімейна психотерапія – створення сприятливого мікроклімату в сім'ї проводиться 3 рази на тиждень протягом 3-4 місяців;

г) раціональна психотерапія з метою розв'язання міжособистісного

конфлікту, 3-4 рази на тиждень, протягом 2 місяців;

д) групова психотерапія з метою соціальної адаптації, проводиться 5 разів на тиждень, 3-4 місяці.

Послаблення харчового інстинкту - це різке зниження апетиту аж до повної відсутності потреби в їжі.

Анорексія - повна відсутність відчуття голоду з відмовою від їжі.

Ослаблення харчового інстинкту характерне для депресій різного генезу, маніакально-депресивного психозу, виражених астенічних станів, нервової анорексії.

Відмова від вживання їжі при психічних захворюваннях не завжди зумовлена ослабленням харчового інстинкту. Її можуть спричинити маячні мотиви (хворий впевнений, що його хочуть отруїти, і боїться вживати «отруєну» їжу або вважає себе злочинцем чи нікчемою, недостойним їжі), а також імперативні галюцинації, коли «голоси» категорично забороняють їсти. Хворі, які перебувають у стані патологічного ступору, не можуть вживати їжу внаслідок заціпеніння жувальних і ковтальних м'язів.

Спотворення харчового інстинкту проявляється вживанням хворим неїстивних речовин і навіть власних екскрементів. Воно виникає при тотальному недоумстві, маяченні й галюцинаціях відповідного змісту.

Нервова анорексія – це розлад апетиту, що характеризується самовстановленими обмеженнями щодо їжі і способів її прийому, втратою маси тіла, що супроводжується страхом перед ожирінням та надлишковою масою тіла та виникає при неврозах у зв'язку з перезбудженням кори головного мозку, частіше психогенного генезу.

Психологічні діагностичні критерії: емоційна нестабільність із переважанням емоцій негативного спектру:

- а) проєктивні методики (наявність показників емоційної нестабільності);
- б) опитувальники емоційних станів (значна виразність негативних емоцій).

Реабілітаційні заходи:

- а) аутогенне тренування з метою релаксації, зняття симпатичного тону і

попередження блювотного рефлексу, що сформувався у процесі хвороби; проводиться щодня протягом місяця;

б) поведінкова терапія – як засіб вивчення взаємин між членами сім'ї і можливості одержання хворими «вторинного задоволення» від свого розладу, проводиться 3-4 рази на тиждень протягом 1 місяця;

в) сімейна психотерапія – зміна міжособистісних стосунків та усунення емоційних порушень у сімейних взаєминах; проводиться 2-3 рази на тиждень протягом 3-4 місяців;

г) індивідуальна психотерапія з метою розв'язання внутрішньоособистісного конфлікту, 2-3 рази на тиждень, протягом 1-1,5 місяців.

Посилення захисного інстинкту проявляється втечею або агресією. Реакція втечі характерна для хворих, які під впливом галюцинацій чи маячення переконані в тому, що їм загрожує смертельна небезпека з боку злочинців, перед якими вони беззахисні й безпорадні.

Патологічне посилення активно-оборонної форми інстинкту самозбереження супроводжується тим, що хворі, відчуваючи постійний страх за своє життя чи здоров'я, категорично відмовляються від приймання ліків, виконання будь-яких маніпуляцій, чинять опір, а іноді з метою «самозахисту» проявляють агресію. Заціпеніння (емоційний ступор) розвивається внаслідок дії стресової ситуації, небезпечної для життя. Так, при землетрусі чи раптовій пожежі людина ціпеніє від жаху і не спроможна ні втекти, ні навіть покликати на допомогу. Послаблення захисного інстинкту виникає при депресивних станах, шизофренії, а також при порушенні свідомості.

Спотворення захисного інстинкту проявляється в тому, що хворі самі можуть заподіяти собі шкоду різного характеру. Найбільш вираженим спотворенням інстинкту самозбереження є тенденції і спроби самогубства. Виражені тенденції до самогубства виявляють хворі на маніакально-депресивний (біполярний) психоз у депресивній фазі, особи з маяченням депресивного змісту (маячення самозвинувачення в депресивній фазі, маячення переслідування та

інші схожі види маячення у хворих на шизофренію). Іноді спроби самогубства імпульсивно роблять хворі з розладами особистості (психопати).

Розлади статевих інстинктів у психічнохворих, патологічне посилення статевого потягу мають місце переважно при значних органічних ураженнях мозку (при прогресивному паралічі, деменції, пухлинах лобної частки, хворих з олігофренією, при деяких видах психопатії тощо).

Підвищений потяг може мати більш-менш сталий характер або з'являтися епізодично (при епілепсії, в маніакальній фазі маніакально-депресивного психозу тощо). Послаблення або цілковита відсутність статевого потягу виникає при депресивних станах, незалежно від їх генезу, тяжких формах олігофренії, деяких неврозх, простій формі шизофренії, а також у психічно здорових людей при виснажливих соматичних захворюваннях, фізичній та інтелектуальній перевтомі тощо.

Статеві відхилення - це прагнення незвичайними способами задовольнити статевий інстинкт.

Вони мають найрізноманітніші прояви і можуть зрідка виникати й у психічно здорових людей в особливих умовах, але переважно їх спостерігають у пацієнтів з психопатією і часто при недоумстві (при органічних захворюваннях мозку, в хворих з олігофренією тощо).

Відсутність або втрата статевого потягу.

Відсутність або втрата статевого потягу – первинні порушення, що супроводжуються насамперед зниженням ініціації статевої активності, із можливо збереженим почуттям сексуального збудження або задоволення, або з їхніми вторинними порушеннями.

Сексуальна відраза і відсутність сексуального задоволення.

Сексуальна відраза – розлад, що виявляється в сильних негативних почуттях, які виникають при уявленні майбутнього статевого зв'язку.

Психологічні діагностичні критерії:

- а) емоційна нестабільність із переважанням емоцій негативного спектру:
 - проективні методики (наявність показників емоційної нестабільності);

- опитувальники емоційних станів (значна виразність негативних емоцій);

б) наявність “конфліктогенної зони” у сфері сексуальних відносин – проєктивні методики (проєкція конфліктної зони).

Реабілітаційні заходи:

а) раціональна психотерапія – усвідомлення норми та фізіологічних коливань статевої функції, зміна психологічної установки щодо наявного розладу. Кількість сеансів 10-12, із частотою 3-5 на тиждень тривалістю 25-30 на хвилину залежно від вираженості розладу;

б) психотерапія подружньої пари – уточнення причини й умов розвитку розладу, 2-3 рази на тиждень протягом 2 місяців;

в) індивідуальна психотерапія

Непереборні потяги і дії - це епізодичні патологічні потяги такої сили, що хворі не можуть загальмувати їх і змушені реалізувати їх у дії.

Вони усвідомлюються як неправильні й ненормальні, але людина не може самотійно їх перебороти. Ці дії більш-менш стереотипно повторюються при відповідній ситуації.

Найпоширенішими непереборними потягами і діями є kleptomania, пiromania, dromomania, coprolalia і садистські вбивства.

Kleptomania - це прагнення красти без будь-яких стимулів і зацікавленості; *пiromania* - це прагнення підпалювати, влаштовувати пожежі; *dromomania* - це нестримний потяг до бродяжництва; *coprolalia* - це потяг до вживання нецензурних виразів; *садистські вбивства* - це потяг до вбивств з насильницькими діями над жертвою і отриманням насолоди від цього.

Непереборні потяги з’являються, головним чином, при психопатіях і шизофренії.

Імпульсивні дії - це прості поодинокі дії, часто руйнівні або агресивні за своїм характером, які виникають раптово, позбавлені будь-якої видимої мотивації і не пов’язані із ситуацією.

Хворий раптово схоплюється і тут же лягає знову, може несподівано розбити вікно, кинути якийсь предмет, вдарити кого-небудь із людей тощо.

Найчастіше такі дії виникають при шизофренії та енцефаліті.

Гіпербулія, або підвищення вольової активності - посилення спонукань, підвищена діяльність, надмірна (нерідко недоречна) ініціативність і рухливість.

Гіпербулія буває загальною й односторонньою.

При загальній гіпербулії у хворого розвивається надмірна дійова активність щодо всього, що потрапляє в зону його уваги. Його зацікавлює і захоплює те, що йому потрібне, і те, що йому непотрібне. Він включається в будь-яку діяльність, але часто не доводить її до кінця, бо переключає свою увагу на новий об'єкт і захоплюється новою ідеєю.

Загальна гіпербулія входить до складу маніакального синдрому (маніакальна фаза маніакально-депресивного психозу, гіпоманіакальна фаза циклотимії, тяжка туберкульозна інтоксикація), може розвиватись після приймання наркотиків стимулювальної дії, виникає при алкогольному сп'янінні (маніакальний варіант), характерна для поведінки пацієнтів з гіпертимними розладами особистості.

При односторонній гіпербулії активність хворого спрямована на задоволення лише однієї постійної для нього потреби. Наприклад, при паранояльній психопатії хворий постійно надмірно витрачає сили й енергію на боротьбу з нереальними «ворогами». Одностороння гіпербулія нерідко проявляється на фоні загальної гіпобулії. Наприклад, пацієнта з наркотичною залежністю цікавлять лише наркотики. Він втрачає інтерес до навчання, професійної діяльності, близьких та родичів, не працює. Разом із тим, він проявляє надмірну активність, дотепність, хитрість, цинізм, жорстокість і підлість, щоб добути чергову порцію наркотика.

Гіпобулія (зниження вольової активності) - це слабкість спонукань, млявість, бездіяльність, позбавлена виразності мова, зниження моторної активності, обмеження спілкування.

Виникає при виражених астенічному та адинамічному варіантах депресивного синдрому, а також при органічному ураженні головного мозку. Прогресуюча гіпобулія часто є одним з основних симптомів шизофренічного

дефекту.

Парабулія - це спотворення рухової діяльності. Основними її видами є амбівалентність, негативізм і кататонічний синдром.

Амбівалентність - це такий вид спотворення вольової сфери, коли у хворого одночасно мають місце два протилежні спонукання.

Цей симптом характерний для шизофренії. Наприклад, хворий одночасно хоче і не хоче вживати їжу: набравши їжу в ложку, він підносить її до рота, але розкривши рот, відчуває небажання їсти і несе повну ложку до тарілки, але поки донесе ложку до миски, у нього знову з'являється бажання прийняти їжу, він повертає ложку до рота і так діє постійно.

Негативізм буває активним і пасивним. Активний негативізм - це безглузда протидія або виконання наказу чи прохання навпаки. Пасивний негативізм - це невмотивована відмова хворого виконувати будь-яку дію, нереагування на прохання щось зробити. Ці симптоми характерні для шизофренії.

Кататонічний синдром проявляється кататонічним збудженням і кататонічним ступором.

У клінічній практиці кататонічний ступор з'являється частіше, ніж збудження. Останнє проявляється руховим розгальмуванням із тенденцією до окремих нецілеспрямованих, нерідко роз'єднаних, рухів з явищами негативізму і повторенням як у рухах, так і в мові. Кататонічне збудження відрізняється від маніакального тим, що воно не є цілеспрямованим, хворий виконує не якісь дії, а лише окремі роз'єднані, часто стереотипні, рухи, а хворий із маніакальним збудженням виконує осмислені дії, хоча здебільшого до кінця їх не доводить, бо переключається на іншу діяльність.

Ступор - це м'язове заціпеніння. Він буває кататонічним, депресивним, психогенним (реактивним) і апатичним.

Кататонічний ступор, як правило, починає розвиватися з мутизму. Повний мутизм - це відсутність мовного спілкування хворого з людьми, які його оточують, при відсутності органічного ураження мовного апарату. Інколи трапляється неповний мутизм (симптом Павлова), коли хворий (здебільшого

відразу після пробудження від нічного сну) може давати елементарні відповіді на запитання, поставлені пошепки, але відразу замовкає, коли до нього звернутись голосно. Дещо пізніше ціпеніють м'язи шиї та потилиці, й голова хворого постійно нахилена до тулуба. Коли такий хворий лягає в ліжку, то його голова висить у повітрі (симптом «повітряної подушки»). М'язи шиї і потилиці при цьому не стомлюються. Відтак заціпеніння переходить на м'язи кінцівок і тулуба. Хворий часто лежить в ліжку в ембріональній позі, тонус м'язів при цьому підвищується. Якщо кінцівці надати певного положення, то хворий утримує це положення (симптом «воскоподібної гнучкості»). У субступорозних станах хворий може машинально повторювати слова людей, які його оточують (ехолалія), або їх рухи (ехопраксія). При глибокому ступорі зіниці хворого не реагують на подразники, в тому числі на больові. Погляд хворого, який перебуває у стані кататонічного ступору, байдужий, він не реагує рухами очей на події навколо нього. Найчастіше кататонічний ступор буває «чистим» (без порушень свідомості). Інколи при кататонічному ступорі розвивається онейроїдне затьмарення свідомості. Такий складний психопатологічний синдром називають кататоно-онейроїдним.

При вираженій депресії м'язове заціпеніння називають депресивним ступором. Хворі не можуть рухатись або рухаються з великими труднощами (через силу). Вони говорять тихо, на запитання відповідають із великим запізненням. На їх обличчі застигає страждальна міміка, проте рухами очей вони стежать за подіями навколо них.

При психогенному ступорі хворий раптово ціпеніє від жаху відразу після дії на нього надсильного подразника. Міміка відображає відчуття суму, страху, тривоги. Після зникнення явищ ступору, що звичайно трапляються після глибокого сну, хворий амнезує більшість хворобливих проявів, які мали місце.

Апатичний ступор є проявом вкрай тяжкого апато-абулічного синдрому, коли хворий не рухається, ні на що не реагує, в нього відсутні емоції, бажання і спонукання. Тонус м'язів при цьому виді ступору не змінюється. Апатичний ступор є також проявом глибокого шизофренічного дефекту або вираженого

органічного ураження головного мозку.

Порушення уваги. Увага - це один із проявів орієнтувального рефлексу і вольових процесів, спрямованих всередину психічної діяльності людини.

Надмірне відвертання уваги - це порушення, в основі якого лежить посилення привертання уваги до об'єктів без вибору й послаблення концентрації та її стійкості. Відвертання властиве дітям, воно пов'язане з недостатністю активного гальмування. З психічних захворювань відвертання характерне для маніакального стану, при якому хворі не можуть зосередитися на певному об'єкті, думці, дії, безперервно переключаючись з одного подразника на інший.

Надмірна прикутість уваги є наслідком посилення її концентрації і стійкості. Вона характерна для хворих у стані депресії, осіб з іпохондричними явищами і маячними ідеями, хворих на епілепсію.

Послаблення привертання, аж до повного зникнення уваги, спостерігають при станах порушеної свідомості (оглушеності, сопорі), а також при апатично-абулічному синдромі різного генезу.

Неуважність - це суто клінічне і збірне поняття, під яким розуміють неможливість зосередити увагу на певному об'єкті. В її основі лежить швидке виснаження сили і концентрації нервових процесів. Від неуважності в клінічному розумінні необхідно відрізнити неуважність здорових осіб, зокрема вчених. Механізм її полягає в тому, що людина, зосереджена на певних думках, не помічає того, що відбувається довкола, залишає свої речі в найнесподіваніших місцях, не реагує на привітання знайомих, часто використовує деякі речі не за призначенням тощо. Неуважність дуже часто є симптомом різних соматичних виснажливих захворювань, переважно, вимушеного недосипання. Її спостерігають при неврозах, органічних ураженнях головного мозку, початкових стадіях шизофренії. У зв'язку з неуважністю порушується запам'ятовування, тому хворі часто скаржаться на погіршення пам'яті, що не завжди відповідає дійсності.

3.2 Порушення свідомості

У клініці розрізняють виключення та затьмарення свідомості.

Одним із видів виключення свідомості є непритомність, яка виникає внаслідок різкої гіпоксії головного мозку. Непритомність можуть спричинити емоційний стрес, перегрівання, закачування при русі транспорту, хронічне недоїдання, недосипання, вагітність тощо.

У соматичній практиці в ослаблених хворих можна спостерігати виключення свідомості. Найбільш легкий ступінь виключення свідомості називають оглушенням. Воно характеризується підвищенням порогу збудливості, внаслідок чого лише сильні подразники доходять до свідомості. Тому навколишнє середовище сприймається нечітко, інколи фрагментарно. Емоції при вираженому оглушенні нівельовані, рухова активність послаблена або відсутня. Оглушення виникає при інтоксикаціях, інфекціях, черепномозковій травмі, тяжких соматичних захворюваннях, після епілептичного нападу тощо. Більш тяжкий ступінь виключення свідомості, при якому контакт із хворим не можливий, але безумовні рефлекси ще збережені, називають сопором.

Найтяжчим ступенем виключення свідомості є кома. Як і при сопорі, контакт із хворим не можливий, але, на відміну від нього, при комі згасають безумовні рефлекси (корнеальний, зіничний тощо). Розрізняють такі основні види коми: алкогольна, інтоксикаційна, апоплексична, гіпер- та гіпоглікемічна, епілептична, уремична, печінкова, посттравматична тощо.

Основними видами затьмарення або якісного продуктивного порушення свідомості, є делірій, онейроїд, аменція, типова й атипові форми запаморочливих (сутінкових) станів.

Деліріозний синдром - це затьмарення свідомості, що поєднується з множинними рухомими, сценічними, сюжетними галюцинаціями, переважно зоровими, іноді слуховими (шум, музика, гуркіт, часом слова), смаковими, які стосуються безпосередньо хворого, неприємні для нього, часто мають залякувальний характер.

Емоційний стан та поведінка хворого значною мірою зумовлені змістом галюцинаторно-ілюзорного сприймання. Після деліріозного стану в пам'яті зберігаються яскраві, але не завжди пов'язані між собою спогади. Яскравість і багатство спогадів обернено пропорційні глибині оглушення і прямо пропорційні яскравості галюцинаторних образів. Внаслідок галюцинаторних переживань хворий може проявити агресію.

У клінічній патопсихологічній практиці переважно спостерігають такі види делірію: алкогольний (біла гарячка), інфекційний, інтоксикаційний, епілептичний, травматичний та судинний.

Онейроїд - це стан своєрідного сновидного затьмарення свідомості, який характеризується тим, що при мінливій глибині порушення він супроводжується яскравими, образними, фантастичними галюцинаціями.

Хворі ніби бачать химерний сон чи кінофільм, у якому вони беруть участь. Їм здається, що вони знаходяться в космічному польоті, в підземному чи підводному царстві, відвідують інші планети, казкові царства. При цьому хворі переважно залишаються спокійними, міміка обличчя або нічого не відображає, або відображає блаженство (рідше здивування). Після виходу з такого стану вони пам'ятають свої переживання. Онейроїд виникає при істерії, шизофренії, епілепсії та наркотичній інтоксикації.

Аментивний синдром (аменція) проявляється безладністю мислення, розгубленістю, повним дезорієнтуванням у місці, часі і сприйнятті себе.

Галюцинацій небагато, причому переважають слухові. Рухове збудження виражене слабше, ніж при делірії, рухи хаотичні, дії не закінчені. Тривалість аменції - від кількох днів до кількох тижнів, а після повернення свідомості цей стан амнезується. Прогностично несприятливою ознакою для життя є поява своєрідних рухів, що нагадують пошук чогось або «перебирання» пальцями. Наявність аментивного синдрому свідчить про тяжкість загального стану (наприклад, важка форма черевного тифу).

Запаморочливі (сутінкові) стани характеризуються хворобливим звуженням свідомості. При раптовій зміні стану свідомості хворі не орієнтуються в тому,

що відбувається довкола, не осмислюють ситуацію, не можуть правильно її оцінити.

Реальність вони не сприймають зовсім або сприймають у спотвореному вигляді, іноді в протилежному значенні, через що вчинки хворих здаються зовні невмотивованими і не відповідають ситуації. Хворі в запаморочливому стані небезпечні для себе і людей, які їх оточують, оскільки не можуть керувати своїми діями, що призводить до найнесподіваніших вчинків: вбивства, підпалів тощо. Коли такий стан минає, хворі амнезують весь його період. Тривалість запаморочливих станів свідомості - від кількох хвилин до кількох днів.

Запаморочливі стани свідомості, які розвиваються вночі, характеризуються ходінням у сні, або сомнабулізмом. Хворі підводяться з ліжка, починають щось шукати, можуть розмовляти самі із собою, виходять на вулицю, лізуть на дерева, паркани і дахи. Вони не реагують, коли до них звертаються. Іноді повертаються, лягають в ліжку і засинають або, як і після закінчення судомного нападу, засинають у будь-якому місці. Тривалість ходіння в сні різна: найчастіше кілька хвилин, рідше - кілька годин.

Короткотривалий запаморочливий стан із надто вираженим руховим збудженням називають фугою. Вона триває від кількох секунд до кількох хвилин. У стані фуги хворі кудись біжать, не звертаючи уваги на транспорт, що рухається, здирають з себе одяг у громадських місцях, трощать усе на своєму шляху. З поверненням свідомості все амнезується.

Інколи виникає своєрідна форма присутінкового стану свідомості із зовні впорядкованою поведінкою, так званий транс. Такі хворі поводять себе ніби адекватно: йдуть у магазин чи інше місце, купують квиток на транспорт і їдуть у певний пункт, виконують складні й зовні логічні дії. Проте, коли до них повертається свідомість, з'ясовується, що вони нічого не пам'ятають, що робили все машинально. Тому транс ще називають амбулаторним автоматизмом.

При різноманітності психопатологічних проявів порушеної свідомості всі вони об'єднані рядом спільних ознак: переривання безперервної свідомості; порушення сприймання того, що відбувається довкола, спогадів про минуле і

запам'ятовування теперішнього; порушення синтезу, емоцій різного типу і ступеня вираження, рухової активності й адекватності, орієнтування, переважно в місці, часі, дещо рідше в самому собі; той чи інший ступінь амнезії на пережитий стан і на те, що відбувалося в цей час у реальності: при оглушенні, аментивному синдромі, хворобливо звуженій свідомості і паморочливих станах - повна втрата пам'яті, при деліріозному синдромі - амнезія або гіпомнезія на реальні події і досить стійкі спогади про хворобливі переживання.

3.3. Соматогенні порушення психіки

У повсякденній практиці патопсихолога найчастіше трапляються соматогенні порушення психіки.. Їх поділяють на непсихотичні й психотичні.

Непсихотичні порушення психіки не сягають рівня психозу, але змінюють сприймання внутрішньої картини захворювань, впливають на емоційний стан та самопочуття хворих і якість одужання. Практично у всіх хворих спостерігають астеничний синдром різного ступеня.

Астеничний синдром - це стан підвищеної стомлюваності, виснаження, послаблення або втрата здатності тривалий час фізично і розумово працювати.

Характерні афективна лабільність із переважанням зниженого настрою і плаксивості, дратівлива слабкість, яка поєднує в собі підвищену збудливість і швидке виникнення знесилання, а також гіперестезія (підвищена чутливість до світла, запахів, звуків, дотику). Часто хворі скаржаться на головний біль, розлади сну, які проявляються постійною сонливістю або стійким безсонням, різноманітні вегетативні порушення. Типовою є також зміна самопочуття залежно від коливання атмосферного тиску, впливу спеки або інших кліматичних чинників із наростанням стомлюваності, подразливості, слабкості, гіперестезії. Астеничний синдром може бути наслідком різних соматичних хвороб (інфекційних і неінфекційних), інтоксикацій, органічних захворювань головного мозку, шизофренії. Особливості цього синдрому значною мірою залежать від причини його розвитку. У більшості хворих астеничний синдром

призводить до зниження порогу різних видів сприймання. Патопсихолог повинен забезпечити пацієнтам максимум комфортабельності й спокою, тому що хворі з астеничним синдромом не переносять шуму, голосних розмов, світла, різких запахів, тривалих побачень з відвідувачами тощо.

Астеничний синдром у чистому вигляді виникає рідко. Здебільшого до нього приєднуються інші. Найчастіше астеничний синдром поєднується із субдепресивним синдромом, який не сягає рівня психотичного. У такому випадку розвивається астено-депресивний синдром. Слід пам'ятати, що астено-депресивний синдром з різним ступенем астенізації і депресивного синдрому розвивається в кожній третій породіллі. Це є звичайним явищем, а симптоми депресії зникають протягом тижня. Якщо депресія довго не проходить, породілля потребує огляду патопсихолога та психіатра, а середній медичний персонал повинен уважно спостерігати за нею, щоб не пропустити початок розвитку психозу.

Загалом депресивні розлади - це група клінічних станів, що характеризуються порушенням настрою, втратою спроможності контролювати свої афекти і суб'єктивним відчуттям важких страждань. Виділяють три ступені депресивних розладів: категорія легкого, помірного і важкого депресивного епізоду, що виникає за умови одиничного (першого) депресивного епізоду. Подальші депресивні епізоди кваліфікуються в одному із підрозділів рекурентного депресивного розладу.

Легкий, помірний і важкий депресивний епізод – група клінічних станів, що характеризуються пригніченим настроєм протягом більшої частини дня, втратою інтересу до оточення і втратою відчуття задоволення. Ці симптоми не повинні бути обумовлені прийомом лікарських або наркотичних засобів, соматичними захворюваннями, реакціями втрати; їхня поява повинна супроводжуватися істотними змінами стану хворого (симптоми не повинні бути просто характерними рисами особистості хворого), викликати різні за важкістю суб'єктивні реакції і соціальну дезадаптацію.

Психологічні діагностичні критерії:

а) шкала депресії Гамільтона. Шкала ґрунтується на клінічній бесіді, лікар оцінює відповіді про почуття провини, особливості сну, суїцидальні думки й інші клінічні прояви, що спостерігаються при депресії;

б) для первинного добору застосовуються шкали самооцінки депресії: шкала Цунґа, за якою можна оцінити емоційні, психологічні і соматичні ознаки депресії; шкала Бека;

в) тест Роршаха – характерно тривалий латентний час відповіді на запропоновані таблиці, знижена кількість відповідей на поліхромні таблиці;

г) тематичний аперцептивний тест – відповіді короткі, стереотипні, переважно описові;

д) ММРІ – високі показники за шкалою депресії.

Реабілітаційні заходи:

- когнітивно-поведінкова психотерапія;
- підтримуюча;
- екзистенційна психотерапія;
- короткотермінова динамічна;
- інтерперсональна;
- сімейна;
- сімейне консультування.

Рекурентний депресивний розлад – це розлад, що характеризується повторними епізодами депресій із короткими епізодами легкого піднесеного настрою, що відмічається безпосередньо після депресивного епізоду.

Якщо до астенізації приєднуються страхи, то такий синдром називають астено-фобічним. Виражені страхи (фобії) за впливом на психіку переважають над астеничним синдромом. У практиці кардіологічних відділень досить часто зустрічається кардіофобія. Слід пам'ятати, що серцевий біль стенокардичного характеру практично завжди викликає у хворого реакцію паніки. Скільки разів повторюється серцевий напад, стільки ж разів він суб'єктивно «помирає». У багатьох хворих, які перебувають на обстеженні й лікуванні в онкодиспансері, розвивається канцерофобія. Деякі хворі панічно бояться померти від будь-якого

захворювання або під час інструментального обстеження. Такий стан називають танатофобією.

Тривожно-фобічні розлади – група розладів, при яких тривога пов'язана з конкретними ситуаціями або об'єктами, що у дійсний момент не є небезпечними, але переживаються або з почуттям страху, або уникаються хворими. Ця група поєднує – агарофобію, соціальні фобії, спеціальні ізольовані фобії.

Соціальні фобії – характеризуються страхом однієї або декількох соціально небезпечних ситуацій, у яких люди відчувають страх підвищеної уваги з боку інших людей, страх зробити що-небудь принизливе для себе або таке, що може привести інших у здивування.

Специфічні ізольовані фобії - це фобії, обмежені строго визначеними ситуаціями (фобія висоти, грози, темноти, прийому їжі, польоту, певних захворювань) включає:

Психологічні діагностичні критерії:

1) наявність інтрапсихічного конфлікту невротичного типу різного ступеня вираженості;

а) група методик, що характеризують особливості самооцінки і співвідношення її з рівнем домагань у значимій діяльності;

б) методики визначення локусу контролю;

в) методики, що визначають тип відношення пацієнта до проявів хвороби;

2) наявність підвищеного рівня тривожності;

3) наявність преморбідних особистісних особливостей (радикалів): психастеноїдні особистісні радикали; тривожні і (або) емотивні особистісні радикали;

– група опитувальників, які визначають тип, виразність і спрямованість акцентуацій характеру і темпераменту.

Реабілітаційні заходи: психотерапія є основним методом у складному терапевтичному комплексі, спрямована на зміну порушеної системи відносин хворого, корекцію неадекватних емоційних реакцій і форм поведінки хворого;

а) поведінкова психотерапія у вигляді систематичної десенсибілізації і раціональних впливів, частота проведення – три рази на тиждень, тривалість 2-3 місяці.

б) індивідуально-орієнтована психотерапія проводиться як індивідуально, так і в межах групової психотерапії, спрямована на виявлення і вивчення етіопатогенетичних механізмів, що сприяють виникненню невротичного стану, на досягнення у хворого усвідомлення причинно-наслідкового зв'язку між особливостями системи відносин і захворюванням; на зміну відносин хворого, корекцію неадекватних реакцій та форм поведінки; частота – 3-5 разів на тиждень, тривалість 3-4 тижні (і стаціонарі), потім амбулаторно;

в) екзистенційна психотерапія, 10-12 сеансів;

г) аутогенне тренування – модифікації, спрямовані на розвиток і зміцнення процесу саморегуляції, самоконтролю і самовладання; проводиться щодня протягом 3-4 місяців;

д) транзактний аналіз – проводиться 2 рази на тиждень протягом 1,5 – 2 місяців.

Якщо при астенизації у хворого з'являється стійке переконання в невиліковності захворювання і безнадійності свого стану, такий синдром називають астено-іпохондричним. При розвитку цього синдрому хворий заглиблюється у свою хворобу. Він постійно прислухається до свого самопочуття, приділяє багато уваги несуттєвим симптомам, твердо впевнений у тому, що вони загрожують його життю. У спілкуванні він є надто «нудним», коло його інтересів обмежується питанням власного здоров'я.

Іпохондричний синдром найчастіше розвивається в пацієнтів з психастенією. Якщо вчасно не вжити адекватних заходів, є ризик розвитку змін особистості за іпохондричним типом. Надати ефективну допомогу можна лише на початку формування іпохондричного синдрому. Якщо патопсихолог спілкується з хворим у довірливій ситуації, помічає, що він почав надто заглиблюватись у свою хворобу. Ці синдроми входять у групу соматоформних розладів.

Соматоформні розлади – це група розладів, що характеризується повторюваним виникненням фізичних симптомів поряд із постійною вимогою медичних обстежень, недовірою до встановленого діагнозу, пошуками і вимогами виявити те або інше захворювання (при їх об'єктивній відсутності).

Соматизований розлад – це розлад, головною ознакою якого є наявність множинних та неодноразово виникаючих соматичних симптомів, що видозмінюються часто, мають місце протягом багатьох років, супроводжуються постійною занепокоєністю можливості захворювання, всупереч негативним результатам медичних обстежень, що підтверджуються, і запевнянням лікарів про відсутність фізичної основи для симптоматики.

Психологічні діагностичні критерії:

1. наявність «конфліктогенної» зони в мікро- або макросоціальному оточенні:

а) проєктивні методики (множинна проєкція конфліктної ситуації в проєктивній продукції);

б) методики «виміри відносин» (наявність конфліктогенних відносин).

2. емоційна нестабільність із переважанням емоцій негативного спектру:

а) проєктивні методики (наявність показників емоційної нестабільності);

б) опитувальники емоційних станів (значна виразність негативних емоцій).

Реабілітаційні заходи:

1. раціональна психотерапія спрямована на формування нових психологічних установок, проводиться щодня протягом місяця;

2. групова психотерапія проводиться 2-3 рази на тиждень протягом місяця;

3. сімейна психотерапія використовується для створення сприятливого мікроклімату в сім'ї, проводиться 1 раз на тиждень 2-3 місяці;

4. екзистенційна психотерапія - 2-3 рази на тиждень протягом місяця;

5. поведінкова (умовно-рефлекторна) терапія проводиться 1 раз на тиждень протягом 2-3 місяців.

Іпохондричний розлад – невротичний розлад, при якому основним проявом є надмірна занепокоєність власним здоров'ям, цілісністю і функціонуванням

якогось органу або, рідше, занепокоєність станом своїх розумових здібностей, супроводжується тривогою, депресією.

Психологічні діагностичні критерії:

1) наявність інтрапсихічного конфлікту невротичного типу, різного ступеня вираженості:

а) група методик, що характеризують особливості самооцінки і співвідношення її з рівнем домагань у значущій діяльності;

2) методики визначення локусу контролю (при іпохондричному розладі переважно локус контролю не диференціюється);

3) методики, що визначають тип відношення хворого до хворобливих переживань, факту хвороби, і до процесу лікування;

4) проєктивні методики.

Реабілітаційні заходи:

а) індивідуально-орієнтована психотерапія, яка спрямована на досягнення у хворого усвідомлення причинно-наслідкового зв'язку між особливостями його системи відносин і захворюванням; зміну відношень хворого, корекцію неадекватних реакцій та форм поведінки, логічне переконання, вироблення у хворого адекватного ставлення до хвороби; проводиться протягом 4-5 тижнів;

б) підтримуюча психотерапія, спрямована на фіксацію уваги на розслабленні, на зняття неприємних фізичних відчуттів, відновлення настрою і вироблення впевненості у відсутності серйозної органічної патології, розуміння зворотності, функціональності неприємних відчуттів; проводиться 3 рази на тиждень, усього – 8- 10 сеансів;

в) логотерапія.

Якщо до астенизації приєднуються явища підвищеної невротизації, такий синдром називають астено-невротичним. Соматогенний псевдоневротичний синдром має дві основні форми (гіпер- і гіпостенічну), а його клініка подібна до клініки неврастенії.

Тривалі захворювання можуть призвести до зміни поведінки та характеру хворих. Ці порушення називають «психопатизацією», або порушенням

особистості.

Хворі стають більш вередливими, егоцентричними, в них починає переважати афективна логіка, вони потребують більшої уваги, турботу про себе перекладають на родичів. Емоційний стан - більш лабільний, хворі нагадують примхливих дітей, на все ображаються, схильні до ситуаційних реакцій, не терплять усе, що пов'язано із хворобою і перебуванням у лікарні, а також неприємні процедури. Патопсихолог повинен пам'ятати про це й уміти диференціювати, де своєрідна поведінка зумовлена хворобою, а де просто невихованістю хворого. У першому випадку необхідно делікатно, з розумінням ставитися до психічного стану хворого і тактовно проводити посильну психокорекцію.

У деяких хворих тривале захворювання може призвести до специфічних змін рис характеру. У хворих на виразку шлунка або дванадцятипалої кишки воно викликає так званий «виразковий» характер. Такі хворі постійно всім незадоволені, їм важко догодити, вони стають надто прискіпливими, але конфлікти, як правило, активно не створюють.

Хворі на гіпертонічну хворобу, незважаючи на погане самопочуття, намагаються багато працювати. Якщо вони займають керівні посади, то нерідко примушують підлеглих працювати до виснаження.

Хворі, які перенесли інфаркт міокарда, здебільшого стають "м'якшими", більш делікатними, намагаються уникнути конфліктних ситуацій.

При тяжких хронічних захворюваннях у деяких пацієнтів розвивається схильність до дисфорії й експлозивних ситуаційних реакцій.

Патопсихолог повинен пам'ятати, що хвороба може змінювати характер і поведінку хворих, та проявляти максимум тактовності й деонтології при спілкуванні з ними у виконанні професійних обов'язків.

До непсихотичних порушень психіки, які зустрічаються у практиці патопсихолога будь-якого профілю, належать також різні форми виключення свідомості (знепритомнення, оглушення, сопор і кома).

Інколи внаслідок інфекційних, соматоневрологічних захворювань та пологів

можуть розвинутихь соматогенні психози з відповідними психічними синдромами.

Діагноз соматогенний психоз встановлюють на основі наявності своєрідної тріади:

- психоз розвивається при соматичному або інфекційному захворюванні;
- чим тяжчий соматичний стан, тим більш вираженими є прояви психозу;
- після покращання соматичного стану або одужання психоз проходить.

Афективні розлади настрою – це група розладів, при яких основне порушення полягає в зміні афекту або настрою, частіше в бік пригнічення (з почуттям тривоги або без нього) або підвищення. Зміни настрою супроводжуються зміною загального рівня активності. Для цієї групи захворювань є характерним тенденція до повторювання виникнення симптомів, вони можуть як співпадати зі стресовими ситуаціями, так і виникати без явної причини.

Маніакальний епізод – це група гіпоманій та маній без психотичних симптомів.

Гіпоманія – це легкий ступінь манії, що характеризується легким підйомом настрою, підвищеною енергійністю й активністю, почуттям благополуччя, фізичною і психічною продуктивністю, що триває не менше декількох днів.

Психологічні діагностичні критерії:

- а) дослідження самооцінки за K.Jaspers, лікарняний опитувальник MHQ по S.Grown; шкала тестування PNRS, шкала WPRS, шкала IMPS;
- б) окремі субтести Векслера;
- в) патохарактерологічний діагностичний опитувальник; Г) окремі оцінні шкали MMPI.

За зазначеними методиками виявляються психопатологічні феномени, що характеризують маніакальний реєстр-синдром.

Реабілітаційні заходи: здоровий спосіб життя, правильне чергування сну – неспанья, праці – відпочинку, загартовування, загальнооздоровчі заходи.

Манія без психотичних симптомів – це розлад, що характеризується

вираженим підйомом настрою, значним підвищенням активності, втратою нормального соціального функціонування, вираженим підйомом настрою, значним підвищення активності, втратою нормального соціального функціонування, вираженим відволіканням, підвищеною самооцінкою, ідеями величі, надоптимізмом, порушенням сприйняття, що тривають не менше тижня.

Психологічні діагностичні критерії:

а) дослідження самооцінки за K.Jaspers, лікарняний опитувальник MHQ по S.Grown; шкала тестування PNRS, шкала WPRS, шкала IMPS;

б) окремі субтести Векслера;

в) патохарактерологічний діагностичний опитувальник;

г) окремі шкали MMPI.

За зазначеними методиками виявляються психопатологічні феномени, що характеризують маніакальний реєстр-синдром.

Реабілітаційні заходи: здоровий спосіб життя, правильне чергування сну – неспання, праці – відпочинку, загартовування, загальнооздоровчі заходи.

Манія з психотичними симптомами - це розлади, що відповідають клініці манії, однак виражені більш масивно, що супроводжуються маяченням величі, переслідування, що характеризуються скачкою ідей, агресією, психомоторним збудженням.

Психологічні діагностичні критерії:

а) дослідження самооцінки за K.Jaspers, лікарняний опитувальник MHQ по S.Grown; шкала тестування PNRS, шкала WPRS, шкала IMPS;

б) окремі субтести Векслера;

в) патохарактерологічний діагностичний опитувальник;

г) окремі оцінні шкали MMPI.

За зазначеними методиками виявляються психопатологічні феномени, що характеризують маніакальний реєстр-синдром.

Реабілітаційні заходи: здоровий спосіб життя, правильне чергування сну – неспання, праці – відпочинку, загартовування, загальнооздоровчі заходи.

При сприятливому перебізі соматогенні та інфекційні психози повністю

проходять. У період видужання у хворих певний час має місце астеничний синдром у різних модифікаціях.

Проте інколи психічні порушення повністю не проходять, а трансформуються в певні стійкі психопатологічні синдроми, які змінюють особистість хворого, а інколи призводять до інвалідності.

У хворих із психастенією в преморбіді можуть розвинути стійкі зміни особистості за іпохондричним типом, в інших залишаються різноманітні фобії. Такі хворі потребують не стільки медикаментозного лікування, скільки тактової адекватної психотерапії, якою володіє патопсихолог.

Якщо патологічний процес уражає головний мозок (судинні захворювання, інсульт, травми, оперативні втручання, цукровий діабет, уремія, інтоксикація, менінгіти, енцефаліти тощо), у хворого розвивається психоорганічний синдром.

3.4 Органічні психічні розлади

Деменція при хворобі Альцгеймера

Хвороба Альцгеймера — це процес, що являє собою первинне дегенеративне церебральне захворювання і виникає переважно в передстаречому віці, а наслідком цього процесу є тотальне слабоумство. Захворювання звичайно розвивається повільно, але неухильно, протягом декількох років. Виділяють деменції при хворобі Альцгеймера з раннім початком (до 65 років) і з пізнім початком (після 65 років).

Психологічні діагностичні критерії: ознаки інтелектуально-мнестичного зниження; для дослідження використовуються методики, спрямовані на вивчення стану інтелекту, оперативної пам'яті, концентрації уваги.

Реабілітаційні заходи:

- когнітивний тренінг;
- стимуляція фізичної активності;
- стимуляція соціальних взаємодій;
- сімейне консультування;

- психокорекція соціальних навичок.

Судинна деменція (F 01)

Під цією загальною назвою об'єднуються деменції при різних формах судинної патології головного мозку (атеросклероз, гіпертонічна хвороба та ін.), а також при деяких екстрацеребральних судинних захворюваннях (інфаркт міокарда та ін.), і при різних морфологічних формах судинної патології — при ураженні магістральних судин і дифузному ураженні дрібних, судин кори головного мозку, грубовогнищевих із крововиливами в мозок (інсульт) або розм'якшенням і при процесах, що ведуть до множинних дрібновогнищевих порушень із крапковими крововиливами, вогнищами запусріння нервових клітин у корі і вторинній мозковій атрофії.

Судинні деменції характеризуються сполученням інтелектуально-мнестичних змін із різноманітною дифузною або неврологічною симптоматикою, що розвивається внаслідок хронічних або гострих порушень кровообігу в головному мозку. Слабоумство в більшості випадків носить лакунарний (парціальний) характер, із можливістю часткової компенсації дефіцитарної симптоматики.

В останні роки виділяють 4 групи судинної деменції:

- а) судинна деменція з гострим початком; б) мультиінфарктна деменція;
- в) субкортикальна судинна деменція;
- г) змішана коркова і підкоркова судинна деменція;

Судинна деменція з гострим початком (F 01.0).

Судинна деменція з гострим початком, як правило, розвивається швидко, після серії інсультів або цереброваскулярного тромбозу, емболії. Рідше причиною може бути одна масивна геморагія.

Психологічні діагностичні критерії:

а) шкала Векслера для оцінки інтелекту у дорослих, що дозволяє одержати дані про вербальні та невербальні можливості;

б) тестування перцептивних функцій, особливо зорового сприйняття просторових співвідношень; наприклад тест на зорове сприйняття

(запам'ятовування), при якому випробуваному пропонують запам'ятати і відтворити 10 малюнків;

в) навчання новому, як тестування пам'яті; запам'ятовування інших слів;

г) Talk test допомогою якого визначають порушення сприйняття мовлення;

д) експериментально-психологічне дослідження, для виявлення порушень уваги, пам'яті, аналізу, суджень, критики, комбінаторних можливостей.

Реабілітаційні заходи:

- когнітивний тренінг;
- логотерапія;
- стимуляція фізичної активності;
- стимуляція соціальних взаємодій;
- сімейне консультування.

Мультиінфарктна деменція.

Мультиінфарктна деменція - захворювання з поступовим початком після декількох невеликих ішемічних епізодів або інфарктів, що створюють акумуляцію інфарктів у церебральній паренхімі. Спостерігається звичайно у віці 50-65 років, переважно при дифузному атеросклерозі мозкових судин.

Психологічні діагностичні критерії такі ж, як при судинній деменції з гострим початком.

Реабілітаційні заходи:

- когнітивний тренінг;
- стимуляція фізичної активності;
- стимуляція соціальних взаємодій;
- сімейне консультування.

Субкортикальна судинна деменція (F 01.2)

Субкортикальна судинна деменція — це захворювання, що розвивається в результаті множинних лакунарних інфарктів у глибоких структурах білої речовини півкуль у хворих із гіпертонічною хворобою. Подібна клінічна картина виникає і внаслідок дифузного ураження білої речовини в півовальному центрі. Можливо, цей стан обумовлений хронічною ішемією у басейні дрібних артерій

головного мозку і пов'язаний з церебральним атеросклерозом, що розвивається внаслідок артеріальної гіпертонії. Це захворювання відоме як хвороба Бісвангера (субкортикальна лейкоенцефалопатія Бісвангера).

Психологічні діагностичні критерії такі ж, як при судинній деменції з гострим початком.

Реабілітаційні заходи:

- когнітивний тренінг;
- стимуляція фізичної активності;
- стимуляція соціальних взаємодій;
- сімейне консультування;
- психокорекція соціальних навичок.

Деменція при хворобі Піка

Хвороба Піка - це прогресуюча деменція, що відноситься до групи так званих системних атрофій.

Психологічні діагностичні критерії великого значення для практики не мають.

Реабілітаційні заходи:

- когнітивний тренінг;
- стимуляція фізичної активності;
- стимуляція соціальних взаємодій;
- сімейне консультування.

Деменція при хворобі Паркінсона.

Деменція при хворобі Паркінсона зустрічається у 20-60% хворих з даною патологією і спостерігається звичайно при вираженій неврологічній симптоматиці. Діагностувати її вкрай важко через виражені порушення моторики у пацієнтів.

Психологічні діагностичні критерії значення не мають.

Реабілітаційні заходи:

- когнітивний тренінг;
- стимуляція фізичної активності;

- стимуляція соціальних взаємодій;
- сімейне консультування.

Деменція при епілепсії вважається наслідком частих розгорнутих випадків і пояснюється змінами в корі, обумовленими ішемічними некрозами клітин.

Психологічні діагностичні критерії не є специфічними.

Реабілітаційні заходи:

- когнітивний тренінг;
- стимуляція фізичної активності;
- стимуляція соціальних взаємодій;
- сімейне консультування.

На сьогоднішній день найбільш поширеними соматичними захворюваннями, які призводять до виражених змін психіки, є атеросклероз судин головного мозку, гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, онкологічні хвороби, туберкульоз, цукровий діабет, черепномозкові травми. У зв'язку зі значним поширенням венеричних захворювань можна очікувати зростання кількості хворих із прогресивним паралічем і психічними порушеннями внаслідок ВІЛ-інфікування.

Практично всі ці захворювання при прогресивному перебігу здатні призводити до Корсаковського синдрому, енцефалопатії та психоорганічного синдрому із зниженням пам'яті та інтелекту, яке може сягати рівня деменції. Догляд за такими хворими має певні особливості. Так, хворі на атеросклероз судин головного мозку вночі часто не зорієнтуються, де знаходяться.

Хворі, в яких внаслідок інсульту розвинулась афазія, часто схильні до неадекватних емоцій з експлозивністю і брутальністю. Вони можуть кидати здоровою рукою різні предмети, без причини ридати, битись, мова їх обмежена окремими вигуками, а нерідко - елементами нецензурних виразів. Патопсихолог повинен розуміти, що така поведінка є наслідком хвороби. Необхідно спокійно і ввічливо виконувати свої обов'язки та проводити роз'яснювальну роботу з родичами хворих, яких пригнічує їх психічний стан.

У гострий період черепномозкової травми у хворих може затьмаритись свідомість (найчастіше бувають делірій або запаморочливі стани). Про це потрібно постійно пам'ятати, а при розвитку психозу хворого необхідно тимчасово зафіксувати до ліжка. Хворі з посттравматичним корсаківським синдромом потребують постійного стороннього нагляду.

Особливістю психічних порушень у хворих на злоякісні онкологічні хвороби є наявність у багатьох із них своєрідної анозогнозії. Незважаючи на прогресуюче погіршення самопочуття й об'єктивного стану, більшість хворих надіються і вірять, що злоякісні новоутворення є в інших хворих, а в них має місце інше, в принципі виліковне, захворювання. Патопсихолог повинен підтримувати віру хворих у видужання, а в безнадійних випадках - рятувати їх від морального «знищення», тоді лікування буде ефективнішим. У деяких хворих, які дізнаються від родичів (знайомих) правду, можуть розвинути афективні стани і реактивні психози з суїцидальними тенденціями, причому навіть тоді, коли лікування проходить успішно і є підстави сподіватися на позитивні результати.

Виражена туберкульозна інтоксикація здатна викликати маніакальний синдром. Якщо різні варіанти астеничного синдрому у хворих на туберкульоз змінилися на маніакальний стан, а суб'єктивно хворі почали почувати себе сповненими сил і енергії, це означає, що насправді об'єктивний стан їх різко погіршився. Такі хворі можуть порушувати лікарняний режим. Вони стають ейфоричними, некритично ставляться до свого стану, будують для себе нереальні плани. У них розгальмовуються інстинкти, особливо статевий. Гіперсексуальність призводить до безладних статевих зв'язків, зростає ризик зараження венеричними захворюваннями, з'являються підстави для ревнощів з боку партнера.

3.5. Функціональні розлади психіки

Патопсихологам, які працюють у лікувальних закладах будь-якого профілю, у практичній діяльності доводиться працювати з хворими, розлади психіки яких мають функціональний перехідний характер. Здебільшого такі психічні порушення є непсихотичними. Відповідно до сучасної Міжнародної класифікації хвороб вони входять у рубрику «Невротичні, пов'язані зі стресом і соматоформні розлади». До них відносять невротичні психогенні реакції (ситуаційна психогенна реакція, невроз тривожного очікування, панічні розлади), неврози у вигляді неврастенії, дисоціативних або конверсійних розладів (істеричний невроз), нав'язливих думок, фобій і компульсивних дій (невроз нав'язливих станів), соматизовані й соматоформні розлади (психосоматичні хвороби). Інколи психогенні розлади психіки проявляються дисоціативними й конверсійними (істеричними) психозами, гострою реакцією на стрес та посттравматичними стресовими розладами (гострі й затяжні реактивні психози).

Невротичні психогенні реакції

Ситуаційна психогенна реакція. У більшості хворих, які звернулись за медичною допомогою і після обстеження дізнались, що в них є небезпечне для здоров'я, продовження професійної діяльності або для життя захворювання, що обов'язково вимагає відповідного тривалого, лікування, розвиваються ситуаційні психогенні невротичні реакції. Останні практично завжди розвиваються у хворих на ішемічну хворобу серця, туберкульоз, цукровий діабет ВІЛ-інфекцію, прогресуючу хронічну ниркову недостатність, ускладнені форми виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки, онкологічні хвороби тощо.

Психічний і загальний стан хворого різко погіршується тоді, коли він отримає від лікаря інформацію про наявність у нього серйозного захворювання й усвідомить можливі негативні наслідки (в слабоумних та дементних хворих і гіпертимних психопатів ці реакції практично не виникають, тому що вони адекватно не усвідомлюють свій стан).

Хворі з вираженими тривожними переживаннями практично завжди вивчають інструкції, які стосуються дії призначених ліків. Внаслідок своєрідної вибіркості сприймання, зумовленої тривогою, вони надто емоційно сприймають дані про можливі побічні дії й ускладнення (які насправді виникають дуже рідко), чим знижують потенційну ефективність медикаменту, або навіть самонавіюють негативні наслідки його застосування.

У більшості хворих виникає тривога за своє майбутнє: «Чи вистачить грошей, щоб купити необхідні медикаменти?»; «Чи зможе після виписки з лікарні приступити до роботи?»; «Чи не загрожує інвалідність?»; «Як зміниться ситуація в сім'ї?» тощо.

Тривожні переживання посилюються перед неприємними втручаннями медичного характеру (операціями, болючими перев'язками, ендоскопічними дослідженнями, зондуванням тощо). Напередодні проведення зондування дванадцятипалої кишки хворий практично завжди отримує негативну інформацію про суб'єктивне переживання цієї процедури від інших хворих. Його думки і переживання концентруються навколо майбутніх «тортур». Хворий напередодні погано спить, вдень із тривогою чекає на процедуру зондування. Він суб'єктивно переживає в уяві неприємні відчуття. Тому напередодні краще не говорити хворому про це втручання, а якщо хворий вже знає про це, то необхідно виконати неприємну процедуру якнайшвидше.

Ситуаційні реакції і психогенні тривожні стани проходять після успішного вилікування основного захворювання, вирішення проблеми, яка викликає тривогу, або в тих випадках, коли хворий переоцінить свій стан, змириться з наявністю хронічного патологічного процесу чи каліцтва, спрямує всі сили та енергію на адекватне лікування і реабілітацію.

Винятком є напади надмірної тривоги і страху, які практично завжди виникають при гострих нападах серцевого болю, зумовлених стенокардією, або інфарктом міокарда. У цих випадках страх за своє життя «звужує» самоусвідомлення хворим свого стану до рівня страху смерті. Скільки разів

повторюється серцевий напад, стільки ж разів хворий буде суб'єктивно «помирати».

Панічні розлади (епізодична пароксизмальна тривога). Симптоми нападів сильної тривоги (паніки) в різних хворих не однакові, але завжди спостерігають серцебиття, яке виникає раптово, біль у ділянці серця або інших частинах грудної клітки, ядуху, запаморочення, відчуття нереальності (деперсоналізацію або дереалізацію). Постійно з'являються вторинний страх смерті, втрати самоконтролю або небезпеки божевілля. Переважно такі атаки тривають декілька хвилин, інколи довше. Під час панічної атаки наростає неконтрольований страх із втратою самовладання і з'являються виражені вегетативні розлади, які призводять до того, що хворі намагаються якнайшвидше залишити місце, де знаходяться. Якщо таке відбувається в специфічній ситуації, наприклад в автобусі або поліклініці, то хворий старається обминати ці місця. В інших напади страху з'являються тоді, коли хворий залишається наодинці.

Розлади адаптації (ситуаційні психогенні реакції, пароксизмальні панічні розлади, неврози тривожного очікування) - обов'язкові компоненти психологічного відреагування інтелектуально повноцінної людини на усвідомлення хвороби. Ці реакції значною мірою формують аутопластичну (внутрішню) картину хвороби і визначають тип суб'єктивного відреагування на неї.

Часто психічний стан хворого за своїм впливом на загальне самопочуття є набагато тяжчим, ніж наявні об'єктивні розлади, викликані хворобою. Згідно з феноменом Йореса, виразність суб'єктивно неприємних відчуттів в основному прямо пропорційно залежить від функціональних змін і здебільшого обернено пропорційна виразності органічних порушень. Винятком є хворі на інфаркт міокарда і хворі з метастазами злоякісних новоутворень.

Послаблення проявів стресу, поліпшення психічного стану хворого, поглиблення віри в успішне лікування - найважливіші аспекти професійної психолога в лікарняному закладі.

3.6 Неврози (невротичні розлади)

Неврози - це порушення вищої нервової діяльності й нейровегетативних функцій, що розвиваються переважно в емоційній сфері, під впливом психічних травм або тривалого емоційного напруження, коли зміни мислення і загальної поведінки спричинені станом афекту.

Зрив вищої нервової діяльності виникає внаслідок того, що змінюються стан і взаємозв'язок між основними нервовими процесами, а саме між їх силою і рухливістю, якщо до них ставлять надто високі вимоги. На неврози здебільшого хворіють особи з меланхолічним і холеричним темпераментом, тоді як при сангвінічному і флегматичному темпераменті зриви спостерігають рідко. Розвитку неврозів сприяють соціальні умови, соматичний і психічний стан у момент психотравми, загальна перевтома.

Для всіх видів неврозів характерні такі основні групи клінічної симптоматики:

1. Розлади самоконтролю: дискомфорт, головний біль, відчуття розбитості (особливо після сну), підвищена втомлюваність, зниження працездатності, знесилення.

2. Емоційні розлади: лабільність настрою, сензитивність, подразливість, схильність до депресивних реакцій, страхів і настирливих побоювань, бурхливі афективні спалахи з подальшим виснаженням, неадекватність емоційної реакції силі подразника, недостатність контролю за емоційними реакціями.

3. Розлади емоційно-вольової сфери і потягів: порушення апетиту і сексуальної функції, настирливі потяги і дії, недостатній контроль за поведінкою.

4. Розлади інших психічних функцій:

4.1. Уваги (підвищене виснаження, неуважність, відволікання або прикутість до неприємних відчуттів).

4.2. Пам'яті (забудькуватість, труднощі при запам'ятовуванні й відтворенні інформації).

4.3. Мислення (нав'язливі думки, афективне мислення, концентрація думок навколо своєї хвороби).

4.4. Відчуття і сприймання (гіпер-, гіпо- й анестезії, парестезії, сенестопатії, неприємні відчуття в органах і ділянках тіла з розладами їх діяльності, функціональна сліпота, глухота).

4.5. Свідомості й самосвідомості (афективне звуження свідомості при психотравмуючих обставинах).

5. Соматовегетативні розлади: гіпергідроз, приплив жару, тахікардія, лабільність пульсу і артеріального тиску, закрепи, нудота, прискорення сечопускання, енурез, ядуха, функціональні парези і паралічі, заїкання, тремор тощо.

При неврозах виявляють симптоми всіх згаданих груп розладів. У процесі подальшого перебігу, залежно від преморбідних особливостей, на перший план виходять порушення або психічних, або соматовегетативних функцій.

Основними різновидами неврозів є неврастенія, невроз нав'язливих станів та істерія. Розвиток певного виду неврозу значною мірою залежить від типу вищої нервової діяльності. У людей із художнім типом, в яких перша сигнальна система (підкіркові процеси) переважає над другою (кора головного мозку), здебільшого розвивається істеричний невроз. До неврозу нав'язливих станів схильні особи з розумовим типом вищої нервової діяльності, в яких друга сигнальна система превалює над першою. Більшості людей властивий змішаний тип нервових процесів, найчастіше в них розвивається неврастенія.

Неврастенія характеризується наявністю різноманітної симптоматики: соматичної, неврологічної, психопатологічної. Соматична симптоматика не пов'язана з яким-небудь захворюванням внутрішніх органів, проте часто така виразна, що змушує хворого постійно звертатися до лікарів.

Переважно спостерігають прояви розладу функцій серцево-судинної системи: тахікардію, іноді сповільнення пульсу, відчуття болю, завмирання або стискання в ділянці серця тощо. Частими є порушення діяльності травного тракту: зниження або «примхи» апетиту, нудота, розлади випорожнень. Іноді

спостерігається збільшення кількості сечовипускання без збільшення діурезу. В жінок можуть з'явитися ті чи інші відхилення в менструальному циклі, в чоловіків - явища імпотенції, які проявляються різними формами порушення статевого потягу та ерекції.

Із загальних симптомів можна виділити гіперестезію до зовнішніх подразників (світла, звуку тощо) і погане самопочуття, яке хворим іноді важко описати. Виникають також відчуття тяжкості в голові, головний біль невизначеної локалізації, запаморочення тощо. Характерні порушення сну: хворі довго не можуть заснути, часто прокидаються, сон не досить глибокий, тому не приносить задоволення, навіть якщо тривалість його достатня.

Неврологічний статус характеризується підвищенням сухожильних рефлексів, тремором витягнутих рук, сильною пітливістю та іншими ознаками подразнення вегетативної нервової системи.

Психопатологічна симптоматика неврастенії добре визначається терміном «дратівлива слабкість». Характерними є погані настрої та емоційна лабільність, яка, на відміну від такої при істерії, поєднується із швидким виснаженням нервових процесів. Емоційні «вибухи» виникають легко і нерідко з незначного приводу. Після цього хворий розкаюється у своїй поведінці, ніяковіє. Типовою є також схильність до плаксивості, навіть у чоловіків. Працездатність, насамперед розумова, знижена, однак хворий під впливом тонізуючих психічних чинників може «зібратися» і виконати належний обсяг роботи. При неврастенії немає якісних інтелектуальних порушень. Хворі скаржаться на забудькуватість, порушення запам'ятовування, особливо в повсякденному житті, й болісно переживають це. Такі розлади є наслідком порушення уваги, слабкості її концентрації і минають без сліду. Загальна поведінка хворих не врівноважена, зокрема під час спілкування з людьми, що пов'язано з емоційною нестійкістю.

Розрізняють дві форми неврастенії: гіпер- і гіпостенічну. При гіперстенічній формі переважають симптоми дратівливої слабкості, при гіпостенічній - явища астенизації нервової системи (загальна слабкість, млявість, непереносимість будь-яких подразників і навантажень, зниження загального життєвого тону).

Психологічні діагностичні критерії:

а) наявність інтрапсихічного конфлікту невротичного типу, різного ступеня виразності:

1. група методик, що характеризують особливості самооцінки і співвідношення її з рівнем домагань;
2. методики визначення локусу контролю;
3. методики, що визначають тип відношення хворого до хворобливих проявів;
4. проєктивні методики.

б) наявність астенічних порушень і змін пізнавальних процесів – група методик дослідження пам'яті, уваги, мислення, що дозволяють об'єктивізувати зниження (або коливання) рівня розумової працездатності, виснаження, стомлюваності, низьку продуктивність.

Реабілітаційні заходи:

а) індивідуально-орієнтована психотерапія, спрямована на всебічне вивчення особистості хворого, особливості формування, структури і функціонування його системи відношень; досягнення у хворого усвідомлення і розуміння причинно-наслідкового зв'язку між особливостями його системи відношень і захворюванням; допомога хворому в розумінні ситуації, що є психотравмуючою, зміну ставлення хворого до ситуації, корекцію неадекватних реакцій та форм поведінки; проводиться індивідуально або в процесі групової психотерапії;

б) логотерапія проводиться паралельно з медикаментозним лікуванням;

в) аутогенне тренування проводиться із застосуванням спеціально розроблених з урахуванням скарг хворого і симптоматики формул хвороби і спрямоване на розвиток і зміцнення саморегуляції, самоконтролю і самовладання, при цьому здійснюється вплив на загальноневротичну симптоматику, нейровегетативні розлади.

Невроз нав'язливості характеризується появою нав'язливих станів після психічної травми. Нав'язливі сумніви - це невпевненість у правильності

здійснюваних або здійснених дій, що настирливо виникає всупереч логічним доказам. Наприклад, хворий сумнівається в тому, чи правильно написав документ, чи вимкнув електроприлади тощо, незважаючи на неодноразову перевірку ним виконаної дії.

Нав'язливі спогади - це надокучливі спогади про сумну, неприємну або ганебну для хворого подію всупереч намаганням про неї не думати.

Нав'язливі уявлення - це поява неправдоподібних уявлень, які хворий сприймає за реальність попри їхню абсурдність.

Наприклад, хворий переконаний у тому, що похований родич був живий, при цьому він уявляє і болісно переживає страждання «уявно померлого» в могилі.

Нав'язливі потяги - це намагання здійснити якусь вкрай небажану дію, яке супроводжується відчуттям жаху й паніки за неможливість звільнитися від таких потягів.

Хворого охоплює бажання кинутися під поїзд або штовхнути під нього близьку людину, вбити жорстоким чином свою дитину чи дружину, причому він відчуває нестерпний страх від того, що це відбувається (контрастні потяги).

Нав'язливі страхи (фобії) - це нав'язливі і безглузді страхи висоти, великих вулиць, відкритих або обмежених просторів, скупчення людей, страх захворіти на невиліковну хворобу або несподівано померти.

До нав'язливостей афективно нейтрального змісту належать нав'язливі мудрування, пригадування забутих термінів, формулювань тощо.

Нав'язливі дії - це рухи, які хворий робить всупереч своєму бажанню, незважаючи на зусилля утриматись від їх виконання. Одні з нав'язливих дій заповнюють його думки доти, доки не будуть реалізовані, інші не помічаються ним. Близькими за клінічною картиною до неврозу нав'язливості є психастенія і психастенічний невроз, які, згідно з МКХ-10, відносять до рубрики «Інші специфічні невротичні розлади».

Для цього виду неврозу характерні:

- ◆ переважання явищ астенизації;

- ◆ постійне загальне відчуття напруги з важкими передчуттями;
- ◆ панування уявлень щодо своєї соціальної неспроможності, власної непривабливості й приниженості відносно інших;
- ◆ підвищена стурбованість щодо критики;
- ◆ небажання вступати в контакт без гарантії сподобатися, ухилення від соціальної або професійної діяльності, яка пов'язана із значними соціальними контактами, у зв'язку з наявністю страху критики, несхвалення або ігнорування;
- ◆ обмеженість життєвого і соціального укладу через потребу у фізичній і психологічній безпеці.

Диференційна діагностика необхідна для розмежування неврозу нав'язливості та шизофренії, мозкового атеросклерозу і наслідків енцефаліту. Ознакою неврозу нав'язливості, а на початку хвороби і єдиним психопатологічним проявом, є саме нав'язливість при відсутності інтелектуальних розладів. Якщо хвороба набуває тривалого перебігу і недостатньо піддається лікуванню, вона може впливати не тільки на особистість хворого, а й на його подальше життя.

Істерія. Клінічна картина хвороби характеризується значною лабільністю емоцій і переходом психічного компонента в соматоневрологічний. Це єдина форма неврозу, при якій можливі якісні зміни свідомості. Практично всі симптоми істерії мають захисний для хворого характер відповідно до конкретної психотравмуючої ситуації.

Вони приносять людині певну моральну вигоду, оскільки дають змогу позбутись якогось іншого важкого переживання. Через це істерію можна розглядати як своєрідне фізіологічне захисне явище, що виникає під впливом надпотужного подразника. Наприклад, мати отримала несподівану звістку про трагічну загибель сина. Чекаючи, коли привезуть його тіло, вона з жахом подумала, що не зможе бачити сина мертвим, і раптово осліпла. Істерична сліпота згодом пройшла.

Емоційна лабільність при істерії проявляється різкою зміною емоцій, нестійкістю їх, Однак, на відміну від неврастенії, вони відзначаються високою

наснагою, майже невичерпні, незважаючи на бурхливі прояви. Хворий, який голосив, плакав, поринав у відчай, часто без особливих зусиль заспокоюється, крім того, до нього досить легко може повернутись добрий настрій. Така лабільність емоцій може призвести до нестійкості у бажаннях, намірах, поведінці, симпатіях і антипатіях.

Крім емоційної лабільності, характерним психопатологічним симптомом істерії є навіювання (самонавіювання й здатність піддаватися навіюванню з боку інших осіб).

Значні сила і лабільність емоцій можуть іноді зумовлювати порушення свідомості за типом сновидно затьмареної (істеричний делірій) і хворобливо звуженої (істеричний запаморочливий стан). Запаморочливий стан при істерії являє собою чистий тип хворобливо звуженої свідомості без оглушення та інших ознак її порушення.

Із соматичних симптомів спостерігають тахікардію, задишку, відчуття завмирання серця, стан, що нагадує непритомність, часте сечовипускання, порушення апетиту, блювання, нудоту, пронос, у жінок - розлади менструального циклу.

Неврологічні симптоми істерії також дуже різноманітні. Їх поділяють на явища подразнення і явища випадання в руховій та чутливій сферах, а також у ділянці різних аналізаторів. Явища подразнення в чутливій сфері й у ділянці аналізаторів характеризуються різким підвищенням чутливості до всіляких подразників (гіпфестезія до світла, звуків, дотику, больового подразнення тощо), у рефлексорній сфері

- підвищенням рефлексів із розширенням їх зони, в руховій сфері - тиками, сіпанням, тремором та іншими рухами. До явищ випадання належать істеричні сліпота, глухота, глухонімота. Найяскравішим проявом подразнення в руховій сфері є істеричний напад.

Явища випадіння в чутливій сфері характеризуються різким зниженням чутливості аж до відсутності всіх видів її. Вони, як і явища подразнення, не

відповідають анатомічним зонам, інервацію яких забезпечують периферичні нерви.

При неврозі рухові розлади, пов'язані з випадінням у руховій сфері, проявляються паралічами та парезами. Вони не відповідають іннерваційним порушенням периферичного характеру, хоча парези нерідко мають периферичний тип. При цьому випадає також цілісна функція (рухи кисті й усієї верхньої кінцівки, ступні й усієї нижньої кінцівки тощо), що свідчить про центральний характер порушень. Сухожильні рефлекси можуть підвищуватись.

Психологи дитячих відділеннях лікарень, дитячих дошкільних закладів, шкіл, літніх таборів відпочинку тощо нерідко мають справу з таким неспсихотичним розладом психіки, який, згідно з МКХ-10, називають тривожним розладом у зв'язку з розлукою в дитячому віці.

Для немовлят і дітей дошкільного віку є нормальною поява певного ступеня тривоги через реальну або загрожуючу розлуку з людьми, до яких вони прихильні. Цей розлад вважають патологічним лише тоді, коли тривога сягає ступеня, який виходить за межі звичайних проявів і створює значні проблеми в плані соціального функціонування як дитини, так і її сім'ї та дитячого закладу, де перебуває ця дитина. Такі тривожні розлади можуть набувати форми:

- ◆ нереального неспокою, який поглинає всі емоції, помисли й уявлення дитини; думки про те, що її розлучають із близькими людьми, загублять, вкрадуть, назавжди залишають у стаціонарі, вб'ють;

- ◆ впертого небажання йти в дитячий дошкільний заклад або школу через страх розлуки, а не через інші причини, наприклад, низьку успішність або погане ставлення з боку ровесників;

- ◆ впертого небажання або відмови спати без особи, до якої дитина відчуває велику прихильність, неадекватного страху самотності або страху залишитись самому вдома, нічних жахів, які часто повторюються;

- ◆ рецидивної появи соматичних і вегетативних симптомів (нудоти, болю в животі, блювання, проносу, головного болю тощо) при розлучі з особою, до якої

дитина відчуває надмірну прихильність (коли потрібно йти в дитячий дошкільний заклад, школу тощо);

◆ повторних надмірних емоційних дистресів, що проявляються тривогою, плачем, подразливістю, стражданнями, апатією або соціальною аутизацією при передчутті під час або відразу після розлуки з особою, до якої дитина відчуває прихильність.

Психолог повинен вміти правильно розпізнавати тривожні розлади. Наприклад, психолог медичного закладу, коли приймає дитину на лікування в дитяче відділення, бачить типовий для такої ситуації психічний стан дитини, який він кваліфікує як звичайну минушу реакцію протесту (вид ситуаційної реакції), а коли постійно спостерігає за дитиною, відзначає, що її мучать нічні жахи, тоді як вдень вона апатична й аутична тощо.

Правильне описання стану і поведінки дитини психологом допоможе лікарю підібрати адекватний метод психокорекції і покращити якість лікування або соціальної реадaptaції при необхідності перебування дитини в школі або дошкільному закладі.

Невротичний розвиток особистості - це сталі за клінічними проявами, практично незворотні зміни всієї особистості людини, зумовлені тривалим перебігом неврозу, коли зафіксують «входження» або «втечу» у хворобу.

Розвиток цього стану може призвести до стійкої соціальної дезадаптації хворого, а відтак закінчитися його інвалідністю.

Психопрофілактика невротичного розвитку особистості полягає в запобіганні розвитку неврозів і своєчасному якісному психотерапевтичному їх лікуванні у період виникнення.

3.7. Реактивні та постстресові психози

Реакція на сильний стрес і порушення адаптації (реактивні психози).

Реактивні психози, які згідно з МКХ-10 віднесені в рубрику «Реакції на сильний стрес і порушення адаптації», - це патологічні реакції психотичного

рівня на психічні травми або несприятливі ситуації, що викликають страх, тривогу, образу, тугу чи інші негативні емоції.

Вирішальне значення для розвитку реактивного психозу мають характер і сила психічної травми, преморбідне тло. Реактивні психози найчастіше виникають в осіб, які хворіють на психопатію, перенесли черепномозкову травму, а також в ослаблених інфекційними, соматичними захворюваннями, інтоксикаціями, тривалим безсонням, авітамінозами тощо.

Серед реактивних психозів розрізняють:

- ◆ афективно-шокові реакції;
- ◆ реактивну депресію;
- ◆ реактивний параноїд;
- ◆ істеричні психози.

Афективно-шокові психогенні реакції викликаються раптовим сильним афектом, що звичайно супроводжується страхом через загрозу для життя (пожежа, землетрус, повінь тощо). Клінічно ці реакції проявляються реактивним збудженням і реактивним ступором. При реактивному збудженні раптово виникає хаотичне немотивоване психомоторне збудження. Хворий кидається в різні сторони, кричить, благає про допомогу. Таку поведінку спостерігають при психогенному запаморочливому стані свідомості з порушенням орієнтування і подальшою амнезією. Реактивний ступор проявляється заціпенінням, що виникає раптово: людина завмирає, не може зробити жодного руху, сказати хоча б слово (мутизм). Він триває від декількох хвилин до декількох годин, інколи довше. При цьому часто розвивається виражене напруження м'язів. Хворий лежить в ембріональній позі або витягується на спині.

Очні щілини, як правило, широко розкриті, міміка відображає переляк чи безмежний відчай. При згадці про психотравмуючу ситуацію хворий блідне або червоніє, вкривається потом, у нього з'являється тахікардія. Цей стан закінчується сном і амнезією. Психомоторна загальмованість може не досягати ступеня ступору. В цих випадках хворі частково контактують з людьми, хоча

відповідають коротко, розтягуючи слова. Рухи скуті, повільні. Свідомість звужена або виключена до ступеня оглушення.

Рідко у відповідь на раптову і сильну психотравмуючу дію настає так званий емоційний параліч - тривала апатія з байдужим ставленням до загрозової ситуації і навколишнього середовища.

Затяжні психогенні психози проявляються реактивною депресією та реактивним параноїдом.

Реактивна депресія. Смерть близької людини, тяжкі життєві невдачі здатні викликати реакцію депресії. У цьому стані хворі пригнічені, вираз обличчя в них скорботний, хода повільна, можуть тривалий час сидіти в одній позі з опущеною головою або лежати, підібгавши ноги, байдужі до всього, спілкуються мало і неохоче. Переживання сконцентровані навколо обставин, які пов'язані з психічною травмою. Думки про неприємну подію невідступні, деталізуються, стають надцінними, а інколи трансформуються в маячення. Психомоторна загальмованість часом досягає рівня депресивного ступору. Коли до туги приєднується тривога, страх або гнівливність, може розвинути психомоторне збудження: хворі голосно плачуть, заламують руки, б'ються головою об стіну, роблять спроби самогубства.

Психоз проходить через певний час після вирішення психотравмуючої ситуації або після примирення з її наслідками. При розвитку реактивної депресії хворого повинен оглянути лікар-психіатр, щоб госпіталізувати його в психіатричну лікарню для запобігання самогубству й організації належного лікування.

Реактивний параноїд - це патологічна реакція психотичного рівня на психічну травму чи несприятливу ситуацію, наприклад маячний синдром. Клінічно він може проявитись різноманітними симптомами. В одних випадках виникають маячні ідеї переслідування при вираженому страху і розгубленості. При цьому зміст маячних ідей, як правило, відображає психотравмуючу ситуацію. Навколишнє середовище піддається маячній інтерпретації, набуває особливого значення. В інших випадках, крім маячних ідей, у хворих виникають

слухові галюцинації такого самого змісту. Поведінка хворих визначається нереальним оцінюванням дійсності, а їх маячними переконаннями.

Виділяють і деякі атипові форми реактивного параноїду.

В осіб, які страждають на психопатію, під впливом психотравми може виникнути маячення. Такі хворі схильні активно боротися з усілякими, здебільшого уявними, недоліками, пишуть у різні інстанції скарги, протести, вимоги, з великою підозрою ставляться до всіх, кого ця «справа» прямо чи опосередковано стосується. У таких людей виникає стійка тривожна підозріливість, ідеї стосунків, переслідування. Такі розлади можливі й у тому випадку, коли людина потрапляє в іншомовне оточення і незнання чужої мови створює їй труднощі в спілкуванні. Тривалість реактивного параноїду найчастіше обмежується днями, але інколи психоз затягується на місяці. Хворі на реактивний параноїд здебільшого є небезпечними для оточуючих, а відтак потребують консультації лікаря-психіатра.

3.8. Психосоматичні захворювання

Психолог, озброєний сучасними знаннями про соматизовані розлади, може надати суттєву допомогу лікарю щодо припущення й верифікації діагнозу - психосоматичного розладу. При наявності прихованої депресії звертають увагу на циркадність посилення болю, погіршення загального стану хворого і зміни його вітального тону. У цієї групи хворих біль посилюється, а загальний стан погіршується здебільшого в другій половині ночі й вранці. Особливо показовим є циркадність змін вітального тону. Після неповноцінного нічного сну хворий вранці не має відчуття, що він відпочив, відчуває себе розбитим, йому важко встати з ліжка, навіть для того, щоб вмитись і почистити зуби, апетит відсутній, його ніщо не цікавить. Під вечір вітальний тонус хворого дещо, а часом і значно, покращується. З'являються апетит і інтерес до подій, які відбуваються навколо нього. Періодичні напади болю суттєво не впливають на достатньо задовільний життєвий тонус ввечері.

Для органних і системних неврозів характерні наявність стійкого іпохондричного фону, відсутність чітко визначеного циркадного ритму зміни вітального тону, виражені симптоми вегетативної дисфункції під час погіршення стану, що має тісний зв'язок з дією психотравмуючої ситуації.

Психолог проводить психоедукацію з цією групою хворих, переконує їх проявити наполегливість у тривалому лікуванні й не змінювати одного лікаря на іншого. Пряма і опосередкована психотерапія, яку грамотно та адекватно обставинам проводить психолог, створює сприятливий фон для успішного лікування соматизованих розладів.

На сьогоднішній день внаслідок зниження рівня життя, психічного перевантаження та постійних стресів часто розвиваються так звані психосоматичні захворювання. Це хвороби з різноманітною клінічною картиною, що імітують різні соматоневрологічні захворювання. Вони зумовлені прихованою депресією або неврозом якогось органу чи системи. Протягом певного періоду (місяці, а часто і роки) ці хворобливі стани мають функціональний характер, при своєчасному діагностуванні їх успішно лікують. Проте тоді, коли діагноз був встановлений неправильно, через деякий час функціональні порушення переходять в органічні зміни або інтенсивна терапія хіміофармацевтичними препаратами викликає розвиток так званої «медикаментозної хвороби». Встановлено, що не менше 30-50 % осіб, які звертаються із різноманітними скаргами в поліклініки і стаціонари, є практично здоровими людьми, які потребують лише адекватної корекції емоційного стану. Окрім цього, щонайменше у 25 % людей, в яких насправді є соматичні хвороби велике значення в клінічній картині відіграють невротичні розлади.

У виникненні психосоматичних розладів значну роль відіграє дія 5 факторів:

- ◆ фрустраційна та емоційна напруженість;
- ◆ енергетичний потенціал і антистрессова стійкість;
- ◆ контроль над соціальною поведінкою;
- ◆ розвиток ендогенної прихованої депресії;

- ◆ розвиток органних або системних неврозів.

Розрізняють такі диференційно-діагностичні критерії, за допомогою яких можна запідозрити наявність психосоматичного захворювання:

- ◆ атиповість клінічних проявів;
- ◆ невідповідність клінічних проявів результатам об'єктивного параклінічного обстеження;
- ◆ неефективність лікування у спеціалістів соматоневрологічного профілю.

Прихована депресія - це ендогенний депресивний стан, при якому на перший план в клінічній картині захворювання виходить велика кількість різноманітних соматичних скарг, власне психічні афективні її прояви стерті, нерідко виступають за їх фасадом (синоніми «соматизовані розлади», «депресія без депресії», «замаскована депресія», «латентна депресія», «вегетативна депресія», «соматична циклотимія»).

Вважають, що близько 15-25 % осіб, які звертаються і лікуються в лікарів, насправді мають приховану депресію. Відомо, що прихована депресія - це стан, який може зумовлювати високий суїцидний ризик.

Численні сомато-вегетативні порушення зводяться до таких варіантів маскованої депресії:

1. Алгічно-сенестопатичний:

- кардіалгічний (біль у ділянці серця);
- цефалгічний (головний біль);
- абдомінальний (біль у різних ділянках живота).

2. Агрипічний (стійке безсоння).

3. Діенцефальний:

а) вегетативно-вісцеральний (періодична тахікардія, пітливість, відчуття жару, нестачі повітря, посилена перистальтика шлунка і кишечника, псевдопозиви на дефекацію);

б) псевдоастматичний (нападоподібно виникають порушення частоти, ритму і глибини дихання із суб'єктивним відчуттям ядухи);

в) вазомоторно-алергічний (періодично, найчастіше восени або навесні, з'являється відчуття закладення носових ходів з утрудненням носового дихання, відчуття важкості або оніміння в ділянках гайморових пазух).

4. Обсесивний.

5. Наркоманічний (проявляється псевдозапоями).

6. Порушення сексуальної сфери.

Критерії диференційної діагностики прихованої депресії:

◆ Наявність субдепресивних станів із погіршенням самопочуття і вітального тону під кінець ночі й вранці та покращанням суб'єктивного стану ввечері.

◆ Наявність різноманітних сомато-вегетативних поліморфних скарг, які не стосуються певної конкретної хвороби. Характерними є стійкість, тривалість і топографічна атиповість болю та неприємних відчуттів.

◆ Наявність розладів вітальних функцій (порушення сну, апетиту, схуднення, статеві порушення, менструальні розлади).

◆ Особливості перебігу захворювання: періодичність і хвилеподібність сомато-вегетативних і психічних розладів, спонтанність їх виникнення і зникнення, схильність до сезонності (осінньо-весняні) проявів захворювання.

◆ Відсутність ефекту від соматичної терапії і наявність ефекту від застосування антидепресантів.

◆ Стандартизований тест ММРІ.

Підвищення балу за шкалою депресії вказує на приховану депресію, а всіх чи більшості «емоційних» шкал (істерії, маніакальної, депресивної, іпохондрії і, певною мірою, психопатизації і соціальної інтроверсії) - на невротичні зміни особистості.

Основні клінічні форми прихованої депресії.

Кардіалгічний синдром. Хворі скаржаться на біль і неприємні відчуття різного характеру в ділянці серця. Біль має стискаючий, ниючий, щемливий чи сверблячий характер. Виникають відчуття судоми, пульсації, печії, стискання в передсердній ділянці, пришвидшене серцебиття. Здебільшого біль не минає

досить довго (від тижня до кількох місяців) і має тупий характер; значно рідше гострий, колючий, пекучий біль має нападopodobний характер, що нагадує стенокардію. Біль, який виникає в ділянці серця, може розповсюджуватись на всю грудну клітку, віддавати в шию, лопатку, живіт і голову. Поява болю не пов'язана з фізичним навантаженням, він виникає після емоційного напруження, а частіше спонтанно, як правило, перед світанком або вранці. Своєрідний сенестопатичний характер і тривалість болю, добові коливання інтенсивності больового синдрому (найбільш виражені вранці, покращання стану ввечері), відсутність характерних змін на ЕКГ, неефективність судинорозширювальних препаратів, а також позитивна реакція на антидепресанти і зникнення симптоматики в процесі лікування ними свідчать про те, що причиною кардіалгічного синдрому є прихована депресія.

Цефалгічний синдром. Хворі скаржаться на нестерпний, головний біль. Хворі відчують печію, розпирання, горіння, тяжкість, пульсацію, стискання, оніміння. Досить часто біль має мігруючий характер (то в лобно-скроневій, то в потиличній, то в тім'яній ділянці).

Локалізація головного болю не відповідає топографічним зонам іннервації черепа і судинним басейнам. Як правило, він виникає вночі, після раннього пробудження, найбільш інтенсивний перед світанком і вранці, поступово зменшується до середини дня і майже повністю зникає або значно зменшується до вечора. Періодично на фоні дифузного, тупого головного болю виникають короткочасні напади інтенсивного, пульсуючого болю. Аналгетики і спазмолітики не знімають біль, а лише знижують його інтенсивність. Характер перебігу і проявів головного болю, періодичність (інколи сезонність), добова динаміка, відсутність або незначне вираження неврологічної симптоматики, наявність стертих депресивних порушень та ефект від застосування антидепресантів дозволяють віднести цей тип головного болю до проявів прихованої депресії.

Абдомінальний синдром. Симптоми: біль, спазми, парестезії в епігастральній ділянці по ходу кишечника і в ділянці печінки, відчуття тяжкості, стискання,

переповнення, розпирання, вібрації шлунка, здуття кишечника, нудота, вимушена відрижка. Біль найчастіше має затяжний, постійний, ниючий, розпираючий, тупий характер, проте періодично на цьому фоні виникає короткочасний, сильний, мігруючий, «блискавичний» біль. Біль, як правило, залежить від часу доби (найбільш інтенсивний вночі та вранці) і не залежить від харчування.

Спостерігають зниження апетиту, зменшення маси тіла, дискінетичні розлади (запори, рідше проноси, відчуття здуття, переповнення кишечника).

Спонтанність виникнення, періодичність і сезонність проявів, характер болю, які не вкладаються в симптоматику якогось конкретного захворювання шлунково-кишкового тракту, добова динаміка, відсутність або незначне вираження органічної патології, відсутність ефекту від соматичної терапії покращання стану від лікування антидепресантами свідчать про наявність прихованої депресії.

Агривний варіант проявляється вираженими розладами сну. Хворі звичайно легко засинають, але через 3-5 годин раптово пробуджуються, ніби від «внутрішнього поштовху». Відтак до ранку хворі не можуть заснути або через 2-3 год впадають у дрімотний стан. Вранці вони прокидаються з відчуттям загальної розбитості, сонливості, несвіжості, тяжкості в голові. Працездатність знижена. Виникає підвищена подразливість. Особливо погане самопочуття в першій половині дня. До середини дня загальний стан покращується, з'являється апетит, відновлюється працездатність.

Спонтанність виникнення, періодичність проявів, ранні прокидання, добове самопочуття, відсутність ефекту від приймання снодійних засобів, покращання загального стану та нормалізація сну в результаті проведення терапії антидепресантами свідчать про те, що причиною розладів сну є прихована депресія.

Діенцефальний синдром є найбільш складним за своєю структурою. Виділяють вегетативно-вісцеральний, вазомоторний, вазомоторно-алергічний і псевдоастматичний типи порушень.

Диференційно-діагностичні критерії. Велика кількість соматичних скарг, які не стосуються якоїсь визначеної хвороби, відсутність або незначне вираження органічних змін, періодичність проявів сомато-вегетативних порушень, їх сезонність, добові коливання больового синдрому і, що важливо, вітального тону, самопочуття, а також позитивна реакція на антидепресанти, дають підстави запідозрити, що соматичний «фасад» не є чимось супровідним, а проявом прихованої депресії.

Згідно з діагностичними критеріями, при будь-якій неспсихотичній формі депресії, в тому числі і прихованій, виникає не менше двох із наведених шести ознак:

- ◆ Поганий апетит.
- ◆ Безсоння або сонливість.
- ◆ Зниження активності або втомлюваність.
- ◆ Занижена самооцінка.
- ◆ Ускладнена концентрація уваги або труднощі в прийнятті рішень.
- ◆ Вічуття безнадійності.

Соматоформні вегетативні дисфункції (органні й системні неврози).

Функціональні псевдосоматичні порушення в рамках системного неврозу мають такі прояви:

1. Синдром психоневрологічних розладів:

- психогенна гіперестезія;
- психогенний головний біль;
- психогенні невралгії;
- синдром «неспокійних ніг»;
- психогенні дискінезії;
- гіпоталамічний синдром.

2. Функціональні розлади діяльності серця:

- психогенні кардіалгії;
- психогенні розлади серцевого ритму;
- кардіофобія;

- синдром псевдокоронарної недостатності.

3. Судинна дистонія:

- артеріальна гіпотензія;
- артеріальна гіпертензія.

4. Психогенний псевдоревматизм:

- кістково-м'язові алгії;
- вегетативні порушення.

5. Психогенна ядуха.

6. Психогенний абдомінальний синдром:

- розлади апетиту;
- психогенна нудота і блювання;
- функціональні запори і проноси;
- абдомінальні алгії.

7. Психогенні урологічні розлади:

- психогенна дизурія;
- психогенна цисталгія.

8. Психогенні сексуальні розлади:

- імпотенція;
- фригідність;
- передчасна еякуляція.

9. Психогенні реакції шкіри (нейродерматит).

10. Термоневроз.

Вважають, що сомато-вегетативні «маски» невротичного генезу розвиваються в людей, схильних до неврозів або невротичного типу відреагування. Вищеперераховані синдроми найчастіше виникають у людей, схильних до короткочасних чи більш тривалих невротичних реакцій.

Згідно з діагностичними критеріями, наявність 4 і більше з 13 нищеперерахованих порушень, які виникають і проявляються нападopodobно у вигляді своєрідних «атак», із великим ступенем вірогідності вказує на схильність до *тривожно-фобічного невротичного типу відреагування*:

- ◆ Утруднене дихання або відчуття ядухи.
- ◆ Запаморочення, відчуття нестійкості або непритомність.
- ◆ Тахікардія або посилене серцебиття.
- ◆ Тремтіння.
- ◆ Пітливість.
- ◆ Задишка.
- ◆ Нудота або абдомінальний дискомфорт.
- ◆ Дерезалізація і деперсоналізація.
- ◆ Затерплість або парестезії.
- ◆ Почервоніння (приплив жару) чи озноб.
- ◆ Біль або дискомфорт у грудях.
- ◆ Страх смерті.
- ◆ Страх збожеволіти або втратити контроль над собою.

В багатьох людей після перенесеної психотравми протягом місяця і більше спостерігають деякі із симптомів:

1. Психотравмуючу подію хворий знову і знову переживає принаймні в одному з перерахованих варіантів:

- нав'язливі болючі спогади про психотравмуючу ситуацію, які повторюються;
- важкі сни, пов'язані з цією подією, які повторюються;
- виражене психічне напруження при виникненні ситуацій, які викликають якусь психологічну асоціацію з перенесеною психотравмою.

2. Уникання подразників, які свідомо чи підсвідомо пов'язані з перенесеною психотравмою:

- зусилля, спрямовані на уникнення думок і відчуттів, пов'язаних із психотравмою;
- зусилля, спрямовані на уникнення дій або ситуацій, що нагадують про перенесену психотравму;
- нездатність згадати важливі аспекти психотравми (психогенна амнезія).

3. Зниження емоційно-енергетичного потенціалу після перенесеної психотравми:

- виражене зниження інтересу до важливих природних сфер діяльності;
- відчуття відчуженості, відірваності від людей;
- збіднення афектів (наприклад, нездатність кохати);
- відчуття безперспективності, відсутність планів, пов'язаних із кар'єрою, одруженням, дітьми або взагалі життям.

4. Стійкі симптоми підвищеної збудливості, дратівливості, які не спостерігались до психотравми і виявляються щонайменше двома з наведених нижче симптомів: - труднощі, пов'язані із засинанням і сном;

- дратівливість або спалахи гніву;
- труднощі з концентрацією уваги;
- підозріливість;
- лякливість;
- вегетативні реакції на події, що якимось чином нагадують чи символізують перенесену психотравму.

Обстеження в цьому плані значною мірою допомагає встановити преморбідні особливості пацієнта.

Як правило, в людей, схильних до невротичного типу відреагування, мають місце щонайменше 6 із 18 нижченаведених симптомів тривожного комплексу:

1. Рухове збудження:

- тремтіння, посмикування або відчуття внутрішнього тремтіння;
- м'язове напруження або міалгії;
- неможливість розслабитись;
- швидка втомлюваність.

2. Вегетативна гіперактивність:

- прискорене дихання або відчуття ядухи;
- посилене серцебиття або тахікардія;
- пітливість або холодні на дотик руки;
- сухість у роті;

- запоморочення або млість;
- нудота, діарея або інші абдомінальні розлади;
- почервоніння (приплив жару до обличчя) або озноб;
- часте сечовиділення;
- утруднене ковтання або відчуття «клубка в горлі».

3. Напружене передчуття, чекання:

- відчуття збудження або перебування «на вістрі леза»;
- лякливість;
- неможливість зосередитися, «порожнеча в голові» через тривогу;
- труднощі, пов'язані із засинанням і сном;
- підвищена дратівливість.

Питання диференційної діагностики. Лише на основі клінічного обстеження важко, а часто і неможливо, диференціювати різноманітні сомато-вегетативні прояви, викликані прихованою депресією, від цих же симптомів, зумовлених органічним чи системним неврозом. По-перше, практично завжди в структурі будь-якого неврозу чи неврозоподібного синдрому є більш-менш виражені елементи депресії, по-друге, в людини, схильної до невротичного типу відреагування, може розвинутих прихована депресія. Використовуються такі методи обстеження:

◆ Стандартизований тест ММРІ. Підвищення балу за шкалою депресії вказує на приховану депресію, а за всіма чи більшістю «емоційних» шкал (істерії, маніакальної, депресивної, іпохондрії і, певною мірою, психопатизації і соціальної інтроверсії) - на невротичні зміни особистості.

◆ Невротичний генез сомато-вегетативних проявів може підтвердити шкала невротизації тесту «Невротизація-психопатизація» (модифікація Ласко Н.).

Велике значення у ході лікування має раціональна психотерапія, в процесі якої хворому потрібно доступно, але аргументовано пояснити сутність його хворобливого стану і необхідність пройти саме курс призначеної психофармакотерапії.

Чільне місце в лікуванні органних і системних неврозів належить психотерапії і терпінню як хворого, так і психолога. Якщо психолог впевнився в правильності встановленого діагнозу, він перш за все повинен переконати в цьому хворого, його родичів і близьких. Лікування в різних спеціалістів або навіть лікарів одного профілю може в даній ситуації викликати розвиток своєрідних ятрогенних станів, що суперечить основному правилу медицини: «Не зашкодь».

Для того, щоб хворий лікувався в одного лікаря, потрібно постійно підтримувати авторитет цього лікаря. Необхідно пам'ятати, що лікування психосоматичних хвороб, особливо невротичних станів, є тривалим процесом. А більшість хворих, природно, бажаютьвилікуватись якнайшвидше. Лише деякі пацієнти з певною метою свідомо чи підсвідомо «входять» в роль постійних хворих, бо їх це влаштовує. У цьому випадку необхідна корекція особистості, яку проводить психотерапевт.

Досить ефективним у лікуванні невротичних станів є застосування психотерапевтичних методів, спрямованих на особистість, та вирішення проблем конфлікту підсвідомості пацієнта (психодрами Морено, гештальттерапія, аналітичні напрямки психокорекції, які включають класичний психоаналіз, груповий психоаналіз, нейролінгвістичне програмування, КПТ).

Будь-який невроз має більш-менш виражений депресивний чи іпохондричний фон. Вважають, що для багатьох лікарів іпохондрія є центром, в якому об'єднуються психосоматичні розлади. Водночас при лікуванні органних неврозів необхідно знати деякі особливості:

- ◆ Деяким хворим із вираженими невротичними проявами при неефективності медикаментозної терапії дози препаратів потрібно не збільшувати, а навпаки, зменшувати. Особливо це стосується осіб з слабким типом нервової системи (меланхоліків).

- ◆ Якщо психосоматичні хвороби супроводжуються вегетативними розладами, їх необхідно обов'язково ліквідувати, бо жодна психотерапія чи транквілізатор самі по собі не заспокоюють хворого, коли в нього виникають вкрай

неприємні відчуття, які виснажують фізично і зумовлені розбалансованою вегетатикою.

◆ Чим стійкіші явища органного неврозу, тим делікатніше потрібно проводити фармакологічну корекцію, не надто форсувати процес нормалізації. Бажання якнайшвидше вилікувати хворого із застосуванням масивної терапії дуже часто викликає своєрідний «ефект маятника». При лікуванні органних неврозів потрібно дотримуватись таких правил:

◆ Неправильне лікування призводить до функціонального переходу в стійкі органічні зміни, до розвитку медикаментозної хвороби або до невротичного розвитку особи.

◆ Лікування повинно бути суто індивідуальним.

◆ Лікування потрібно проводити за принципом: «Поспішати треба повільно».

За Й.Касирським: 1) не можна насилувати невроз; 2) не можна нервові перенапруження лікувати перегальмуванням.

◆ Потрібно чітко дотримуватись необхідних рекомендацій щодо режимного плану, не виписувати без крайньої потреби листок непрацездатності, не госпіталізувати, не примушувати хворого їхати на санаторно-курортне лікування, не забороняти йому займатися посильною домашньою роботою, улюбленою справою.

◆ Необхідно лікування пацієнта проводити паралельно із сімейною психотерапією. Родичів і близьких потрібно поінформувати про сутність страждань члена їх сім'ї. Вони повинні бути толерантними до зміни самопочуття хворого, деяких примх, необхідно приділити йому більше уваги, але не слухати його в усьому, не можна жаліти, потрібно вимагати виконувати посильні обов'язки, посилювати впевненість у видужанні.

РОЗДІЛ 4

ОСНОВНІ ФОРМИ РОБОТИ ПСИХОЛОГА В МЕДИЧНИХ УСТАНОВАХ

4.1. Психодіагностика і психотерапія в діяльності медичного психолога

Психологічна діагностика належить до основних видів діяльності медичного психолога. Мета діагностики в клінічній практиці полягає в тому, щоб за допомогою різних методів обстеження виявити достатньо повну картину психологічних особливостей людини, вивчити зміну психічних процесів людей з різними психічними порушеннями. В процесі діагностики виявляються причини конкретного психологічного явища (або його порушення), знання яких потрібне для надання відповідної допомоги. Дослідження певних психічних функцій хворого і його особистості в значною мірою полегшує постановку діагнозу захворювання.

Найважливіші завдання діяльності медичного психолога полягають у вивченні психологічних особливостей інтелекту, емоційно-вольової сфери і особистості пацієнта, а також психологічних причин виникнення у нього хвороби. Завдяки тому, що в психології розроблено достатньо багато ефективних методів для отримання такої інформації, професійний психолог виявляється корисним в медицині при складанні анамнезу (історії хвороби), проведенні медико-психологічної експертизи, а також при проведенні медико-психологічної консультації.

Клінічна діагностика застосовується не тільки в медичних установах, але і в роботі психологічних консультаційних центрів, а також у навчальних закладах. Клінічна діагностика відрізняється від звичайного психологічного експериментального дослідження великою кількістю використовуваних методик, будується на узагальненні різних даних інтенсивного обстеження одиничного випадку, а сама діагностика виходить з принципу якісного аналізу особливостей психічного явища на противагу лише кількісного вимірювання. Оцінка результатів психологічного дослідження в клінічній діагностиці зазвичай

проводиться без статистичних процедур, головним чином на основі індивідуального професійного досвіду психолога, його інтуїції.

Основні функції клінічного діагноста полягають в зборі, аналізі і узагальненні великого числа необхідних даних. Відомості про життя клієнта, деякі факти його біографії допомагають знайти основу для його розуміння і призводять до більшої результативності психологічної діагностики, розширюють можливості надання допомоги. Розгляд результатів тестування, аналіз історії хвороби, особистий контакт з клієнтом дають можливість сформулювати припущення у вигляді висновку.

Основними методами медико-психологічного вивчення хворого є клінічна бесіда, спостереження і тестування.

Бесіда як діагностичний метод дозволяє отримати інформацію про внутрішні процеси, суб'єктивні переживання і особливості поведінки людини, які не можуть бути виявлені за допомогою об'єктивних методів. Бесіда служить засобом встановлення особистого контакту з клієнтом і часто використовується не тільки як діагностичний метод, але і як психотерапевтичний прийом. Встановлення позитивних особистих відносин між учасниками бесіди вимагає спеціальної «технології» її проведення, в яку входять організація місця, уміння розташувати до себе співбесідника, використовуючи прийоми особистісно-орієнтованої психотерапії. Результативність бесіди як методу клінічної діагностики залежить від рівня професійної компетентності практичного психолога, а також від його особистісних властивостей, таких як комунікабельність, «спрямованість на іншого», емпатія, тактовність. Психологові необхідні спостережливість і здатність аналізувати ситуацію. Вони дозволяють краще орієнтуватися в ситуації спілкування і вибрати оптимальну тактику взаємодії.

Метод *спостереження* – один з основних в клінічній діагностиці. Спостереження може супроводжувати будь-який інший діагностичний метод: спостереження під час тестування, в процесі ведення бесіди і так далі. Як самостійний діагностичний клінічний метод спостереження включає систему

спеціальних прийомів, що забезпечують найбільшу інформативність і точність спостереження. Для того, щоб використовувати всі переваги цього методу, клінічний діагност повинен систематизувати процес спостереження за допомогою різних схем, карт, зразків.

Створенню точнішої картини індивідуальних особливостей сприяє використання відомостей про історію життя людини – анамнез. Інакше цей метод можна назвати біографічним, тобто передбачає збір даних про біографію людини. Відмінність полягає в тому, що про анамнез діагности говорять стосовно різних захворювань, ставлячи завдання виявлення їх причин. Біографічний метод допомагає у пошуку причин певних змін в поведінці чи характері людини. Біографічний метод використовується як додатковий при груповій психотерапії, допомагаючи з'ясувати природу і механізми психогенних розладів.

Тестування у клінічній діагностиці припускає стандартизоване вимірювання певної індивідуальної характеристики. Варто, однак, завжди мати на увазі, що навіть найнадійніші тести, валідність яких доведена, не дають точних даних для діагностики окремих випадків. Проте можливість повторного застосування тестування дозволяє виявляти різні прояви і зміни в протіканні захворювання.

У клінічній діагностиці тестування частіше проводиться індивідуально з клієнтом. У клінічній діагностиці досить часто використовуються такі індивідуальні тести інтелекту як тест Векслера, тести Біне, проби Крепеліна, таблиці Шульте, метод дослідження афазій К. Гольдштейна та ін.

Досить часто використовуються у клінічній практиці проєктивні тести, тобто засновані на мимовільному прояві (проєкції) особистісних якостей клієнта в процесі виконання психодіагностичного завдання. Це, наприклад, тест Роршаха, тест тематичної апперцепції (ТАТ), дитячий тест на апперцепцію (САТ).

Клінічна діагностика будується як оперативна, швидка діагностика і, як правило, завершується написанням клінічного висновку. Письмовим висновком

є кінцевий етап узагальнених діагностичних дій. В заключенні зазначається мета діагностичного дослідження, відображаються властивості конкретної особистості. У висновку містяться всі доступні психологові-діагностові дані, як тестові, так і інші. Зміст висновку полягає в інтерпретації отриманих даних і висновків (записи тестів та інші дані можуть додаватися окремо для ілюстрації або пояснення). В заключенні зазвичай даються рекомендації щодо типу лікування, програм навчання.

Результати діагностичних досліджень можуть використовуватися з різною метою, призначатися різним фахівцям (лікарям, дефектологам) або самому клієнтові і його рідним.

Одними з найважливіших напрямів лікувальної роботи є психокорекція та психотерапія – використання методів психологічної дії для лікування хворого з метою поліпшення відчуття його психологічного благополуччя. Істотною загальною особливістю психотерапії та психокорекції можна вважати психологічну дію, спрямовану на нормалізацію або поліпшення психічної діяльності і невросоматичних функцій людського організму.

Термін «психотерапія» – міжнародний, і в більшості країн світу однозначно використовується стосовно методів роботи, що їх виконують професійні психологи.

Психотерапевтом може бути і лікар, і психолог, які професійно використовують в своїй діяльності методи психотерапії. Навіть територіально психотерапевтичні методи все ширше використовуються за межами клінік, в позалікарняному середовищі. Психолог може працювати як психотерапевт в медичній і в немедичній установі. Безумовно, для того, щоб будь-який лікар або психолог міг отримати право на проведення психотерапії, йому необхідні освіта і спеціальна підготовка. Загальна медична або психологічна освіта дає знання тільки основ психотерапії. Для навчання різним технікам психотерапії організовуються спеціальні курси за межами загальної професійної освіти.

У багатьох країнах, наприклад в Англії, Німеччині, Данії, Норвегії, США, випускники університетів, що здобули психологічну освіту, повинні пройти

обов'язкові спеціалізовані навчальні програми у сфері клінічної психології, для того, щоб отримати відповідну професійну кваліфікацію. Допуском до психотерапевтичної роботи стає диплом або сертифікат про відповідну кваліфікацію. Психотерапевти в своїй лікувальній роботі повинні усвідомлювати міру відповідальності за особистість пацієнта, оскільки займаються її реконструкцією і відповідають за одужання людини. Психотерапевти найчастіше працюють з невротами, пограничними станами і психосоматичними захворюваннями. Розглянемо деякі з методів психотерапевтичної роботи.

Особистісно-орієнтована (реконструктивна) психотерапія спрямована на:

- вивчення особистості хворого, його емоційних реакцій, взаємин, виявлення причин виникнення і збереження невротичного стану;
- допомога хворому в усвідомленні психологічних причин захворювання, в зміні ставлення до психотравмуючої ситуації;
- корекція неадекватних реакцій і форм поведінки.

В процесі психотерапевтичної бесіди пацієнтові задаються прямі або непрямі питання, з хворим обговорюється зв'язок його станів з різними ситуаціями життя, особливостями його системи відносин.

Цей метод психотерапії може проводитися індивідуально і з групою хворих. У випадку індивідуальної психотерапії психолог спрямовує дію на пацієнта, обговорює з ним його проблеми. При груповій психотерапії основна форма психотерапевтичної дії – групова дискусія. Обговорюються життєві проблеми учасників групи. При цьому психотерапевтична дія здійснюється групою хворих на кожного учасника групи під постійним контролем лікаря або медичного психолога. Мета групової психотерапії полягає у логічному переконанні, заспокоєнні, роз'ясненні. В процесі групової роботи можуть використовуватися також і інші методи психотерапії: розігрування рольових ситуацій, психогімнастика, арт-терапевтичні методи та музикотерапія.

Сімейна психотерапія використовується тоді, коли психотерапевт працює з сім'єю як з малою групою, коли психотерапевтична дія спрямована на корекцію сімейних відносин: подружжя один з одним або батьків з дітьми. Про сімейну

психотерапію говорять також тоді, коли психотерапевтична дія на клієнта виявляється через сім'ю (подружні або дитячо-батьківські стосунки).

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) – метод психотерапії, що базується на усвідомленні того, що при багатьох психіатричних розладах та психологічних проблемах сприйняття реальності є спотвореним, а також, що неадекватні дії у відповідь на наявні проблеми є основними факторами, що підтримують розвиток та утримання наявних проблем і розладів. Когнітивно-поведінкова терапія базується на стосунку партнерської співпраці між клієнтом та терапевтом. У процесі спільного дослідження наявних проблем терапевт та клієнт вибудовують спільне розуміння проблеми / розладу, формулюють цілі та відтак співпрацюють над їхнім досягненням.

Сугестивна терапія (від лат. *suggestio* - навіювання) – форма психотерапії, в якій усунення тілесних і психічних порушень досягається за рахунок застосування навіювання.

Особливим методом психотерапії є *психоаналіз*. В процесі лікування психоаналітик допомагає пацієнтові проникнути в приховані від свідомості думки і переживання. Він намагається зняти симптоми пацієнта, звільнивши його від непотрібних сумнівів, невиправданого відчуття провини, болісних самозвинувачень, помилкових думок і безрозсудних поривів. Повний курс психоаналізу – завжди тривалий процес, що триває зазвичай не менше одного року при регулярних зустрічах з психоаналітиком (від трьох до шести сеансів на тиждень, кожен тривалістю близько години).

Психоаналіз на сьогодні широко визнаний суспільством в Західній Європі і Америці, є інститути і факультети в університетах, що здійснюють професійну підготовку психоаналітиків. Протягом багатьох десятиліть існує Міжнародна Психоаналітична Асоціація, а також створюються національні асоціації психоаналітиків. Особливого авторитету психоаналіз набув у США та Німеччині. У Німеччині, наприклад, психоаналітична терапія офіційно визнається організаціями, що забезпечують суспільне медичне страхування, і

аналітик, таким чином, отримує відповідно до певної шкали розцінок винагороду за свою працю

У роботі з пацієнтами використовуються також багато інших методів і психотерапевтичних підходів, наприклад, психодрама, транзактний аналіз, гештальттерапія, ігрова терапія, арт-терапія, музикотерапія та ін. Всього в наш час налічується більше 400 самостійних методів психотерапії. Оволодіння кожним з цих методів вимагає спеціального навчання. Психотерапевт повинен знати психотерапевтичні ідеї і методи роботи, створені в різних психотерапевтичних школах. Основні з них: психоаналіз, аналітична психологія К.Г. Юнга, індивідуальна психологія А. Адлера, тілесна психологія В. Райха, гештальттерапія Ф. Перлза, біхевіоризм Б. Скіннера, гуманістичний підхід К. Роджерса. Кожен психотерапевтичний підхід претендує на ефективність при лікуванні майже у всіх областях психопатології.

4.2. Психогігієна, психопрофілактика і реабілітація в клініці

Психогігієна – це розділ медичної психології, який є сукупністю медичних і психологічних знань, актуальних для збереження і зміцнення нервово-психічного здоров'я людини.

Психогігієна передбачає:

- вікову психогігієну (особливе значення має психогігієна дитячого і похилого віку);
- психогігієну побуту (емоційне самовладання, профілактика алкоголізму);
- психогігієну трудової діяльності і навчання (створення сприятливого психологічного клімату в трудовому колективі, профілактика конфліктів, промислова естетика, психогігієна розумової праці);
- психогігієну сімейного життя (психологічний клімат сім'ї).

Психопрофілактика – це система заходів, спрямованих на зниження нервово-психічної захворюваності, на попередження виникнення психічних захворювань. Психопрофілактика включає розробку і впровадження

законодавчих заходів, спрямованих на охорону психічного здоров'я, поліпшення виробничих і побутових умов життя людей. Важливий засіб психопрофілактики – пропаганда психогігієнічних знань і здорового способу життя, психологічна освіта. З метою психопрофілактики важливо виявляти початкові симптоми психічних захворювань.

Медичні психологи беруть участь також в психологічній і соціальній реабілітації хворих. Тривале перебування хворих в стаціонарі приводить до «госпіталізму», що виявляється у втраті соціальних зв'язків і професійних навичок. Реабілітація полягає в проведенні комплексу медичних, педагогічних, професійних, психологічних заходів, спрямованих на відновлення працездатності, особистого і соціального статусу людей, що перенесли захворювання. Психотерапевтична дія займає в цьому комплексі заходів важливе місце. Основна мета психотерапії на цьому етапі – відновлення втраченої активності хворого, його здатності до активного життя, допомога хворому в правильній оцінці своїх можливостей. Тривале перебування в стаціонарі викликає у хворих виражену астению, посилення хворобливих симптомів, емоційну напруженість, відчуття страху при переході з постільного режиму до активних рухів. У багатьох хворих унаслідок захворювання втрачається здатність виконання до попередньої роботи, з'являється необхідність пристосування до нової роботи і побуту. В результаті виникають побоювання, підвищується тривожність.

Тому основні завдання психотерапії на етапі реабілітації зводяться до виховання у хворих оптимізму, віри в свої сили, готовності до активного життя і позитивних контактів з оточенням.

Як психопрофілактичний і реабілітаційний заходи може використовуватися санаторно-курортне лікування. Окрім таких лікувальних чинників природи, як сприятливий клімат, мінеральні води, лікувальні грязі, достатньо широко застосовуються також фізіотерапія, лікувальна фізкультура, масаж і психотерапія. Важлива роль медичного психолога в цьому випадку може

полягати в організації психотерапевтичних занять, проведенні сеансів релаксації, аутотренінгу, музикотерапії.

Актуальною медико-психологічною проблемою є інвалідність, яка виникає унаслідок важкої хвороби, фізичних і психічних травм, а також унаслідок вроджених розумових і фізичних недоліків. Психологічні наслідки, пов'язані з отриманням інвалідності, проблеми соціально-психологічної адаптації інвалідів вивчені ще дуже мало.

В останні десятиліття медичні психологи все частіше беруть участь в науковому і практичному вирішенні проблем травматичного і посттравматичного стресу. Стихійні лиха (землетруси, повені), технологічні катастрофи (аварії, пожежі), ситуації насильства і загрози життю, військові конфлікти є сильними стресогенними чинниками. Психологічна допомога в таких ситуаціях виявляється дуже актуальною.

Серед методів психологічної реабілітації важлива роль належить психотерапії, яка проводиться за допомогою бесіди. Метою таких бесід є заспокоєння людини, показ минушого характеру змін, що відбуваються, орієнтування на вихід з травматичної ситуації, роз'яснення механізмів виникнення психічних розладів і переконання в реальних можливостях саморегуляції деяких нервових процесів.

Сутність роз'яснювальної (раціональної) психотерапії полягає в психічному впливі на особистість і її стан, в аргументованому переконанні людини, корекції її хибних уявлень, понять, суджень, які стали причиною дезадаптації. У процесі реабілітації доцільно фіксувати увагу на позитивних змінах в його стані.

В психотерапії дуже важливий оптимальний психологічний контакт, індивідуальний підхід, врахування життєвого (бойового) досвіду, особливостей особистості і конкретних умов обстановки.

Безпосередній психотерапевтичний вплив може здійснюватися психологами, медичними працівниками, авторитетними товаришами, друзями, рідними і близькими, за допомогою використання спеціальних методик: навіювання, переконання, що активізує психотерапію.

Обов'язкова умова успішної психологічної реабілітації – встановлення повного контакту з людиною, яка отримала психічну травму. Важливо отримати можливість детально розповісти про свій стан, відчуття, що її слухають, співчують і хочуть допомогти. Найменший натяк на недовіру до висловленого, скептичне ставлення є неприпустимими.

Оптимальна психологічна обстановка сприяє підвищенню ефективності реабілітаційних заходів. Тут важливо формувати в оточення адекватні уявлення про стан осіб, які отримали психічні травми. Метою надання допомоги є вироблення у травмованих і оточуючих єдиних психологічних установок, що сприяють активній і свідомій участі в реалізації реабілітаційних заходів.

Ефективність психотерапевтичного впливу оцінюється за кількома критеріями: По-перше, ступенем розуміння людиною психологічного механізму свого стану і власної ролі у виникненні психічної травми, в тому числі розвитку власних неадаптивних реакцій. По-друге, зміною у взаєминах і установках. По-третє, поліпшенням соціального функціонування в різних сферах діяльності, тобто зміною в поведінці, в соціальних контактах, в планах, цілях тощо.

У попередженні психічних зривів і відновленні психічної рівноваги вирішальну роль відіграє вміння налаштовувати психіку і управляти власними станами в різних умовах. Здатність людини впливати на самого себе за допомогою слів і відповідних їм уявних образів, тобто психічна саморегуляція має два напрямки:

- для корекції функціонального стану за наявності помірно виражених психоневротичних симптомів (порушення сну, високої тривожності, емоційної напруги, зниження настрою), уникнення апатії та депресії;

- по-друге, для підвищення рівня функціональних (психорегулюючих) можливостей для запобігання перевтоми.

Навчання прийомам психологічної саморегуляції проводиться за стандартними методиками, методом групових занять та виконання певних вправ.

Розглянемо основні методи психологічної саморегуляції: самопереконання і самонавіювання.

Самопереконавання – це вміння підпорядковувати свої особисті мотиви вимогам і інтересам обов'язку («Я повинен»; «Я можу»; «Я вмію»; «Я витримаю»; «Мені це під силу» тощо).

Самонавіювання – це здатність навіювання певних думок, бажань, образів, відчуттів, станів самому собі («Я спокійний»; «Мені зручно і добре»; «Відчуваю себе бадьоро»; «Я зосереджений та організований»; «У мене гарний настрій» тощо).

В основі психічної саморегуляції лежать короткі, чіткі словесні формули, що викликають або процес нервово-м'язового розслаблення, або процес емоційного збудження. Механізм саморегуляції є двостороннім зв'язком між головним мозком і м'язами. За допомогою імпульсів, що йдуть з мозку до м'язів, здійснюється управління ними, а імпульси, що йдуть від м'язів в головний мозок, дають мозку інформацію про свій фізіологічний стан, готовність виконувати певну роботу і є в той же час стимуляторами мозку, активізуючи його діяльність.

При значному розслабленні мускулатури виникає особливий стан, що дозволяє шляхом самонавіювання впливати на різні, в тому числі початково мимовільні функції організму. При емоційних реакціях завжди виявляється напруга мускулатури і відповідна вегетативно-судинна реакція. Довільне розслаблення мускулатури супроводжується зниженням нервово-емоційного напруження і надає загальний заспокійливий ефект.

Негативний емоційний стан супроводжується активацією мускулатури, а розслаблення м'язів служить зовнішнім вираженням позитивних емоцій, стану спокою, врівноваженості, знижує емоційну збудливість.

Словесний сигнал або образ, викликаний ним, веде при повторенні до утворення умовних реакцій і реалізацію бажаних зрушень, тим самим підвищуючи рівень саморегуляції. Для зняття стану тривоги і страху слід використовувати формулу саморегуляції, спрямовану на розслаблення скелетних м'язів. Це затримує надходження в мозок імпульсу тривоги.

До інших методів психічної саморегуляції, що дозволяють коригувати психічний стан, належать: самовиховання, самоконтроль, самонаказ, десенсибілізація, відволікання.

4.3 Психологічна реабілітація осіб з різними видами травматизації

Особливості реабілітації залежностей.

При патологічній залежності людина щоразу отримує те, що погіршує її життя, перешкоджає досягненню її власної мети. Але, незважаючи на негативний результат, вона знову і знову продовжує робити так, як і раніше. Це і є ознакою залежного вибору. Кожного разу такий вибір постійно віддаляє людину від її власних цілей. Життя стає стереотипним, автоматичним. Людина вибирає те, що диктується залежністю.

Важливим критерієм залежності є поява переживання штучної, сурогатної реальності. Це супроводжується дискомфортом у всіх сферах життя. Залежність заважає жити людині, обмежує вибір та її життя. Люди, які оточують залежну людину, також страждають. Страждання інших людей від залежної людини пов'язані не тільки з тим, що вона вимагає від них підтримки свого стану – саме підтримки стану, а не допомоги в лікуванні.

Шлях до звільнення від залежності супроводжується поставленою метою та рухом до цієї мети. Людині потрібно усвідомити, що в пошуку щастя й рівноваги їй необхідно рухатися не від себе, а до себе, до своїх справжніх потреб. Звільненням від залежності є зростання, дорослішання, шлях до зрілості, самоактуалізація. Цей процес виходу з ілюзій, повернення до себе й подорожі всередину себе можуть бути досить тривалими.

Завданням першого етапу, який відповідає першій фазі «Прийняття відповідальності за одужання», є подолання тривоги, провини, сорому, формування установок відповідальності за своє видужання, налагодження стосунків зі співробітниками центру, створення традицій щодо підтримки тверезості.

Мета другого етапу (фази «зупинки компульсії») – розвиток соціального рівня психіки. Завдання цього етапу – навчання альтернативних конструктивних способів соціальної поведінки, ситуаційного планування, емоційного реагування й мислення.

Основними реабілітаційними заходами другого етапу є обов'язкове відвідування терапевтичної групи, що проходить раз на тиждень, і побудована за принципом тренінгу особистісного зростання тривалістю 3,5 години, відвідування як мінімум двох з трьох занять на тиждень, у складі яких: дискусійна терапевтична група, група сімейної терапії, група профілактики зриву, відвідування зборів двічі на тиждень.

Прикладом сучасного підходу в реабілітації наркозалежних є програма «Країна живих», яка створена при активній участі одного з засновників НЛП Френка Пюселіка та представлена в роботах декількох реабілітаційних центрів в Україні. Учасники програми на перших етапах постійно перебувають в центрі, але у кожного є можливість в будь-який момент його залишити.

Перший етап проходження цієї програми – це фаза орієнтації, яка триває до одного місяця та завданням якої для учасника є визначення для себе рішення про необхідність проходження реабілітаційного курсу. Про це він заявляє у формі промови на зборах центру, ця промова має відображати готовність учасника серйозно працювати над собою. Наступні етапи складаються з таких фаз, як:

1. Фаза очищення, де завданням для учасника є згадати, пережити, очиститися від спогадів та образів, які пов'язані з світом наркотиків. У спеціально організованому психологічно безпечному просторі учасник проживає образи, зради, злочини та вчиться прощати. Підсумок першої фази – це очищення, звільнення, відчуття свободи, спокій в душі, прийняття свого минулого й себе.

2. Фаза «Хто я». У ній завдання для учасника – знайти себе. Для цього необхідно визначити свої цінності та принципи, відповісти на основні життєво важливі питання – яким я хочу бути, чого я чекаю від життя, від себе та від

рідних, оточення? Підсумок другої фази – відчуття внутрішньої енергії, впевненість, усвідомлення власної цілісності, бажання діяти й радість відкриттів.

3. Фаза «Я і світ». Завдання фази для учасника – зрозуміти та почати вибудовувати стосунки з навколишнім світом. На цій фазі відбувається пошук відповідей на питання «Як я тепер буду будувати стосунки і світом? З рідними? З друзями? З якими? Як зрозуміти і взаємодіяти з людьми? Як заробляти гроші? Як працювати в команді? Як бути лідером?» та на багато інших питань, що тривожать людей. Підсумок третьої фази – бажання будувати своє життя в соціумі, бачення найближчих перспектив.

4. Фаза «Друге народження». Завдання для учасника – адаптуватися в зовнішньому світі, почати працювати або вчитися. Учасники живуть і діють за межами реабілітаційного центру та продовжують отримувати допомогу від нього. Підсумок четвертої фази – вміння програвати й перемагати гідно, усвідомлення та прийняття відповідальності за своє життя.

Таким чином, в підходах до реабілітації різних видів залежностей існують загальні принципи та специфіка, яка стосується конкретних субстанційних чи поведінкових адитивних агентів. Характеристиками успішної реабілітації є комплексність, системність, соціальність, мотиваційне використання прикладів та досвіду людей, які подолали патологічну залежність, повернулись на шлях особистісного розвитку й живуть повноцінним життям.

Модель психологічної реабілітації при ПТСР.

Психотерапія при ПТСР ставить за мету допомогти пацієнтові «переробити» проблеми і «впоратися» з симптомами, які продукуються у результаті травмувальної ситуації.

Один з ефективних підходів до цієї мети – допомогти пацієнтові відреагувати на травматичний досвід, обговорюючи і заново переживаючи думки і відчуття, пов'язані з травмою, в безпеці терапевтичної обстановки. Це приводить до управління реакціями, які раніше були некерованими. Такий підхід передбачає, щоб пацієнт знов занурювався у зміст пережитих подій, розглядаючи і аналізуючи свої дії і емоційні реакції, які супроводжували те, що

відбувалося. Психотерапія пацієнта з ПТСР, залежно від вираженості його психологічної дезадаптації, може продовжуватися від 6 місяців до декількох років.

Основне завдання психолога – допомогти клієнту усвідомити можливість трансформації його кризового стану, побачити нові перспективи і можливості повернення до нормального життя. Передусім консультант інформує клієнта про необхідність дотримання психологічної гігієни, пропонує змінити його установку щодо інших людей: навчає відокремлювати особистість від поведінки. Психолог допомагає клієнту виразити свої відчуття, подивитися на ситуацію з боку, завершити незавершене, знайти опору в собі. На наступній стадії йде робота над усвідомленням причин появи кризи і прийняттям відповідальності за свій стан самим пацієнтом. У результаті пацієнт починає розуміти, що відбувається, усвідомлює завершення кризи. Слабшає страх перед майбутнім. Таким чином, психотерапевт допомагає клієнтові трансформувати, змінити свій стан, навчитися не бути жертвою. Завершальна стадія роботи – це «кристалізація ідеї майбутнього», обговорення нових можливостей і нових дій, прийняття відповідальності за майбутні зміни, психологічна підтримка нових дій пацієнта. При роботі з ветеранами бойових дій добре зарекомендували себе такі напрями психотерапії, як гештальттерапія, родинна терапія, нейролінгвістичне програмування, символдрама, метод десенсибілізації та інші.

У загальному вигляді модель психологічної реабілітації містить такі послідовні кроки:

1. Взаємна адаптація психолога та пацієнта.
2. Навчання пацієнта методів саморегуляції.
3. Катарсичний етап (повторне переживання).
4. Обговорення найбільш типових форм поведінки (на прикладі життєвих ситуацій).
5. Апробація нових способів поведінки через гру.
6. Визначення життєвих перспектив.

Особливості психологічної реабілітації осіб, які зазнали сексуального насильства.

Людам, що спілкуються з дитиною, яка зазнала насильства, необхідно пам'ятати, чого не можна робити за жодних обставин:

- 1) не можна обіцяти того, що не можете виконати;
- 2) не можна обіцяти того, що залежить не від вас – надайте інформацію про те, від кого це залежить;
- 3) не ставте нездійсненних цілей;
- 4) не критикуйте;
- 5) не звинувачуйте, коли людина говорить неправду;
- 6) не обіцяйте, що з нею такого більше не трапиться;
- 7) не звинувачуйте в тому, що вже трапилось;

Зустрічаючись з супротивом (коли людина всілякими способами намагається відсторонитися від контакту з вами), не намагайтеся його руйнувати: важливіше зрозуміти й прийняти те, що, ймовірно, вона має право на недовіру і небажання розкриватися перед будь-ким.

Якщо Вам вдалося викликати довіру і потерпіла розповіла про те, що сталося, «донесіть» до неї такі повідомлення:

- я тобі вірю;
- мені прикро, що з тобою це сталося;
- це не твоя провина;
- я рада, що ти мені про це розповіла;
- я спробую зробити так, щоб ти опинилась в безпеці;

До завдань у роботі з людиною, яка зазнала сексуального насильства, належать:

- 1) зміцнити відчуття безпеки;
- 2) надати можливість розрізняти й виражати свої почуття;
- 3) підняти самооцінку;
- 4) сприяти прийняттю власного тіла;
- 5) навчити відсторонювати негативні емоції до гвалтівника й сприяти вираженню позитивних емоцій [7].

Виділяють такі стадії реабілітаційного зцілення після насильства:

1. Рішення вилікуватися – коли переживання стають такими сильними, що неможливо більше терпіти, або людина усвідомлює необхідність змін. Завдання психолога або педагога на цій стадії – створити безпечний простір, визначити стан психологічного здоров'я клієнта. У дітей формування цієї першої стадії проявляється рідко, позаяк дитина не усвідомлює себе «психологічно хворою». Завдання психолога – викликати потребу змінити свій стан. Але не можна форсувати події, оскільки дитина побудувала свої психологічні захисти, і доки вони є міцними, доти вони працюють, не потрібно їх руйнувати. Зважаючи на те, що робота з наслідками насильства відбувається у підсвідомості, необхідно побачити момент, коли захист припиняє працювати.

2. Стадія кризи. Катарсис, гострі почуття, відчуття болю. Це найбільш болісна й складна стадія. Отже, надзвичайно важливо, щоб до цього часу з'явився той, хто зможе потурбуватися про потерпілу в цей момент. Від психолога вимагатиметься надзвичайно потужна підтримка.

Важливо, щоб людина усвідомила, що ця стадія не буде тривати завжди. Для подолання цієї стадії надзвичайно важливо, якою мірою встановлено чи поновлено довіру дитини до навколишнього світу, дорослих і Вас особисто.

3. Спогади. Якщо існує довіра до психолога, буде і розповідь про те, що відбулося. Надзвичайно важливо, щоб постраждала згадала стільки, скільки вона зможе витримати. Не форсуйте події. На цьому етапі не обов'язково змушувати згадати всі деталі. Нехай пригадає те, що може.

4. Віра. Цей етап є важливим у тому випадку, якщо людина не впевнена в точності спогадів. Надзвичайно важливо повірити собі й своїм спогадам, оскільки до цього неодноразово чула: «Цього не може бути», Ти все «вигадала», «А може все було інакше».

5. Порушення мовчання. Детальна розповідь проте, що сталося. Вона, як правило, супроводжується почуттям сорому і страху налякати того, хто слухає.

Також існує страх зазнати повторного насильства. Можна підбадьорити словами: «Що більше ти розкажеш про те, що сталося, то менше негативної

енергії в тебе залишиться і тобі стане легше». У випадку з дитячим насиллям надзвичайно корисними є казки, ігри з ляльками, з піском. Якщо дитина вирішила розповісти про все, що сталося, психологу, то потім вона зможе наважитись розповісти про це ще комусь. Зникне внутрішня ізольованість.

6. Позбавлення почуття провини. Постраждала може звинувачувати себе в тому, що не змогла себе захистити. Не можна переконувати жертву в тому, що вона не є винною – не повірять цьому. Важливо допомогти позбавитися відповідальності за те, що сталося. Винен лише насильник. Це він мав вибір – скоювати насильство чи ні. І лише він відповідальний за те, що сталося.

7. Підтримка «внутрішньої дитини». Більшість людей, які зазнали насильства, не можуть радіти життю, відчувають себе дорослими. Але всередині кожного дорослого «живе» дитина, яка радіє, і дитина, яка страждає.

На цій стадії ми встановлюємо контакт з «пораненою дитиною всередині себе», за допомогою малювання, ігор тощо.

8. Відновлення довіри до себе підвищує самооцінку. На цьому етапі відбувається визначення і відновлення особистісних меж дитини, які були зруйновані внаслідок насильства.

9. Горювання або оплакування над тими, що було втрачено внаслідок насильства. Наприклад, втрата дитинства, сім'ї (якщо насильник був членом родини), цнотливості, почуття довіри до оточення, безпеки тощо. Надзвичайно важливо надати можливість погорювати над тим, чого не повернути. Лише після цього можна припинити «сидіти на руїнах, а почати будувати новий будинок».

10. Гнів. На стадії оплакування вивільняється злість, яка довго стримувалася всередині. Важливо спрямувати цю злість на того, хто став причиною втрати.

11. Викриття і конфронтація. На внутрішньому рівні насильник сприймається як людина, що мешкає поблизу. Важливо спрямувати на нього свій гнів. Можна написати йому листа. А можна розіграти психодраму «Порожній стілець»: висловити уявному насильникові, що сидить навпроти, усі свої переживання, весь свій біль. Важливо не зациклюватися на цьому етапі, а

показати, що після того, як вона вивільнить свою злість і образу, не потрібно заповнювати себе ними знову.

12. Пробачення. Мається на увазі пробачення себе, а не насильника, позаяк пробачення насильника є ще однією жертвою, принесеною йому. Зміст прощення полягає в тому, щоб відпустити насильника від себе.

13. Набуття духовності. Відновлення розуміння, що світ є гарним або поганим настільки, наскільки ми даємо йому змогу бути гарним або поганим щодо нас. Зникають почуття віддаленості від світу, відновлюється зв'язок між «Я» і тілом. Відбувається прийняття тіла, яке досі викликало відразу. Повертається довіра до людей.

14. Дозвіл і рух вперед. Це момент, коли люди відчують, що їм вдалося увійти в життя. Коли вони дозволяють собі жити і відчувати, не позбавившись того, що пережили. Важливо пам'ятати, що потерпілі можуть відновлюватися, і відновлюються після сексуального насильства, а психологи можуть і зобов'язані чітко донести, що «життя продовжується», звертаючись до таких проблем, як захист від повторного насильства, сорому і нормалізації середовища.

Контрольні тестові завдання

ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД ДІАГНОСТИЧНОГО ТА ТЕРАПЕВТИЧНОГО ПРОЦЕСУ

1. Тривога – це емоція:

- А) пов'язана з переживанням тривалих неприємностей;
- Б) спрямована на майбутнє, пов'язана з передбаченням можливих невдач;
- В) пов'язана з переживанням попередніх втрат та образ;
- Г) яка супроводжується переживаннями будь-якої негативної події.

2. Для депресивного хворого характерне:

- А) бліде маскоподібне обличчя;
- Б) багата виразна міміка обличчя;
- В) асиметрія у мімічних реакціях;
- Г) міміка скорботи.

3. Прискорена мова частіше характеризує:

- А) депресивного пацієнта;
- Б) хворого з іпохондричними переживаннями;
- В) тривожного пацієнта;
- Г) особу, яка демонструє поведінку симуляції.

4. Голосна мова найчастіше відмічається у:

- А) осіб астено-невротичного рівня;
- Б) хворих з елементами нав'язливості;
- В) хворих з іпохондричними переживаннями;
- Г) пацієнтів в гіпоманіакальному стані.

5. Адаптація пацієнта до умов стаціонару триває приблизно:

- А) близько 5 днів;
- Б) близько 2 тижнів;
- В) перші два дні госпіталізації;
- Г) 15 днів.

6. Поведінка агравації характеризується:

- А) свідомим відображенням симптомів відсутньої хвороби;

- Б) зменшенням симптомів хвороби;
- В) перебільшенням симптомів хвороби;
- Г) неусвідомленням симптомів хвороби.

7. В структурі внутрішньої картини хвороби виокремлюють наступні основні компоненти:

- А) сензитивний та емоційний;
- Б) емоційний та раціональний;
- В) емоційний, раціональний та мотиваційний;
- Г) сензитивний, емоційний, раціональний і мотиваційний.

8. Адаптивні механізми, які спрямовані на редукцію патогенної емоційної напруги, що охороняють від хворобливих почуттів та спогадів, а також від подальшого розвитку психологічних та фізіологічних порушень, називають:

- А) копінг-механізмами;
- Б) механізмами психологічного захисту;
- В) компенсаторними психологічними механізмами;
- Г) адаптивними психологічними реакціями.

9. Іпохондрія – це:

- А) хворобливо перебільшена турбота за своє здоров'я;
- Б) страх перед соціальними наслідками хвороби;
- В) небажання виліковуватися;
- Г) отримання користі від захворювання.

10. До «важких» відносять пацієнтів, які мають:

- А) епілептоїдні риси;
- Б) депресивні риси суїцидальною спрямованістю;
- В) гіпертичні риси;
- Г) астено-невротичні риси.

11. Психологічною засадою особистісно-орієнтованої (реконструктивної) психотерапії є:

- А) теорія діяльності;
- Б) теорія відношень;

В) теорія установки;

Г) теорія поля.

12. Особистісно-орієнтована (реконструктивна) психологія – це:

А) психотерапевтичний вплив, який враховує особливості пацієнта;

Б) психотерапевтичний напрям, який базується на психології відношень;

В) варіант клієнт-центрованої психотерапії;

Г) варіант когнітивної психотерапії.

13. Когнітивна психотерапія виникла як один із напрямів:

А) раціональної психотерапії;

Б) гуманістичної психотерапії;

В) поведінкової психотерапії;

Г) психодинамічної психотерапії.

14. Психологічною засадою психодинамічного напрямку є:

А) біхевіоризм;

Б) психоаналіз;

В) гуманістична психологія;

Г) когнітивна психологія

15. У хворого підвищений, ейфоричний настрій, він легковажно ставиться до хвороби та лікування. Надіється, що «саме все обійдеться», тому порушує режим, що призводить до загострення перебігу хвороби. Який тип реагування на хворобу?

А) утилітарний;

Б) анозонозичний;

В) неврастенічний;

Г) ейфоричний;

Д) дисфоричний.

16. Хворий прагне співчуття, уваги, кращого ставлення до себе, говорить: «А може, отримаю пенсію за інвалідністю і не буду працювати, а займатимусь вдома улюбленою справою». Який тип реагування на хворобу?

А) ейфоричний;

- Б) зневажливий;
- В) егоцентричний;
- Г) нозофільний;
- Д) утилітарний.

17. Хворий активно відкидає думки про хворобу та її можливі наслідки, прояви хвороби оцінює як «несерйозні відчуття», тому відмовляється від обстеження і лікування або обмежується «самолікуванням». Який тип реагування на хворобу?

- А) егоцентричний;
- Б) гармонійний;
- В) апатичний;
- Г) ейфоричний;
- Д) анозогнозичний.

18. Хворий цілком байдужий до своєї хвороби та її наслідків, апатичний, втратив інтерес до життя, до всього, що раніше його цікавило. Пасивно приймає ліки та процедури. Який тип реагування на хворобу?

- А) іпохондричний; Б) анозогнозичний; В) егоцентричний; Г) апатичний;
- Д) депресивний.

19. Хворий тривожний, депресивний, неспокійний, побоюється можливих ускладнень, сумнівається в ефективності лікування, настрої пригнічений. Який тип реагування на хворобу?

- А) іпохондричний; Б) неврастенічний;
- В) тривожно-депресивний; Г) дисфоричний;
- Д) анозогнозичний.

20. Хворий депресивний, пригнічений, тривожний, не вірить у сприятливе закінчення хвороби, не виявляє особливого інтересу до обстеження і лікування. Який тип реагування на хворобу?

- А) ейфоричний;
- Б) дисфоричний;
- В) тривожно-депресивний;

- Г) іпохондричний;
- Д) неврастенічний.

21. Хворий переконаний у наявності в нього серйозної хвороби, постійно зосереджений на хворобливих відчуттях, переживання та безперервні розмови про хворобу призводять до перебільшеного суб'єктивного сприймання наявних і пошуку уявних захворювань. Бажання лікуватись поєднуються з невірою в успіх. Який тип реагування на хворобу?

- А) тривожно-депресивний; Б) іпохондричний;
- В) апатичний;
- Г) егоцентричний; Д) дисфоричний.

22. Хворий дратівливий при болю, стражданнях, нетерплячий, нездатний чекати результатів обстеження і лікування. Який тип реагування на хворобу?

- А) депресивний; Б) іпохондричний; В) егоцентричний; Г) неврастенічний;
- Д) ейфоричний.

23. Тривога хворого більше стосується не реальних, а можливих ускладнень захворювання, а також малореальних життєвих труднощів, пов'язаних з нею. Розуміє абсурдність своїх хвилювань, але не може подолати їх. Який тип реагування на хворобу?

- А) неврастенічний; Б) дисфоричний;
- В) апатичний;
- Г) нав'язливо-тривожний; Д) тривожно-депресивний.

24. У хворого пригнічено-злобний настрій, схвильований, схильний до спалахів крайньої невдоволеності людьми, які його оточують, і собою теж. Скрупульозно виконує призначення, але з підозрілою недовірою ставиться до нових призначень. Який тип реагування на хворобу?

- А) зневажливий; Б) дисфоричний; В) утилітарний; Г) депресивний; Д) іпохондричний

25. Хворий зневажливо ставиться до свого здоров'я, недооцінює серйозність захворювання, не лікується, не береже себе і виявляє необґрунтований оптимізм щодо прогнозу. Який тип реагування на хворобу?

А) нозофільний; Б) утилітарний; В) ейфоричний; Г) зневажливий;
Д) анозогнозичний.

26. Хворий демонструє свою хворобу близьким і рідним з метою привернути до себе їх увагу, вимагає виняткового піклування про себе. Який тип реагування на хворобу?

А) утилітарний; Б) егоцентричний; В) гармонійний;
Г). анозогнозичний; Д) зневажливий.

27. Хворий гармонійно, правильно оцінює свою хворобу, прагне активно сприяти лікуванню, а при несприятливому прогнозі переключає увагу на інші фактори. Який тип реагування на хворобу?

А) неврастенічний; Б) гармонійний;
В) ейфоричний; Г). егоцентричний; Д) апатичний.

28. Хвора задоволена, що захворіла, стверджуючи: «Зможу приділити більше уваги дітям, не буду відводити їх у дитячий садок, зроблю ремонт у квартирі, трохи почитаю, займусь улюбленою справою». Який тип реагування на хворобу?

А) утилітарний; Б) ейфоричний; В) гармонійний; Г). нозофільний; Д) егоцентричний.

29. Хвора надто боїться своєї хвороби, повторно обстежується у різних спеціалістів, часто міняє лікарів. Більшою чи меншою мірою розуміє свою проблему, але не може боротись з нею. Який тип реагування на хворобу?

А) нозофобний; Б) утилітарний; В) дисфоричний;
Г). іпохондричний; Д) депресивний.

30. Хворий не докладає зусиль до видужання, вважає хворобу несерйозною, а тому ліки приймає від випадку до випадку, не дотримується режиму дієти, не відмовляється від куріння, вживання алкоголю і т. ін. До якого типу можна віднести цього хворого?

А) заглиблений у хворобу; Б) боягузливий;
В) підозріливий;
Г). уявний (істеричний); Д) лінивий.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Боголюбська А. Залежності та шляхи їх подолання. Психолог. 2007. (№ 41). С. 25-28.
2. Бочелюк В.Й. Психологія людини з обмеженими можливостями : навч.посіб. : Центр учбової літератури, 2011. 264 с.
3. Вітенко І. С. Медична психологія: підручник. Київ : Здоров'я, 2007. 208 с.
4. Зейгарник Б. В. Патопсихологія: навч.посібн. [для студ. внз] Київ : Главник, 2010. 364 с.
5. Зінченко С. М. Медична психологія. Розділ «Сексологія та сексопатологія»: Навч. посібник. К.: Екмо, 2005. 62 с.
6. Зінченко С. М. Медична психологія. Розділ «Девіантна поведінка»: Навч. посібник. К., 2006. 108 с.
7. Зінченко С. М., Злагодух В. В. Специфічні розлади здібностей дитини до навчання. Практична психологія та соціальна робота. 2006. № 8. С. 48-51.
8. Зінченко С. М. Специфічні розлади здібностей дитини до навчання. Практична психологія та соціальна робота. 2006. № 9. С. 63-66.
9. Карпенко Н. В. Діагностика психічного розвитку в роботі педагога (вчителя, вихователя): навч. посіб. [2-ге вид.]. Київ : Каравела, 2010. 248 с.
10. Конопляста С. Ю. Логопсихологія: навч.посіб. Київ : Знання, 2010. 298 с.
11. Кондратенко Л., Прищепя О. Технологія попередження дисграфії /. - К.: Главник, 2005. - 96 с.
12. Коцан І. Я., Ложкін Г. В., Мушкевич М. І. Психологія здоров'я людини. Луцьк : РВВ «Вежа» ВНУ ім. Лесі Українки, 2009. 316 с.
13. Кузнецов В. М., Чернявський В. М. Психіатрія: Навчальний посібник. К.: Здоров'я, 1993. - 344 с.
14. Максименко С. Д. Медична психологія. Вінниця: Нова Книга, 2008. 520 с.
15. Максимова Н. Ю. Основи дитячої патопсихології. Київ : Главник, 2008. 160 с.
16. Максимова Н. Ю. Патопсихологія підліткового віку. Київ : Главник,

2008. 192 с.

17. Максимова Н.Ю. Психологія девіантної поведінки: [навч. посібник] К.: Либідь, 2011.

18. Мартинюк І. А. Патопсихологія К. : Центр учбової літ-ри, 2008. 208 с.

19. Мельник А. П. Патопсихологія та спецпрактикум з клінічної психодіагностики. Луцьк : Іванюк В.П., 2013. 68 с.

20. Мішиєв В.Д. Сучасні депресивні розлади: [керівництво для лікарів] / В.Д. Мішиєв. Львів: Видавництво Мс. 2004.

21. Мельник А. П. Особливості прояву дромоманії у підлітків з неблагополучних сімей. Конференція за результатами Українсько-Канадського проекту «Молодь за здоров'я». Київ, 2005.

22. Мушкевич М. І. Особливості діагностичної роботи з дітьми з гіперактивним розладом та дефіцитом уваги. Вісник Одеського національного університету. Серія : Психологія. Том 14. 2009. Вип. 5. С. 64-70.

23. Мушкевич М. І. Особливості пізнавальної сфери дітей з гіперактивним розладом та дефіцитом уваги. Психологічні перспективи. 2010. Вип. 15. С. 140-150.

24. Мушкевич М. І. Особливості психічного розвитку аутичної дитини. Проблеми сучасної психології: зб. наук. праць ВДУ імені Лесі Українки. Луцьк, 2007. С. 208-214.

25. Мушкевич М. І. Психолого-педагогічні особливості соціалізації аутичної дитини. Проблеми загальної та педагогічної психології : зб. наук. праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України : за ред. С. Д. Максименка. Т. X, част. 1. – К., 2008. – С. 306–315.

26. Мушкевич М. І. Психопрофілактична робота при уродженій і набутій патології. Актуальні питання супроводу дітей з особливими потребами: медичні, психологічні, педагогічні аспекти. Матеріали II Міжнародної науково-практичної конференції з циклу «Сучасні підходи інтеграції та соціалізації дітей з особливими потребами». Луцьк, 2006. С. 11–15.

27. Основи медико-соціальної реабілітації дітей з органічними ураженнями

нервової системи: навчально-методичний посібник. За ред. В. Ю. Мартинюка, С. М. Зінченко. К. : Інтермед, 2005. 416 с.

28. Роюк С. Є. Особливості мислення дітей дошкільного віку із вадами слуху. Психологічні перспективи. Луцьк : РВВ «Вежа» Волин. нац. ун-т ім. Лесі Українки, 2010. Вип. 15. С. 174–182.

29. Словник-довідник для соціальних педагогів та соціальних працівників. За заг. ред. А. І. Капської, І. М. Мінчук, С. В. Товстоухової. К., 2000. 260 с.

30. Хлівна Л. М. Використання психодіагностичних засобів у консультативній роботі з тривожними школярами. Проблеми загальної та педагогічної психології : зб. наук. праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України ; за ред. Максименка С.Д. К. : 2004, Т. VI, випуск 1. С.319–332.

31. Хорні К. Невроз та особистісне зростання. Боротьба за особистісне зростання. Київ, 2022.

Тест «Нервово-психічна адаптація» (НПА)

Для проведення оцінки психічного стану «Тест нервово-психічної адаптації» (автор І. Гурвіч, 1992). Цей тест спрямований на виявлення у досліджуваних однієї з п'яти груп психічного здоров'я:

I група – здорові;

II група – майже здорові зі сприятливими прогностичними ознаками;

III група – майже здорові з несприятливими прогностичними ознаками (передпатологія);

IV група – легка патологія;

V група – явна патологія.

Тест опитувальника складається з 26 тверджень, які необхідно продовжити одним з чотирьох варіантів, кожному з яких відповідає певний бал. Обробка даних зводиться до підрахунку загальної суми балів. Розподіл по групах психічного здоров'я здійснюється наступним чином:

I група – сума балів менше 10;

II група – 11 – 20 балів;

III група – 21 – 30 балів;

IV група – 31 – 40 балів;

V група – більше 40 балів.

Інструкція: В цій анкеті представлені явища, якими, як правило, психіка людини відповідає на важкі життєві переживання. Уважно прочитайте та відмітьте, будь ласка, в реєстраційному бланку їхню характеристику.

- це явище є і було завжди – 4;
- є вже тривалий час – 3;
- з'явилося останнім часом – 2;
- було в минулому, але зараз немає – 1;
- немає і не було – 0.

1.Безсоння, розлад сну.

2.Відчуття, що оточуючі люди відносяться до мене вороже.

3.Головні болі.

4.Зміни настрою без видимих причин.

5.Побоювання темряви.

6.Відчуття, що Ви стали гірше за інших.

7.Плаксуватись та схильність до сліз.

8.Відчуття „грудки” в горлі.

9.Побоювання висоти.

10.Швидка втомлюваність, відчуття втоми.

11.Невпевненність в собі, у своїх силах.

12. Сильне відчуття провини.
13. Побоювання з приводу можливого розвитку тяжкої хвороби.
14. Острах знаходитись одному у приміщенні або на вулиці.
15. Побоювання почервоніти „на людях”.
16. Труднощі у спілкуванні з людьми.
17. Безпричинний, необґрунтований страх за себе, за інших людей, побоювання будь-яких ситуацій.
18. Тремтіння рук, ніг, усього тіла.
19. Неспроможність стримувати прояв своїх почуттів.
20. Знижений, поганий або подавлений настрій.
21. Прискорене серцебиття.
22. Безпричинна, необґрунтована тривога, передчуття, що може трапитись щось погане, неприємне.
23. Байдужість до всього оточуючого.
24. Підвищена дратівливість, запальність.
25. Підвищена пітливість.
26. Відчуття загальної слабкості, в'ялості.

Методика диференціальної діагностики депресивних станів В. Жмурова

Методика виявляє депресивний стан і дає можливість встановити важкість депресивного стану на даний момент. Досліджуваному пропонується прочитати кожну з 44 груп тверджень і вибрати відповідний варіант відповіді за схемою: 0, 1, 2 або 3.

1. 0. Мій настрій зараз не більше пригнічений (сумне), ніж зазвичай.
 1. Мабуть, воно більш пригнічений (сумне), ніж зазвичай.
 2. Так, воно більш пригнічений (сумне), ніж зазвичай.
 3. Мій настрій набагато більш пригнічений (сумне), ніж зазвичай.
2. 0. Я відчуваю, що у мене немає тужливого (траурного) настрою.
 1. У мене іноді буває такий настрій.
 2. У мене часто буває такий настрій.
 3. Такий настрій буває у мене постійно.
3. 0. Я не відчуваю себе так, ніби залишився (залишилася) без чогось дуже важливого для мене.
 1. У мене іноді буває таке відчуття.
 2. У мене часто буває таке відчуття.
 3. Я постійно відчуваю себе так, ніби залишився (залишилася) без чогось дуже важливого для мене.
4.
 0. У мене не буває відчуття, ніби моє життя зайшло в глухий кут.
 1. У мене іноді буває таке відчуття.
 2. У мене часто буває таке відчуття.
 3. Я постійно відчуваю себе так, ніби моє життя зайшло в глухий кут.
5.
 0. У мене не буває відчуття, ніби я постарів (постаріла).
 1. У мене іноді буває таке відчуття.
 2. У мене часто буває таке відчуття.
 3. Я постійно відчуваю, ніби я постарів (постаріла).
6.
 0. У мене не буває стану, коли на душі важко.
 1. У мене іноді буває такий стан.
 2. У мене часто буває такий стан.
 3. Я постійно перебуваю в такому стані.
7.
 0. Я спокійний (спокійна) за своє майбутнє, як звичайно.
 1. Мабуть, майбутнє турбує мене дещо більше, ніж зазвичай.
 2. Майбутнє турбує мене значно більше, ніж зазвичай.
 3. Майбутнє турбує мене набагато більше, ніж зазвичай.
8.
 0. У своєму минулому я бачу поганого не більше, ніж зазвичай.
 1. У своєму минулому я бачу поганого дещо більше, ніж зазвичай.

2. У своєму минулому я бачу поганого значно більше, ніж зазвичай.
3. У своєму минулому я бачу набагато більше поганого, ніж зазвичай.
- 9.
0. Надій на краще у мене не менше, ніж зазвичай.
1. Таких надій у мене дещо менше, ніж зазвичай.
2. Таких надій у мене значно менше, ніж зазвичай.
3. Надій на краще у мене набагато менше, ніж зазвичай.
- 10.
0. Я лякливий (боязлива) не більше звичайного.
1. Я лякливий (боязлива) кілька більш звичайного.
2. Я лякливий (боязлива) значно більш звичайного.
3. Я лякливий (боязлива) набагато більш звичайного.
- 11.
0. Гарне мене радує, як і колись.
1. Я відчуваю, що воно радує мене дещо менше колишнього.
2. Воно радує мене значно менше попереднього.
3. Я відчуваю, що воно радує мене набагато менше попереднього.
- 12.
0. У мене немає почуття, що моє життя безглузда.
1. У мене іноді буває таке відчуття.
2. У мене часто буває таке відчуття.
3. Я постійно відчуваю себе так, ніби моє життя безглузда.
- 13.
0. Я уразливий (обідчів) щонайбільше, ніж зазвичай.
1. Мабуть, я дещо більш уразливий (обідчів), ніж зазвичай.
2. Я уразливий (обідчів) значно більше, ніж зазвичай.
3. Я уразливий (обідчів) набагато більше, ніж зазвичай.
- 14.
0. Я отримую задоволення від приємного, як і раніше.
1. Я отримую такого задоволення дещо менше, ніж раніше.
2. Я отримую такого задоволення значно менше, ніж раніше.
3. Я не отримую тепер задоволення від приємного.
- 15.
0. Зазвичай я не відчуваю провини, якщо немає на це причини.
1. Іноді я відчуваю себе так, ніби в чомусь винен.
2. Я часто відчуваю себе так, ніби в чомусь винен.
3. Я постійно відчуваю себе так, ніби в чомусь винен.
- 16.
0. Якщо щось у мене не так, я звинувачую себе не більше звичайного.
1. Я звинувачую себе за це дещо більше звичайного.
2. Я звинувачую себе за це значно більше звичайного.
3. Якщо щось у мене не так, я звинувачую себе набагато більше звичайного.
- 17.
0. Зазвичай у мене не буває ненависті до себе.

1. Іноді буває, що я ненавиджу себе.
 2. Часто буває так, що я себе ненавиджу.
 3. Я постійно відчуваю, що ненавиджу себе.
- 18.
0. Я не відчуваю, що я дратівливий (дратівлива).
 1. Я дратівливий (дратівлива) дещо більше звичайного.
- 26.
0. У мене не буває відчуття, ніби я загруз (загрузла) в гріхах.
 1. У мене іноді тепер буває це почуття.
 2. У мене часто буває тепер це почуття.
 3. Це почуття у мене тепер не проходить.
- 19.
0. Я звинувачую себе за провини іншим не більше звичайного.
 1. Я звинувачую себе за них дещо більше звичайного.
 2. Я звинувачую себе за них значно більше звичайного.
 3. За проступки інших я звинувачую себе набагато більше звичайного.
- 20.
0. Стани, коли все здається безглуздом, у мене зазвичай не буває.
 1. Іноді у мене буває такий стан.
 2. У мене часто буває тепер такий стан.
 3. Цей стан у мене тепер не проходить.
- 21.
0. Почуття, що я заслужив (заслужила) кару, у мене не буває.
 1. Тепер іноді буває.
 2. Воно часто буває у мене.
 3. Це почуття у мене тепер практично не проходить.
- 22.
0. Я бачу в собі не менше хорошого, ніж раніше.
 1. Я бачу в собі дещо менше хорошого, ніж раніше.
 2. Я бачу в собі значно менше хорошого, ніж раніше.
 3. Я бачу в собі набагато менше хорошого, ніж раніше.
- 23.
0. Зазвичай я думаю, що в мені поганого не більше, ніж у інших.
 1. Іноді я думаю, що у мене поганого більше, ніж у інших.
 2. Я часто так думаю.
 3. Я постійно думаю, що поганого в мені більше, ніж у інших.
- 24.
0. Бажання померти у мене не буває.
 1. Це бажання у мене іноді буває.
 2. Це бажання у мене буває тепер часто.
 3. Це тепер постійне моє бажання.
- 25.
0. Я не плачу.
 1. Я іноді плачу.

2. Я плачу часто.
 3. Я хочу плакати, але сліз у мене вже немає.
2. Я дратівливий (дратівлива) значно більше звичайного.
 3. Я дратівливий (дратівлива) набагато більше звичайного.
- 27.
0. У мене не буває стану, коли я не відчуваю своїх емоцій.
 1. Іноді у мене буває такий стан.
 2. У мене часто буває такий стан.
 3. Цей стан у мене тепер не проходить.
- 28.
0. Моя розумова активність ніяк не змінилася.
 1. Я відчуваю тепер якусь неясність в своїх думках.
 2. Я відчуваю тепер, що сильно отупів (отупіла) (у голові мало думок).
 3. Я зовсім ні про що тепер не думаю (голова порожня).
- 29.
0. Я не втратив (втратила) інтерес до інших людей.
 1. Я відчуваю, що колишній інтерес до людей дещо зменшився.
 2. Я відчуваю, що мій інтерес до людей набагато зменшився.
 3. У мене зовсім пропав інтерес до людей (я нікого не хочу бачити).
- 30.
0. Я приймаю рішення, як звичайно.
 1. Мені важче приймати рішення, ніж зазвичай.
 2. Мені набагато важче приймати рішення, ніж зазвичай.
 3. Я вже не можу сам (сама) прийняти ніяких рішень.
- 31.
0. Я не менш привабливий (приваблива), ніж зазвичай.
 1. Мабуть, я дещо менш привабливий (приваблива), ніж зазвичай.
 2. Я значно менш привабливий (приваблива), ніж зазвичай.
 3. Я відчуваю, що виглядаю просто потворно.
- 32.
0. Я можу працювати, як і зазвичай.
 1. Мені дещо важче працювати, ніж зазвичай.
 2. Мені значно важче працювати, ніж зазвичай.
 3. Я зовсім не можу тепер працювати (все валиться з рук).
- 33.
0. Я сплю не гірше, ніж зазвичай.
 1. Я сплю дещо гірше, ніж зазвичай.
 2. Я сплю значно гірше, ніж зазвичай.
 3. Тепер я майже зовсім не сплю.
- 34.
0. Я втомлююся не більш, ніж зазвичай.
 1. Я втомлююся дещо більше, ніж зазвичай.
 2. Я втомлююся значно більше, ніж зазвичай.
 3. У мене вже немає ніяких сил щось робити.

35.

0. Мій апетит не гірше звичайного.

1. Мій апетит дещо гірше звичайного.
2. Мій апетит значно гірше звичайного.
3. Апетиту у мене тепер зовсім немає.

36.

0. Мій вага залишається незмінним.

1. Я трохи схуд (схудла) останнім часом.
2. Я помітно схуд (схудла) останнім часом.
3. Останнім часом я дуже схуд (схудла).

37.

0. Я дорожу своїм здоров'ям, як і зазвичай.

1. Я дорожу своїм здоров'ям менше, ніж зазвичай.
2. Я дорожу своїм здоров'ям значно менше, ніж зазвичай.
3. Я зовсім дорожу тепер своїм здоров'ям.

38.

0. Я цікавлюся сексом, як і колись.

1. Я дещо менше цікавлюся сексом, ніж раніше.
2. Я цікавлюся сексом значно менше, ніж раніше.
3. Я повністю втратив (втратила) інтерес до сексу.

39.

0. Я не відчуваю, що моє "Я" якимось змінилося.

1. Тепер я відчуваю, що моє "Я" дещо змінилося.
2. Тепер я відчуваю, що моє "Я" значно змінилося.
3. Моє "Я" так змінилося, що тепер я не впізнаю сам (сама) себе.

40.

0. Я відчуваю біль, як і зазвичай.

1. Я відчуваю біль сильніше, ніж зазвичай.
2. Я відчуваю біль слабше, ніж зазвичай.
3. Я майже не відчуваю тепер болі.

41.

0. Деякі розлади (сухість у роті, серцебиття, запори, задуха) у мене буває не частіше, ніж зазвичай.

1. Ці розлади бувають у мене кілька частіше звичайного.
2. Деякі з цих розладів бувають у мене значно частіше звичайного.
3. Ці розлади бувають у мене набагато частіше звичайного.

42.

0. Вранці мій настрій зазвичай не гірше, ніж до ночі.

1. Вранці воно в мене дещо гірше, ніж до ночі.
2. Вранці воно в мене значно гірше, ніж до ночі.
3. Вранці мій настрій набагато гірше, ніж до ночі.

43.

0. У мене не буває спадів настрою навесні (восени).

1. Таке одного разу зі мною було.

2. Зі мною таке було два чи три рази.

3. Зі мною було таке багато разів.

44.

0. Поганий настрій у мене буває, але це триває недовго.

1. Пригнічений настрій у мене може тривати по тижню, до місяця.

2. Пригнічений настрій у мене може тривати місяцями.

3. Пригнічений настрій у мене може тривати до року і більше.

Обробка та інтерпретація РЕЗУЛЬТАТІВ

Визначається сума зазначених номерів відповідей, які одночасно є і балами.

- 1-9 балів - депресія відсутня або незначна;
- 10-24 бали - депресія мінімальна;
- 25-44 бали - легка депресія;
- 45-67 балів - помірна депресія;
- 68-87 балів - виражена депресія;

Дослідження рівня адекватності образу “Я” (Методика вивчення самооцінки якостей особистості Т. Дембо, С. Рубінштейна)

Метою методики є виявлення рівня самооцінки по заздалегідь заданих якостях особистості.

Обладнання. Низка шкал (100мм), що умовно позначають прояв різних якостей особистості (доброта, чесність, кмітливість тощо).

Методика проведення. Пропонується шкали, що умовно позначають прояв різних рис особистості, і наступна інструкція: «Допустимо, що на цій лінії розташувалися усі люди світу в порядку підвищення їхнього стану здоров'я (приклад зі шкалою здоров'я): унизу – найбільш хворі люди, угорі – найбільш здорові (ті, які ніколи не хворіють). Як ти думаєш, де твоє місце серед всіх людей світу по стану здоров'я?».

Висота самооцінки визначається за допомогою умовної розбивки шкал на відрізки відповідно до п'ятибальної системи. При цьому один відрізок на шкалі є рівним 0,5 бала. Виходячи із цього визначити середній бал самооцінки:



«Завищена», «Адекватна», «Низька».

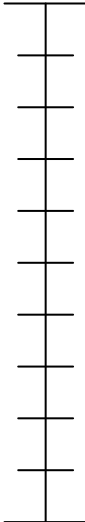
Самооцінку прийнято вважати: «Завищена» – із середнім балом 4-5; «Адекватна» – із середнім балом 2,5-4; «Низька» – із середнім балом 0-2,5.

Дослідний аркуш
Методика самооцінки якостей особистості
(Т. Дембо – С. Рубинштейн)

Доброта



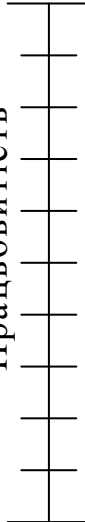
Чесність




Кмітливість



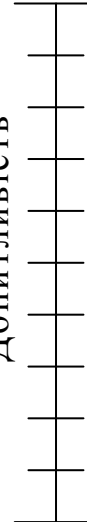
Працьовитість




Щедрість



Допитливість



Товариськість



Методика М. Розенберга «Шкала для вимірювання рівня самоповаги»

Мета: виявити глобальне ставлення особистості до себе.

Хід проведення. Досліджувані мають уважно прочитати опитувальник, що складається з десяти суджень. На кожне з них пропонується чотири градації відповідей, поданих у таблиці.

Відповіді	Судження (в балах)	
	Прямі	Зворотні
Повністю згоден	4	1
Згоден	3	2
Не згоден	2	3
Зовсім не згоден	1	4

Судження

1. Я відчуваю, що я гідна людина — принаймні не меншою мірою, ніж інші.
2. Я схильний відчувати себе невдахою.
3. Мені здається, що я маю й хороші якості.
4. Я здатний робити дещо не гірше, ніж інші.
5. Гадаю, мені немає чим особливо пишатися.
6. Я добре ставлюся до себе.
7. Загалом я задоволений собою.
8. Мені б хотілося більше поважати себе.
9. Я іноді ясно відчуваю свою непотрібність.
10. Часом думаю, що я в усьому поганий.

Обробка даних.

Код опитувальника: прямі запитання — 1, 3, 4, 6;

зворотні запитання — 2, 5, 7, 8, 9, 10.

Максимально можлива сума — 40 балів, мінімальна — 10 балів.

Глобальне ставлення особистості до себе виявляється у тривожності, депресивності, психосоматичних захворюваннях (чим воно нижче, тим більше останніх), а також в активності під час спілкування, прагненні до лідерства, почутті міжособистісної безпеки (чим вищий показник глобального самоставлення, тим сильніші ці почуття).

Методика «Самооцінка психічного стану: самопочуття, загальна активність, настроїв (САН)»

Методика досліджує такі психічні стани як самопочуття, активність і настрої.

Інструкція: висловити кількістю балів від 1 до 4 свій стан, маючи на увазі, що бали «1» і «2» відповідають оцінками лівого стовпця, а бали «3» і «4» - правого. Відповідати слід на кожне питання, вважаючи, що бали «1» і «4» більш близькі до пропонувананих оцінок, а бали «2» і «3» - означають меншу згоду з пропонувананими оцінками.

№ з/п	Оцінки	Бали	Оцінки	
1	Самопочуття добре	1 2 3 4	Самопочуття погане	X
2	Відчуваю себе сильним	1 2 3 4	Відчуваю себе слабким	X
3	Пасивний	1 2 3 4	Активний	
4	Малорухливий	1 2 3 4	Рухливий	
5	Веселий	1 2 3 4	Сумний	X
6	Гарний настроїв	1 2 3 4	Поганий настроїв	X
7	Працездатний	1 2 3 4	Розбитий	X
8	Повний сил	1 2 3 4	Знесилений	X
9	Повільний	1 2 3 4	Швидкий	
10	Бездіяльний	1 2 3 4	Діяльний	
11	Щасливий	1 2 3 4	Нещасний	X
12	Життєрадісний	1 2 3 4	Похмурий	X
13	Напружений	1 2 3 4	Розслаблений	X
14	Здоровий	1 2 3 4	Хворий	X
15	Бездіяльний	1 2 3 4	Захоплений	
16	Байдужий	1 2 3 4	Зацікавлений	
17	Захоплений	1 2 3 4	Похмурий	X
18	Радісний	1 2 3 4	Сумний	X
19	Відпочивший	1 2 3 4	Втомлений	X
20	Свіжий	1 2 3 4	Виснажений	X
21	Сонливий	1 2 3 4	Збуджений	
22	Бажання відпочити	1 2 3 4	Бажання працювати	
23	Спокійний	1 2 3 4	Схвильований	X
24	Оптимістичний	1 2 3 4	Песимістичний	X
25	Витривалий	1 2 3 4	Втомлений	X
26	Бадьорий	1 2 3 4	Млявий	X
27	Міркувати важко	1 2 3 4	Міркувати легко	

28	Розсіяний	1 2 3 4	Уважний	
29	Повний надій	1 2 3 4	Розчарований	X
30	Задоволений	1 2 3 4	Незадоволений	X

Обробка результатів: по ключу такого вигляду: там, де стоїть знак (X), здійснюється зворотний підрахунок балів: замість 1, 2, 3, 4 вважається відповідно: 4, 3, 2, 1 балів.

Мінімальна кількість балів по кожному з трьох параметрів стану - 10, максимальне - 40, так як на кожен параметр (самопочуття, активність і настрої) є по 10 оцінок. Для порівнянності результатів самооцінки вводиться коефіцієнт К Х «2». Тоді можуть бути отримані 4 звичайні градації станів по інтервалах: 20 - 34, 35 - 49, 50 - 64, 65 - 80. Умовно вони можуть бути віднесені до ситуативних проявів відповідно: меланхоліка, флегматика, сангвініка і холерика.

	Параметри	№ оцінок
1	Самопочуття	1, 2, 7, 8, 13, 14, 19, 20, 25, 26
2	Загальна активність	3, 4, 9, 10, 15, 16, 21, 22, 27, 28
3	Настрої	5, 6, 11, 12, 17, 18, 23, 24, 29, 30

**Тест-опитувальник для визначення самоствавлення особистості
(В. Столін, С. Пантелєєв).**

Мета: визначення емоційного та семантичного змісту ставлення особистості до себе.

Хід проведення:

Досліджуваним пропонується опитувальник, що налічує 110 тверджень.

Інструкція: «Уважно прочитайте запропоновані Вам твердження дайте відповідь знак «+» - якщо Ви погоджуєтесь або знак «-», якщо не погоджуєтесь.

Текст опитувальника.

1. Мої слова не так уже й часто розходяться з ділом.
2. Випадковому знайомому я швидше за все видамся людиною приємною.
3. До чужих проблем я завжди ставлюсь з тим же розумінням, що і до своїх.
4. У мене часто виникає відчуття, що те, про що я подумки з собою розмовляю, мені неприємне.
5. Думаю, що більшість моїх знайомих ставиться до мене з симпатією.
6. Найрозумніше, що може зробити людина у своєму житті, – це підкоритися власній долі.
7. У мене достатньо здібностей та енергії втілити в життя задумане.
8. Якби Я роздвоївся, то мені було б дуже цікаво спілкуватися зі своїм двійником.
9. Я не здатен завдати душевного болю коханим та рідним мені людям.
10. Я вважаю, що іноді не гріх пожаліти самого себе.
11. Зробивши якийсь промах, я часто не можу зрозуміти, як мені могло прийти в голову, що із задуманого могло вийти щось хороше.
12. Частіше я схвалюю свої плани і вчинки.
13. В моїй особистості є, мабуть, щось таке, що здатне викликати у інших гостру неприязнь.
14. Коли я намагаюся себе оцінити, я насамперед бачу свої недоліки.
15. У мене не виходить бути для коханої людини цікавим тривалий час.
16. Можна сказати, що я ціную себе досить високо.
17. Мій внутрішній голос рідко підказує мені те, з чим би я кінець кінцем погодився.
18. Багато моїх знайомих не сприймають мене серйозно.
19. Бувало, і не раз, що я сам сильно ненавидів себе.
20. Мені дуже заважає нестача волі, енергії та цілеспрямованості.
21. В моєму житті виникали такі обставини, коли я йшов на угоду з власною совістю.
22. Іноді я сам себе погано розумію.
23. Часом мені буває дуже болісно спілкуватися з самим собою.
24. Думаю, що без великих зусиль міг би знайти спільну мову з будь-якою розумною та знаючою людиною.
25. Якщо я і ставлюся до кого-небудь з докором, то насамперед до самого себе.

26. Іноді я сумніваюсь, чи можна любити мене по-справжньому.
27. Часто мої суперечки з самим собою обриваються думкою, що все одно вийде не так, як я вирішив.
28. Моє ставлення до самого себе можна назвати дружнім.
29. Навряд чи знайдуться люди, яким я не по душі.
30. Часто я не без сарказму жартую над собою.
31. Якби моє друге «Я» існувало, то для мене це був би найнудніший партнер по спілкуванню.
32. Я вважаю, що я достатньо склався як особистість і тому не витрачаю багато сили на те, щоб в чомусь стати іншим.
33. В цілому мене влаштовує те, який я є.
34. На жаль, дуже багато не розділяють моїх поглядів на життя.
35. Загалом я можу сказати, що поважаю себе.
36. Я думаю, що маю надійного і розумного радника в самому собі.
37. Я досить часто дратуюсь від самого себе.
38. Я часто, але досить безуспішно, намагаюсь в собі щось змінити.
39. Я думаю, що моя особистість значно цікавіша і багатша, ніж це може видатися на перший погляд.
40. Мої достоїнства загалом переважають над моїми недоліками.
41. Я рідко залишаюсь незрозумілим в самому важливому для мене.
42. Думаю, що інші в цілому оцінюють мене досить високо.
43. Те, що зі мною трапляється, - це справа моїх рук.
44. Якщо я сперечаюсь з собою, то завжди впевнений, що знайду єдине правильне рішення.
45. Коли зі мною трапляються неприємності, як правило, я кажу: «Так тобі і треба».
46. Я не вважаю, що достатньо духовно цікавий для того, щоб бути привабливим для багатьох людей.
47. У мене часто виникають сумніви, чи такий я насправді, яким себе уявляю.
48. Я не здатен зрадити навіть подумки.
49. Частіше всього я думаю про себе з дружньою іронією.
50. Мені здається, що мало хто може подумати про мене погано.
51. Я впевнений, що на мене можна покластися у самих відповідальних справах.
52. Я можу сказати, що в цілому я контролюю свою долю.
53. Я ніколи не видаю думки, які мені сподобались за свої.
54. Яким би я не видавався оточуючим, я знаю, що в глибині душі я кращий, ніж більшість інших.
55. Я хотів би залишитися таким, який я є.
56. Я завжди радий критиці на мою адресу, якщо вона обґрунтована і справедлива.
57. Мені здається, що якби таких людей як я було більше, то життя змінилося б на краще.
58. Моя думка має достатню вагу в очах оточуючих.
59. Щось заважає мені зрозуміти себе по-справжньому.

60. У мені є чимало такого, що навряд чи викликає симпатію.
61. В складних обставинах я зазвичай не чекаю, доки проблеми вирішаться самі собою.
62. Іноді я намагаюсь видати себе не за того, хто я є.
63. Бути поблажливим до власних слабостей цілком природно.
64. Я впевнився, що глибоке проникнення в себе – малоприємне та досить ризиковане заняття.
65. Я ніколи не дратуюсь і не злюсь без особливих на те причин.
66. В мене бували такі моменти, коли я розумів, що мене є за що зневажати.
67. Я часто відчуваю, що мало впливаю на те, що зі мною відбувається.
68. Саме багатство та глибина мого внутрішнього світу і визначають мою цінність як особистості.
69. Тривалі суперечки з собою частіше залишають гіркий осадок в моїй душі, ніж приносять полегшення.
70. Думаю, що спілкування зі мною приносить людям відверте задоволення.
71. Якщо говорити відверто, іноді я буваю дуже неприємним.
72. Можна сказати, що я собі подобаюсь.
73. Я – людина надійна.
74. Здійснення мої бажань мало залежить від везіння.
75. Моє внутрішнє “Я” завжди мені цікаве.
76. Мені дуже просто переконати себе не засмучуватися через дрібниці.
77. Близьким людям притаманно мене недооцінювати.
78. У мене в житті часто бувають хвилини, коли я сам собі огидний.
79. Мені здається, що я все-таки не вмію сердитися на себе по-справжньому.
80. Я переконався, що в серйозних справах на мене краще не розраховувати.
81. Іноді мені здається, що я якийсь дивний.
82. Я не схильний пасувати перед труднощами.
83. Моє власне «Я» не видається мені чимось вартим уваги.
84. Мені здається, що глибоко обдумуючи свої внутрішні проблеми, я навчився значно краще себе розуміти.
85. Навряд чи я викликаю симпатію у більшості моїх знайомих.
86. Мені траплялось робити такі вчинки, яким навряд чи можна знайти виправдання.
87. Десь у глибині душі я вважаю себе слабаком.
88. Якщо я відверто і звинувачую себе в чомусь, то, як правило, викривального запалу вистачає ненадовго.
89. Мій характер, яким би він не був, цілком мене влаштовує.
90. Я цілком ясно уявляю собі, що чекає мене попереду.
91. Іноді мені буває досить важко знайти спільну мову зі своїм внутрішнім “Я”.
92. Мої думки про себе найчастіше зводяться до звинувачень на власну адресу.
93. Я не хотів би сильно мінятися навіть на краще, тому що кожна зміна – це втрата якоїсь дорогої часточки самого себе.
94. В результаті моїх дій досить часто виходить зовсім не те, на що я розраховував.

95. Навряд чи в мені є щось, чого б я не знав.
96. Мені ще багато чого не вистачає, щоб з впевненістю сказати собі: "Так, я цілком зріла особистість".
97. В мені цілком мирно вживаються як мої достоїнства, так і мої недоліки.
98. Іноді я надаю "безкорисну" допомогу людям лише для того, щоб краще виглядати у власних очах.
99. Мені досить часто і безуспішно доводиться виправдовуватися перед самим собою.
100. Ті, хто мене не любить, просто не знають, яка я людина.
101. Переконати себе в чомусь для мене нескладно.
102. Я не відчуваю нестачі в близьких та розуміючих мене людях.
103. Мені здається, що мало хто поважає мене по-справжньому.
104. Якщо не бути дріб'язковим, то в цілому мене себе немає в чому дорікнути.
105. Я сам створив себе таким, який я є.
106. Думка інших про мене цілком співпадає з моєю власною.
107. Я сам хотів багато в чому себе переробити.
108. До мене ставляться так, як я того заслуговую.
109. Думаю, що моя доля все-одно складеться не так, як мені хотілося тепер.
110. Впевнений, що в житті я на своєму місці.
- Проводиться підрахунок «сирих балів» шкальних значень згідно ключа. При співпаданні з ключем нараховується 1 бал, при неспівпаданні – 0 балів.

Ключ:

- Відвертість:**
«+»: 1, 3, 9, 48, 53, 56, 65.
«-»: 21, 62, 86, 98.
- Самовпевненість:**
«+»: 7, 24, 30, 35, 36, 51, 52, 58, 61, 78, 82.
«-»: 20, 80, 103.
- Самокерівництво:**
«+»: 43, 44, 45, 74, 76, 84, 90, 105, 106, 108, 110.
«-»: 109.
- Дзеркальне «Я»:**
«+»: 2, 5, 29, 41, 42, 50, 102.
«-»: 13, 18, 34, 85.
- Самоцінність:**
«+»: 8, 16, 39, 54, 57, 68, 70, 75, 100.
«-»: 15, 26, 31, 46, 83.
- Самоприйняття:**
«+»: 10, 12, 17, 28, 40, 49, 63, 72, 77, 79, 88, 97.
«-»: -
- Самоприв'язаність:**
«+»: 6, 32, 33, 55, 89, 95, 101, 104.
«-»: 96, 107.

8. Конфліктність:

«+»: 4, 11, 22, 23, 27, 38, 47, 59, 64, 67, 69, 81, 91, 94, 99.

«-»: -

9. Самозвинувачення:

«+»: 14, 19, 25, 37, 60, 66, 71, 78, 87, 92.

«-»: -

В подальшому «сирі бали» переводяться у стенові показники:

Норми (в стенах)

Стени шкали	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	0	0	1	2-3	4-5	6-7	8	9	10	11
2	0-1	2	3-4	5-6	7-9	10	11-12	13	13	14
3	0-1	2	3	4-5	6	7	8	9-10	11	12
4	0	1	2	3-4	5	6-7	8	9	10	11
5	0-1	2	3	4-5	6-7	8	9-10	11	12	13-14
6	0-1	2	3-4	5-6	6-7	8	9	10	11	12
7	0	1	2-3	4-5	6	7-8	7-8	9	10	11
8	0	0	1-2	3-4	5-7	8-9	11-12	13	14	15
9	0	1	2	3-4	5	6-7	8	9	10	10

Самоставлення – це певне стійке почуття на адресу власного «Я», що містить ряд специфічних модальностей (вимірів), що відрізняються як за емоційним тоном, переживанням, так і за семантичним змістом відповідного ставлення до себе.

Шкала 1 – внутрішня чесність – «Відкритість» - пов'язана з такими аспектами образу «Я», самоставлення, поведінки, які, будучи значимими для особистості, важко допускаються до усвідомлення.

Низькі значення шкали говорять про глибоку усвідомленість «Я», підвищену рефлексивність та критичність, здатність не приховувати від себе та інших значиму неприємну інформацію.

Крайньо низькі значення можуть свідчити про самовідкритість, часом межуючою з цинізмом.

Високі значення свідчать про закритість, нездатність або небажання усвідомлювати та видавати значиму інформацію про себе, у крайньому

вираженні – про пряму брехню та фальсифікацію результатів в бік соціально бажаних відповідей.

Шкала 2 - «Самовпевненість» - уявлення про себе як про самостійну, вольову, енергійну, надійну людину, якій є за що себе поважати.

Низькі значення шкали свідчать про незадоволеність собою та своїми можливостями, про сумнів у здатності викликати повагу.

Високі значення шкали відповідають високій думці про себе, самовпевненості, відсутності внутрішньої напруженості.

Шкала 3 - «Самокерівництво» - уявлення про те, що основним джерелом активності та результатів, що стосуються як діяльності, так і власної особистості суб'єкта, є він сам.

Людина з *високим балом* зашкалою виразно переживає власне «Я» як внутрішній стержень, що інтегрує її особистість і життєдіяльність, вважає, що її доля знаходиться в її власних руках, і відчуває почуття обґрунтованості і послідовності своїх внутрішніх спонукань та цілей.

Низькі бали свідчать про віру суб'єкта та підвладність його «Я» часовим обставинам, про нездатність протистояти долі, погану саморегуляцію, розмитий локус «Я», відсутність тенденції шукати причини вчинків та результатів у собі самому.

Шкала 4 – відображене самоствавлення - «Дзеркальне «Я»» - очікуване ставлення до себе з боку інших людей.

Високі значення шкали відповідають уявленню суб'єкта про те, що його особистість, характер та діяльність здатні викликати у інших повагу, симпатію, схвалення та розуміння.

Низькі значення шкали свідчать про очікування протилежних почуттів від узагальненого іншого.

Шкала 5 - «Самоцінність» - відображає емоційну оцінку себе, свого «Я» за внутрішніми інтимними критеріями любові, духовності, багатства внутрішнього світу.

Високі оцінки за шкалою відображають зацікавленість у власному «Я», любов до себе, відчуття цінності власної особистості та одночасно передбачувану цінність свого «Я» для інших.

Низькі значення шкали характеризують недолік свого *духовного «Я»*, сумніви у цінності власної особистості, відстороненість, що межує з байдужістю до свого «Я», втрату інтересу до свого внутрішнього світу.

Шкала 6 - «Самоприйняття».

Високий полюс відповідає дружньому ставленню до себе, згоді з самим собою, схваленню своїх планів та бажань, емоційному, безумовному прийняттю себе таким, який ти є, нехай навіть з деякими недоліками.

Низький полюс свідчить про відсутність перерахованих якостей – недостатність самоприйняття, що є важливим симптомом дезадаптації.

Шкала 7 - «Самоприв'язаність».

Високі значення шкали говорять про ригідність «Я-концепції», прив'язаність, небажання змінюватися на фоні загального позитивного

ставлення до себе. Ці переживання часто супроводжуються прив'язаністю до неадекватного «Я»-образу. В останньому випадку тенденції до збереження такого образу – один із захисних механізмів самосвідомості.

Низькі значення свідчать про протилежні тенденції: бажання щось у собі змінити, потяг до відповідності з ідеальним уявленням про себе, незадоволеність собою.

Шкала 8 – внутрішня конфліктність.

Високі значення свідчать про наявність внутрішніх конфліктів, сумнівів, непогодження з собою, тривожно-депресивних станів, що супроводжуються переживанням почуття провини. *Помірне підвищення* за шкалою говорить про підвищену рефлексію, глибоке проникнення у себе, усвідомлення своїх труднощів, адекватний образ «Я» та відсутність витіснення.

Крайньо низькі значення шкали свідчать про заперечення проблем, закритість, поверхову самовдоволеність.

Шкала 9 - «Самозвинувачення».

Високі значення говорять про самозвинувачення, готовність поставити собі у провину свої промахи та невдачі, власні недоліки. Шкала є індикатором відсутності симпатії, що супроводжується негативними емоціями на свою адресу, навіть незважаючи на високу самооцінку якостей та досягнень.

Шкали об'єднані у **три незалежних** та добре інтерпретованих фактори:

1-ий фактор – Самоповага: шкали 1, 2, 3, 4. Відображає оцінку власного «Я» щодо соціально-нормативних критеріїв модальності.

2-ий фактор – Аутосимпатія: шкали 5, 6, 7. Відображає емоційне ставлення суб'єкта до свого «Я».

3-ій фактор – Самоприниження: шкали 8, 9. Відображає негативне самоставлення.

ОСОБИСТІСНИЙ ПРОФІЛЬ КРИЗИ

Інструкція. Прочитайте приведені нижче твердження й відмітьте номери тих з них, які відповідають вашому нинішньому стану. Якщо твердження лише частково вірно, то підкресліть ту його частину, яка відповідає вашим реакціям. Хочемо нагадати, що введеному списку немає поганих або хороших проявів і реакцій. Усі вони є лише неминучим наслідком переживання кризи.

Текст опитувальника.

1. Я страждаю від головних болей, погіршення здоров'я або почуваю себе погано.
2. Я став розсіяним.
3. Мене не покидає почуття тривоги, яке підсилює мої судження і почуття.
4. Іноді у мене виникають думки, що немає сенсу жити як раніше.
5. Я уникаю думати або говорити про свою невдачу (нещастя).
6. Іноді моє серце б'ється прискорено.
7. Мені здається, що я втратив здатність реально оцінювати події і чітко їх сприймати.
8. Я сердитий на весь світ за те, що це сталося зі мною.
9. Я відчуваю фізичну втому, апатію, млявість почуттів.
10. Думки про те, що сталося, безупинно крутяться у мене в голові, і я не можу зупинити їх.
11. Іноді я не можу нормально дихати.
12. Іноді мені важко чітко формулювати свої думки.
13. Після того, що сталося, я не плачу і не тужу так, як це зазвичай повинно бути.
14. Усі ті, що оточували мене, здаються мені чужими, холодними і безнадійними.
15. Я зовсім не можу працювати як раніше, у мене все валиться з рук.
16. Закріпи (пронеси) мене турбують частіше, ніж зазвичай.
17. Я став забудькуватим і пропуская деякі обов'язкові заходи.
18. Іноді я плачу або близький до цього.
19. Я не отримую задоволення від приємних і радісних подій, так як раніше.
20. Мені хочеться забути і бігти світ за очі.
21. У мене є труднощі із засинанням.
22. Мені дуже важко зосередитися на чому-небудь.
23. Майже увесь час я відчуваю незрозумілу тривогу.
24. Іноді я ненавиджу себе.
25. Іноді думки про те, що сталося, позбавляють мене сну.
26. Мій пульс прискорений (уповільнений), кров'яний тиск підвищений (знижений).
27. Моє сприйняття оточуючого звужене і обмежене моєю проблемою і всім, що її стосується.

28. Мені соромно за себе і за все, що зі мною сталося.
29. Часом все здається мені безглуздим.
30. Я не в змозі виконувати свої професійні і домашні обов'язки як раніше.
31. У мене нестійкий серцевий ритм (уповільнений, прискорений).
32. Мені здається, що мої рішення, прийняті нині, непродумані, скороспішні і навіть імпульсивні.
33. Іноді мене охоплює стан повної нечутливості, начебто нічого не сталося.
34. Моє «Я» так змінилося, що іноді я не впізнаю сам себе.
35. Я став приділяти значно більше часу роботі (службі), і в цьому знаходжу вихід з ситуації, що сталася.
36. У мене часто буває сухість в роті.
37. Мені складно запам'ятати інформацію, яку раніше я запам'ятовував без особливої напруги.
38. Частенько у мене виникає бажання розповісти про свої душевні переживання навіть малознайомим людям.
39. Подавлений, пригнічений настрій у мене триває довго.
40. Час від часу у мене мимоволі (у вигляді своєрідного спалаху) поживляються найбільш травматичні спогади про те, що сталося.
41. Часто у мене виникає суб'єктивне відчуття нестачі повітря і навіть відчуття зупинки дихання.
42. Я не можу належним чином зосередитися під час виконання своїх службових обов'язків.
43. Іноді у мене виникає відчуття, що усе всередині стислось в клубок.
44. У мене загострилося критичне ставлення до себе і своїх вчинків.
45. Я втомлююся навіть від виконання своїх звичайних обов'язків.
46. У мене знизився апетит, іноді з'являється нудота.
47. Іноді мені здається, що все, що діється – нереально.
48. З кожним днем мені все частіше спадає думка про те, що я не зробив все можливе для того, щоб уникнути такого розвитку подій.
49. Мій настрій став вкрай нестійким.
50. Я став випивати більше, ніж потрібно.
51. У мене з'явилась надмірна пітливість.
52. Коли до мене звертаються, я частенько відповідаю із затримкою.
53. Мене охопив стан байдужості до оточення, ніщо не хвилює, не турбує, не цікавить.
54. Я нікого не хочу бачити і намагаюся бути насамоті.
55. Велику частину часу я продовжую розмірковувати про те що сталося, хоча це і важко.
56. Мій сон став неспокійним, й іноді уривається кошмарами.
57. Я став помічати, що частенько не можу згадати інформацію, яку завжди пам'ятав.
58. Я настільки занурений в свої почуття, що через це стає тільки гірше.
59. У мене часто буває насуплений настрій, я став дратівливим, похмурим,

агресивним стосовно до рідних і близьких.

60. Я намагаюся уникати труднощів як в думках, так і в діях.

Пропонований опитувальник дозволяє визначити особистісний профіль кризи, яка переживається. Його теоретичною основою є положення про комплексний характер переживання кризи, що зачіпає різні фізіологічні і психологічні аспекти.

Обробка результатів: кожна ствердна відповідь оцінюється в один бал. Підрахуйте бали відповідно до ключа, потім суму помножте на множник (якщо він є), що відповідає даній шкалі.

1. Загальний стан: (1).

2. Функціональні проблеми:

а) порушення функціонування вегетативної системи (26; 36; 51x4); б) порушення серцевої діяльності (6; 31x6);

в) порушення дихання (11; 41x6);

г) порушення функціонування шлунково-кишкового тракту (16; 46x6); д) проблеми зі сном (21; 56x6);

3. Ускладнення в пізнавально-аналітичній діяльності:

а) ускладнення функціонування уваги (2; 22; 42x4);

б) ускладнення функціонування сприйняття (7; 27; 47x4); в) ускладнення функціонування мислення (12; 32; 52x4); г) ускладнення функціонування пам'яті (17; 37; 57x4);

4. Порушення емоційного реагування

а) тривога (3; 23; 43x4);

б) генералізовані емоційні реакції (гнів, сором, провина) (8; 28; 48x4); в) емоційна притупленість (13; 33; 53x4);

е) легкодухість, підвищена емоційність (18; 38; 58x4);

5. Депресивний настрій (4; 9; 14; 19; 24; 29; 34; 39; 44; 49; 54; 59);

6. Зміни в поведінці і діяльності:

а) спроби уникнути проблеми (5; 20; 35; 50x3);

б) занурення в проблему (10; 25; 40; 55x3);

в) проблеми з виконанням службових і домашніх обов'язків (15; 30; 45; 60x3);

Визначення індивідуального профілю переживання кризи робиться за таблицею ключів, де відбиваються набрані бали за 17 позиціями.

МЕТОДИКА ВИЗНАЧЕННЯ СХИЛЬНОСТІ ДО СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ (М. Горська)

Інструкція досліджуваному. Зараз вам зачитають твердження, навпроти кожного з них ставте оцінку за таким принципом: якщо твердження вам підходить – то 2, якщо не зовсім підходить – 1, якщо зовсім не підходить – 0.

Бланк опитувальника

1. Я часто невпевнений у своїх силах.
2. Нерідко мені здається безвихідним становище, з якого можна було б знайти вихід.
3. Я часто залишаю за собою останнє слово.
4. Мені важко змінювати свої звички.
5. Я часто червонію через дрібниці.
6. Неприємності мене часто засмучують, і я впадаю у розпач.
7. Нерідко в розмові я перериваю співрозмовника.
8. Мені важко переключитися з однієї справи на іншу.
9. Я часто прокидаюся вночі.
10. При великих неприємностях я беру провину на себе.
11. Мене легко роздратувати.
12. Я дуже обережний у зміні свого життя.
13. Я легко впадаю у розпач.
14. Нещастя і невдачі нічого мене не вчать.
15. Мені доводиться часто робити зауваження іншим.
16. У суперечці мене важко переконати.
17. Я переймаюся навіть через уявні неприємності.
18. Я часто відмовляюся від боротьби тому, що вважаю її марною.
19. Я хочу бути авторитетом для оточення.
20. Нерідко не полишають думки, яких слід було б позбутися.
21. Мене лякають труднощі, з якими зіткнуся в житті.
22. Нерідко почуваюся беззахисним.
23. У будь-якій справі я не задовольняюся малим, а хочу досягти максимального успіху.
24. Я легко зближуюся з людьми.
25. Я часто звертаю увагу на свої недоліки.
26. Інколи у мене буває пригнічений настрій.
27. Мені важко стримувати себе, коли я гніваюсь.
28. Я дуже хвилююсь, якщо в моєму житті несподівано щось змінюється.
29. Мене легко переконати.
30. Я відчуваю розгубленість, коли у мене виникають труднощі.
31. Мені більше подобається керувати, а не підкорятися.

32. Нерідко я виявляю упертість.
33. Мене хвилює стан мого здоров'я.
34. У скрутні хвилини я іноді поводжуся, як дитина.
35. У мене різка жестикуляція.
36. Я неохоче йду на ризик.
37. Я важко витримую очікування чогось.
38. Я думаю, що ніколи не зможу виправити своїх недоліків.
39. Я - мстивий.
40. Мене засмучують навіть незначні порушення моїх планів.

Обробка результатів

I. Шкала тривожності — визначає рівень здатності індивіда до відчуття тривоги:

- 0—7 балів — низький рівень тривожності;
- 8—11 балів — середній рівень тривожності;
- 12-16 балів — високий рівень тривожності;
- 16 балів і більше — дуже високий рівень тривожності.

II. Шкала фрустрації — виявляє ступінь розчарування, яке виникає через реальні або уявні перешкоди, що заважають досягненню мети:

- 0—7 балів — низький рівень фрустрації;
- 8—9 балів — середній рівень фрустрації; 10— 15 балів — високий рівень фрустрації;
- 16 балів і більше — дуже високий рівень фрустрації.

III. Шкала агресії — виявляє підвищену психологічну активність, прагнення до лідерства через застосування сили до інших людей. Для суїцидентів допускається зниження агресивності від 10 до 0:

- 0—10 балів — низький рівень агресивності; 11— 12 балів — середній рівень агресивності;
- 13—16 балів — високий рівень агресивності;
- 17 балів і більше — дуже високий рівень агресивності.

IV. Шкала ригідності-ускладнення у зміні визначеної суб'єктом діяльності за умов, що така перебудова справді потрібна. Для осіб із суїцидальною поведінкою — 13 балів і вище:

- 0—10 балів — низький рівень ригідності; 11—12 балів — середній рівень ригідності; 13—16 балів — високий рівень ригідності;
- 17 балів і більше — дуже високий рівень ригідності.

Психолог додає всі бали за 4 шкалами і визначає показник схильності до суїцидальної поведінки:

- 0—38 балів — рівень схильності до суїцидальної поведінки низький; 39— 45 балів — рівень схильності до суїцидальної поведінки потребує особливої уваги ;

- 46 балів і більше — рівень схильності до суїцидальної поведінки високий, потрібна корекційна робота.

МЕТОДИКА «НЕЗАКІНЧЕНІ РЕЧЕННЯ»

1. Я завжди хотів...
2. Майбутнє здається мені...
3. Знаю, що нерозумно, але боюся...
4. Думаю, що справжній друг...
5. Коли я був дитиною...
6. У порівнянні з більшістю інших моя сім'я...
7. Найкраще мені працюється з...
8. Зробив би все, щоб забути...
9. Думаю, що я достатньо здатний, щоб...
10. Я міг би бути дуже щасливим, якби...
11. Сподіваюся на...
12. Більшість моїх товаришів не знають, що я боюся...
13. Не люблю людей, які...
14. Моя найбільша слабкість полягає в тому...
15. Моїм прихованим бажанням в житті є...
16. Настане той день, коли...
17. Хотілося б мені перестати боятися...
18. Більше за все не люблю людей, які...
19. Коли мені не щастить, я...
20. Мої побоювання не раз змушували мене...
21. Люди, які працюють зі мною...
22. Найгірше, що мені довелося вчинити, це...

№ п/п	Групи речень	№ завдань
1	Ставлення до себе	9 14 19
2	Нереалізовані можливості	1 10 15
3	Ставлення до майбутнього	2 11 16
4	Страхи та тривоги	3 12 17 20
5	Ставлення до друзів	4 13 18
6	Ставлення до власного минулого	5
7	Ставлення до сім'ї	6
8	Ставлення до колег	7 21
9	Почуття провини	8 22

Навчально-методичне видання

ШКАРЛАТЮК КАТЕРИНА ІВАНІВНА

ПАТОПСИХОЛОГІЯ

Навчальний посібник

Друкується в авторській редакції

Формат 60x84 ¹/₁₆. Обсяг 9,30 ум. друк. арк., 9,02 обл.-вид. арк.
Наклад 100 пр. Зам. 75. Видавець і виготовлювач – Вежа-Друк
(м. Луцьк, вул. Шопена, 12, тел. (0332) 29-90-65).
Свідоцтво Держ. комітету телебачення та радіомовлення України
ДК № 4607 від 30.08.2013 р.